

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 4**



**Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares, E.M.R. São Pedro, Área
de Abrangência da UBS São Pedro - ESF, Campo Largo /PR**

LUANA ANTUNES FERNANDEZ

PELOTAS, 2014

Luana Antunes Fernandez

Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares, E.M.R. São Pedro, área de abrangência da UBS São Pedro - ESF, Campo Largo /PR

Trabalho acadêmico 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: Linda Cristina Sangoi Haas
Co-orientador: Michelle Barboza Jacondino

Pelotas, 2014

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

F363m Fernandez, Luana Antunes

Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares, E.M.R. São Pedro, área de abrangência da UBS São Pedro - ESF, Campo Largo /PR / Luana Antunes Fernandez; Linda Cristina Sangoi Haas, orientador(a); Michelle Barboza Jacondino, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

81 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde bucal do escolar I. Haas, Linda Cristina Sangoi, orient. II. Jacondino, Michelle Barboza, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Equipe da Unidade Básica de Saúde São Pedro - Campo Largo PR e aos funcionários, pais e alunos da Escola Municipal Rural de São Pedro - Campo Largo PR, que abriram espaço, me acolheram e colaboraram ativamente para a realização deste Projeto de Intervenção.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida, constante presença, fonte de minha força e proteção, razão pela qual cheguei até aqui, seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor um novo mundo de possibilidades.

À minha amada mãe, que com sacrifícios mais do que me proporcionou uma boa infância e vida acadêmica, formou os fundamentos do meu caráter e me preparou para a vida. Obrigada por ser a minha referência, obrigada pelas orações, por ser sempre minha maior incentivadora e estar sempre presente na minha vida de uma forma indispensável.

Agradeço as minhas orientadoras Michelle Barboza Jacondino e em especial à Linda Cristina Sangoi Haas, que me encontrou no meio do caminho mas carinhosamente não poupou esforços em me auxiliar, sua ajuda foi fundamental para a concretização deste trabalho. Obrigada!

A todos que direta ou indiretamente participaram desta caminhada, o meu MUITO OBRIGADA! .

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 –Gráfico indicativo da Proporção de Escolares Examinados na escola.....57
- Figura 2 – Gráfico indicativo da Proporção de Escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programada **Erro! Indicador não definido**.58
- Figura 3 – Gráfico indicativo da Proporção de Escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.....59
- Figura 4 – Graáfico indicativo da Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental60
- Figura 5 – Gráfico indicativo da Proporção de Escolares com aplicação de gel fluoretado com escova dental.....61
- Figura 6 - Gráfico indicativo da Proporção de Escolares com tratamento dentário concluído.....62
- Figura 7 – Gráfico indicativo da Proporção de escolares com registro atualizado.....63
- Figura 8 - Gráfico indicativo da Proporção de Escolares com orientação sobre higiene bucal, cárie dentária e orientações nutricionais**Erro! Indicador não definido**.64

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

CAPS: Centro de Apoio Psicossocial

CM: Centro Médico

ESF: Estratégia Saúde da Família

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

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NIS: Núcleo Integrado de Saúde

PR: Paraná

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

THD Técnica em higiene dental

TSB Técnica de Saúde Bucal

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFPel: Universidade Federal de Pelotas

UNASUS: Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

Apresentação

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	15
1.3 Comentário Comparativo	28

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa	29
2.2 Objetivos e metas	31
2.2.1 Objetivo Geral	31
2.2.2 Objetivos específicos	31
2.2.3 Metas	31
2.3 Metodologia	33
2.3.1 Detalhamento das ações	40
2.3.2 Indicadores	41
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma	49

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	55

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados	56
4.2 Discussão	64
4.3 Relatório da intervenção para gestores	66
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	68

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

	69
--	----

6 Bibliografia

	72
--	----

Anexos

Anexo 1 - Planilha objetivos, metas, indicadores, ações	74
Anexo 2 – Planilha de coleta de dados	75
Anexo 3 – Documento do comitê de ética	76

Apêndices

Apêndice 1 – Ficha espelho	78
Apêndice 2 – Consentimento	79
Apêndice 3 – Registros fotográficos	80

Resumo

FERNANDEZ, Luana Antunes. **Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares, E.M.R São Pedro, área de abrangência da UBS São Pedro, Campo Largo/PR.** 2014. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas - RS.

Trabalho realizado como parte das atividades do curso de Especialização em Saúde da Família modalidade a distância, através da Universidade Aberta do SUS com a Universidade Federal de Pelotas, visando a Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares, E.M.R. São Pedro, Área de Abrangência da UBS São Pedro, Campo Largo /PR. O projeto de intervenção foi desenvolvido através de ações em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Primeiramente foi estabelecido o contato e os procedimentos burocráticos relacionados à escola foco da intervenção, a partir de então a equipe multidisciplinar da UBS e todos os envolvidos foram capacitados para o projeto. Sistemáticamente, após consentimento dos pais, a ASB realizava a busca ativa de cada criança dentro da sala de aula encaminhando até a unidade para os atendimentos clínicos com a Dentista. A equipe de saúde bucal além dos atendimentos clínicos, realizou palestra com pais e alunos sobre higiene bucal, cárie e nutrição, realizou também semanalmente ações coletivas de escovação dental supervisionada e aplicação de gel fluoretado em 100% dos escolares. Os dados foram coletados por meio de ficha espelho e planilha de coleta de dados. Com a finalização da intervenção que teve a duração de dezesseis semanas as metas anteriormente pactuadas foram praticamente cumpridas na íntegra. Já no primeiro mês de intervenção todas 100% das crianças participaram do exame bucal com finalidade epidemiológica, encerramos o quarto mês com 81,3% das crianças com a primeira consulta odontológica realizada, 70% dos escolares considerados alto risco foram abrangidos, finalizamos o período estipulado de intervenção com 72,9% de escolares com conclusão do tratamento, porém fica claro que uma vez inserida na rotina da unidade, a continuidade da intervenção proverá facilmente a totalidade do sucesso. O trabalho foi de grande valia para estreitar os laços entre a escola, Unidade Básica de Saúde, pais e escolares, favoreceu notoriamente também a integração multidisciplinar dentro da equipe de saúde. Permitiu ainda satisfação pessoal/profissional em presenciar a intimização das crianças com os procedimentos odontológicos. Trata-se da aplicabilidade da Promoção da Saúde.

Palavras-chave: saúde da família, atenção primária à saúde, saúde bucal do escolar.

Apresentação

O presente trabalho trata-se do registro de um Projeto de Intervenção desenvolvido no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas, sobre a Qualificação da Atenção à Saúde Bucal dos escolares da Escola Municipal Rural de São Pedro na Unidade Básica de Saúde São Pedro, município de Campo Largo/Paraná.

No primeiro capítulo apresenta-se a Análise Situacional, com um texto escrito na terceira semana de ambientação do curso de Especialização em Saúde da Família, relatando a primeira percepção da situação do serviço de saúde. Em sequência, o relatório da análise da situacional, apresentando o município e a atenção em saúde na unidade em questão.

No segundo capítulo, expõem-se a Análise Estratégica, através do projeto de intervenção com os objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e o cronograma do projeto.

Já o terceiro capítulo, refere-se ao Relatório da Intervenção, que discorre sobre todas as ações previstas e desenvolvidas durante este período, as que não foram desenvolvidas, a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço.

O quarto capítulo aborda os resultados e a discussão da intervenção, além do relatório da intervenção para a comunidade e para os gestores do município.

No quinto e último capítulo, faz-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na Unidade de Saúde São Pedro, localizada no interior de Campo Largo a uns 100 km da cidade. O posto é pequeno, porém passou por reforma a pouco tempo, não temos problemas estruturais, tudo simples mas temos tudo o que precisamos para trabalhar e tudo funciona direitinho. Infelizmente justo a sala da odontologia foi construída nessa reforma e não tiveram nenhuma preocupação com questões ERGONÔMICAS. O tamanho da sala dificulta o desenvolvimento do meu trabalho e o trabalho da auxiliar (se o paciente esta deitado na cadeira ninguém passa de um lado para o outro da sala, sendo que a pia fica de um lado e o armário de materiais fica do outro, e nem abre o gaveteiro dos instrumentais , a auxiliar me auxilia em pé porque não cabe sentada, enfim).

Perto dos números que vi relatados aqui a população abrangente é um tanto mais reduzida (São 329 famílias cadastradas, aprox.1006 pessoas). Por se tratar de um território rural, os moradores moram isolados, distantes uns dos outros e a estrada é um tanto precária. Por essa dificuldade de deslocamento, por essa extensa área de cobertura (embora seja pouco povoado) e principalmente por questões políticas, acabaram criando duas extensões da unidade em que trabalho (são elas :Unidade Cahiva e Unidade Pinheirinho).

São dois postos distintos:

Um deles, o posto chamado Pinheirinho, possui apenas duas salas minúsculas (sendo uma sala a farmácia, curativo e vacina e a outra sala é onde o

médico atende), na recepção cabem duas cadeiras, os pacientes sentam num banco de madeira do lado de fora do posto porque lá dentro não cabe é inacreditável que alguém tenha determinado que aquilo seja uma unidade básica de saúde.

Já a unidade Cahiva, tem uma estrutura melhor com várias salas, recepção grande, cozinha, banheiros e fazem seis meses que temos até uma sala odontológica ampla e com o básico que precisamos para atender (na qual atendo uma vez por semana).

O grande detalhe é que uma equipe de ESF (Estratégia Saúde da Família) é responsável pelos três postos. Da mesma forma que eu atendo nos dois postos que tem sala odontológica, o médico e o enfermeiro deveriam atender nos três postos. Eis aí um dos nossos problemas, além de ser difícil encontrar profissional que queira trabalhar no interior e viajar cinco horas por dia, ninguém quer ter o seu trabalho multiplicado por três (três relatórios e três farmácias para cuidar, é tudo três vezes a mais e os enfermeiros que entram não querem se responsabilizar pelo posto em que não estão presente). Como consequência, estamos sem médico desde dezembro, e sem enfermeiro definitivo desde antes de eu entrar para trabalhar ali.

Outro detalhe é que como é apenas uma equipe de Estratégia Saúde da Família ESF, apenas um posto recebe verba, tendo este que dividir com os outros dois, é claro que a qualidade de tudo diminui. E quem sofre é a população!

Focando a atenção na Unidade São Pedro, que é a matriz, relato a seguir a rotina de trabalho do posto:

Preventivos – realizado toda terça-feira pela manhã com agendamento prévio. Porém, pelo fato de o enfermeiro atual ser do sexo masculino, a população reagiu com afastamento alegando inibição diante da circunstância, os número de exames caíram consideravelmente.

Vacina – Uma vez por mês

Puericultura – todos os dias, atendimento sem marcação.

Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica Hiperdia (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica) – Uma vez por mês.

Pré- natal – não esta sendo realizado pela ausência de médico. (São três gestantes na região, que acabam tendo que realizar as consultas na cidade.)

Coleta de Sangue – toda terça feira (o material é encaminhado para a cidade mais próxima, Campo Largo).

Andei pesquisando no SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) e encontrei os seguintes dados em relação a São Pedro somente. EM 09/04/2013:

Numero de famílias cadastradas = 103, sendo 322 pessoas (161 do sexo masculino e 161 do sexo feminino). Crianças de sete a 14 anos na escola = 21 (56,76%). 15 anos ou mais alfabetizados = 205 (77,95%). Pessoas cobertas por planos de saúde = uma (0,31%). Gestantes = total de três gestantes (uma gestante de 0 a 19 anos e duas gestante de 20 ou mais)

ABASTECIMENTO DE ÁGUA: Rede pública cinco (4,85%), Poço ou nascente 63 (61,17%). Outros 35 (33,98%).

TIPO DE CASA: Tijolo, adobe 14 (13,59%). Madeira 87 (84,47%). Material reaproveitado duas (1,94%).

DESTINO DO LIXO: Coleta pública seis (5,83%). Queimado, enterrado 43 (41,75%). Céu aberto 54 (53,43%).

DESTINO DAS FEZES: Esgoto três (2,91%). Fossa 18 (17,48%). Céu aberto 82 (79,6 %).

ENERGIA ELÉTRICA: Cobertura 85 (85,52%).

Em conversa informal com os funcionários do posto que são moradores da região, foram citadas algumas características locais : a principal atividade de renda da população é a plantação e colheita de Pinos, eles contam muito com a lavoura para consumo próprio e com a criação de animais, aproximadamente 40 % da população possui veículo de transporte, o meio de locomoção comum no local são os cavalos e caronas entre vizinhos, sendo bastante comuns. O escolares podem contar com transporte adequado que busca a criança próximo de casa, a única situação de impedimento são imprevistos na estrada (chuva, queda de barranco, queda de árvore, etc.).

Agora com ênfase, a grande dificuldade é a comunicação. Nós funcionários do posto sofremos junto com os moradores. Na frente do posto temos um orelhão, que faz ligação gratuita para telefone fixo, o número do orelhão é de todos e é o único jeito de contato. Celular não tem sinal de jeito nenhum, alguns poucos moradores possuem telefone fixo em casa, mas tanto o orelhão como esses fixos vivem fora do ar. Na Kombi e nos postos de saúde contamos com a sorte e temos um radio amador, que é o que salva um pouco o nosso trabalho. Mas varias vezes em casos de emergência ficamos incomunicáveis, é agonizante esta situação.

Composta por pessoas simples, a população de são Pedro esta sofrendo com a ausência de médico por quatro meses, porém não apresentam voz ativa,

não buscam os seus direitos e conseqüentemente a situação vai se estendendo e ninguém resolve. É incrível a quantidade de usuários do interior fazendo uso de antidepressivos, com casos graves e acometendo pacientes muito jovens.

E assim se dá o trabalho da Unidade São Pedro, raras vezes vi mais de quinze pessoas reunidos dentro do posto, a média de atendimento diário é de 20 pessoas/dia. Agora com os seus poucos funcionários, o posto é mais uma casa que está sempre de portas abertas, onde os que lá estão fazem o que é possível para promover a saúde e o bem estar dos moradores.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Campo Largo é um município brasileiro do estado do Paraná, localizado na Região Metropolitana de Curitiba, localiza-se a oeste da capital do estado, distando desta cerca de 30 km. Sua população em 2013 é de 112.486 habitantes, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conta com 20 Unidades Básicas de Saúde (sendo cinco na área rural) três hospitais (Nossa Senhora do Rocio, São Lucas e o Hospital Referência Infantil), dois Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), um Centro Médico (CM) e um Núcleo Integrado de Saúde (NIS). O NIS tem médicos para fazer consultas especializadas como pediatria, dermatologia, ortopedista. Além do atendimento e radiografia odontológica. O CM é para ser atendidas emergências 24 horas por dia. Não possuímos Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município nem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Especificamente trata-se da ESF da Unidade de Saúde São Pedro, localizada no interior do município a aproximadamente 100 km do centro de Campo Largo, sendo destes, 80 km de estrada de chão, necessitando de duas horas e meia para a viagem. Teoricamente nossa equipe de trabalho é composta por um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, dois técnico de enfermagem, um médico 40 horas, um serviços gerais, uma dentista 40 horas, uma auxiliar de saúde bucal (ASB) e três agentes comunitários.

O número/tamanho da equipe em minha UBS é considerado adequado ao tamanho da população em sua área de abrangência, visto que contamos com uma equipe para 322 usuários. De acordo com o resultado dos denominadores 2/3 da população seria representado por mulheres, resultado este que não coincide com os dados do SIAB de abril/2013. Segundo o SIAB a população da Unidade São Pedro é composta por 161 mulheres e 161 homens. Os denominadores apontam seis crianças menores de um ano na região, e infelizmente não tenho posse dos números reais apresentados. Quanto as gestantes, os números parecem interagir. Segundo o levantamento do SIAB, são três gestantes, contra cinco gestantes apresentadas pelos denominadores. Visto que trata-se de um dado relativo, pode ser que no momento da pesquisa alguma mulher esteja gestante e não saiba, ou qualquer outro motivo. Os números parecem ser coerentes. Ponto positivo na nossa análise situacional é quanto ao número de ACS e também quanto a quantidade de pessoas cobertas pelos serviços da unidade, que está dentro do previsto ideal e ainda com grande folga: O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS (nós temos três ACS, numa população de aproximada de mil pessoas); cada

equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição (somos responsáveis por aproximadamente mil pessoas).

A prevalência de barreiras arquitetônicas nas UBS é preocupante, pois a maioria delas não atende as normatizações para os idosos e aqueles que têm necessidades especiais no sentido de garantir que possam recorrer aos serviços quando necessário, com total autonomia, sem ter que enfrentar dificuldades ou solicitar ajuda de outras pessoas. Na UBS São Pedro não é diferente, indo em falta com o princípio básico: “Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS”, apresenta condições insatisfatórias que não garantem o livre acesso às pessoas com necessidades especiais. A presença de degraus, a falta de corrimãos, rampas, banheiros adaptados para os cadeirantes, sala de espera inadequada às necessidades, ausência de sinalização, falta de espaço mínimo para circulação dentro da unidade, entre outros, são alguns itens característicos. Pelo fato de ser instalada em um prédio que estava disponível na comunidade, não apresenta uma construção específica para atender as necessidades de todos os usuários e mesmo dos profissionais que lá trabalham. Em resumo, minha unidade não apresenta nenhum item que garanta o direito de qualquer cidadão de acessibilidade aos serviços e aos estabelecimentos de saúde de forma fácil, livre, sem dificuldades extras e em conformidade com as normas técnicas recomendadas. Além do espaço físico reduzido ser por si só um fator dificultante

para os profissionais que lá trabalham. O fator determinante/facilitador para que as normas teóricas se concretizem é planejamento, uma unidade que seja construída com esse princípio certamente que cumprirá com os objetivos almejados. Unidades que já se encontram instaladas há algum tempo apresentam-se em uma situação de comodismo por parte dos gestores, sendo mais difícil receber alterações desta ordem. Enfoco a necessidade do poder público em criar ou reformar as redes de atendimento, para que se tornem adequadas de forma a garantir o direito de movimentar-se com segurança e autonomia às pessoas idosas, portadoras de deficiências e/ou qualquer outro comprometimento. Além da necessidade da estrutura física mínima para a prestação de serviço em saúde. Como é possível instituir uma construção como Unidade de Saúde, sem essa possuir uma sala de lavagem e esterilização? Ou um imóvel com apenas dois cômodos e um banheiro? São estas situações que presencio no meu território de trabalho. E uma vez que estas dificuldades sejam resolvidas, será favorável/facilitadora ao desenvolvimento da prestação de serviço dos servidores, a estrutura do ambiente de trabalho será então compatível com a pró-atividade da equipe de saúde em responder as necessidades da população.

Fico contente em observar que apesar das dificuldades e limitações que já relatei, a minha unidade apresenta um bom insumo para o desenvolvimento de suas atividades. O material de consumo uma vez solicitado mensalmente nos é fornecido em quantidade e qualidade satisfatória. Algumas vezes o material solicitado não vem porque não tem em estoque, mas assim que é repostado ele é encaminhado. Com a mudança da gestão no início deste ano tivemos algumas

dificuldades para a aquisição de medicamentos para hipertensão e até alguns bem comuns como Paracetamol e Ibuprofeno, mas o problema já foi resolvido. Mais uma vez a ausência de um médico prejudica a nossa comunidade, visto que apresenta uma grande quantidade de pacientes em uso de medicamentos controlados e estes somente nos são encaminhados com receita médica.

A questão da manutenção dos equipamentos deixa muito a desejar, quando solicitado é tudo muito demorado. Volta e meia ficamos sem auto-clave, ela sai do interior do município de Campo Largo e vai para conserto em Curitiba, portanto ficamos vários dias sem o equipamento. Quando nosso equipo odontológico ou compressor apresenta problema chamamos o técnico, que só nos visita quando é chamado e só nas terça feiras (se estragar numa quarta feira fica sem conserto até a outra terça feira). Acredito que deveria ser feita uma manutenção no mínimo mensal, ainda que não houvesse nenhum problema tudo deveria ser revisado com frequência. Segundo o relato da técnica de enfermagem da unidade, nunca foram feitas aferições das balanças ou de qualquer outro equipamento. A questão de reposição de mobiliário é entristecedor, pois em onze anos de atividade até mês passado a cozinha do posto São Pedro não possuía nenhum armário (ficava tudo em caixas). A UBS Cahiva, até meses atrás simplesmente não possuía nenhuma cadeira na sala de espera, apresentava apenas um banco comprido de tábua encostado na parede. Ainda no Cahíva, eu tive a oportunidade de inaugurar o serviço de odontologia no posto, e tive a ordem de iniciar os trabalhos sem mesa de escritório (levei uma mesa da minha casa, coloquei dentro do meu carro particular até a prefeitura e depois levei dentro da Kombi até o posto), sem mochos (atendíamos o paciente sentada em cadeira de

plástico), e até hoje o posto não possui auto-clave, nem seladora, nem as ponteiras do equipo odontológico (levamos e trazemos toda semana do São Pedro pro Cahíva). No São Pedro o armário que guarda todo o material de consumo da odontologia é todo enferrujado, as portas não fecham e embora seja limpo e organizado, todo dia encontramos fezes de animais lá dentro. Já solicitei a troca do armário, porém o retorno é de que não existe nenhum móvel disponível, que assim que tiver nos será encaminhado. O fato do armário da odontologia descreve a minha situação perante a questão do engajamento, infelizmente não me sinto nenhum pouco influente, me sinto imperceptível frente a essa e a outras dificuldades. E eu que retorno o questionamento, o que podemos fazer? Já relatei o fato diretamente para uma equipe da Vigilância Sanitária que esteve em visita ao posto. Perante as situações que já observei não acredito que mudanças e melhoras aconteçam, a gestão costuma abafar as necessidades do interior.

Trabalho na unidade há seis meses e nunca aconteceu nenhuma reunião de equipe, nem sei como funciona. Acredito que a dificuldade de formar uma equipe de trabalho que seja estabilizada, o tamanho reduzido do posto e das atividades prestadas, e a diferente situação de trabalho que vivemos, acabam acomodando os coordenadores que por lá trabalham. Perante essa dificuldade de formação de equipe, os funcionários estáveis da unidade (dois técnicos de enfermagem), dignamente cumprem com atribuições que não lhes são de função. Dentro de suas possibilidades e respeitando os limites, realizam um pouco do serviço do médico, do enfermeiro, serviço de recepção, serviço de administração, coordenação e até de serviços gerais.

O acolhimento foi claramente descrito como uma prática de atenção e cuidado nos encontros reais entre servidores de saúde e usuários, ato de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Especificamente na minha unidade, este acolhimento acontece de forma natural e espontânea pelos técnicos em enfermagem que também são moradores da comunidade. Por se tratar de um território pequeno as pessoas se conhecem por nome, grande parte das famílias são parentes ainda que distantes, e nada raro é um ser compadre do outro. Então a unidade acaba se tornando um ponto de encontro, muitas vezes a recepção esta cheia, mas ninguém quer atendimento, estão ali apenas para conversar. Como consequência, na hora que a visita se dá por necessidade médica, a inter-relação é facilitada, os usuários são chamados pelos nomes, e os próprios funcionários já tem ideia da história clinica do mesmo, antes mesmo que algo seja relatado. Como seres humanos que somos, cada um com sua personalidade, o nosso enfermeiro não é uma pessoa muito calorosa, além de um tanto crítico e objetivo, características que refletem nos seus atos. Não temos excesso de demanda espontânea, não contamos com atendimento médico há seis meses e desde então o enfermeiro e os técnicos fazem o que podem para suprir as necessidades.

Quanto ao setor da odontologia, as marcações de consultas são realizadas com livre demanda, o paciente procura e já é agendado. Crianças e gestantes têm preferência. O agendamento é realizado sem número restrito de consultas, se houver interesse do paciente ele é agendando até a conclusão do tratamento. A ASB faz escovações e bochechos fluoretados semanais com os alunos da única escola do bairro, que localiza-se ao lado da UBS. Seguindo o protocolo do

município, dentista e ASB realizam visita domiciliar junto com a equipe multiprofissional uma vez por mês, a escolha do destino é baseada na maior necessidade conforme relato e conhecimento da equipe. As emergências são raras, e muitas vezes o que o usuário relata como emergência na realidade não é. Porém como o fluxo é reduzido, sempre acabamos realizando procedimentos nestes usuários, incentivando e orientando- o para que aquela visita de demanda espontânea se torne o início do tratamento e se finde apenas no dia da alta. O acolhimento da odontologia se da de forma exemplar pela ASB. Infelizmente os usuários da demanda espontânea para odontologia tem que esperar por aproximadamente 30 minutos ou mais para serem atendidos, visto que primeiro tenho que atender os usuários do período com hora marcada e os que já estão esperando, para então atender o usuário da demanda. Parte falha no setor da odontologia é quanto a realização de atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, escolares) de orientação e promoção da saúde bucal, justificado pelo pouco tempo de trabalho (apenas três horas diárias), lamentavelmente ou faço o atendimento clinico/resolvo a dor, ou eu faço essas atividades. Nesse sentido nos ajudaria muito a presença de uma TSB na unidade, ainda que esporadicamente para suprir essa necessidade. O trabalho da odontologia segue sem maiores problemas, considero que os moradores de São Pedro são privilegiados quanto a facilidade de acesso ao tratamento odontológico na Unidade.

Quanto a Puericultura, mais uma vez a falta de médico atrapalha o andamento da unidade, segundo a técnica de enfermagem, CONSULTA de puericultura é feita pelo médico, então nossos usuários são obrigados a se dirigir

até a cidade para realizar o atendimento, ato este que representa uma tamanha dificuldade para eles. Da mesma forma o teste do pezinho, que normalmente é feito no hospital, e quando não acontece por algum motivo, dentro de sete dias deve ser encaminhado pra unidade, porém sem médico isto não é possível. Triagem auditiva não é realizada na unidade, orientações quando ao aleitamento são sempre priorizadas, bem como o monitoramento do desenvolvimento e crescimento que estão presentes em 100% dos atendimentos. Não existe excesso de demanda na unidade, e todos os casos de necessidade de atendimento são atendidos (pela enfermagem). Uma vez que os técnicos de enfermagem não possuem nenhuma orientação, não tem ninguém que se responsabilize pelo planejamento, gestão e coordenação das atividades de puericultura, acabam realizando um trabalho razoável dentro das suas limitações. A avaliação em saúde bucal na puericultura não acontecia, uma vez que eu como dentista da unidade mal sabia o que era puericultura e muito menos que a saúde bucal era uma das questões avaliadas. Fato positivo pro curso, a partir de agora os técnico já foram orientados a me encaminhar todos as crianças que forem para acompanhamento de puericultura.

Temos um total de três gestantes, dentro das possibilidades, uma vez que sem médico na unidade, as gestantes possuem toda a assistência disponível. E estão em dia com os protocolos, representando 100% nos indicadores da qualidade da atenção ao Pré-natal avaliados, exceto na questão das consultas por trimestre, que em função da distância da cidade e dificuldade para acesso, as gestantes acabam só indo para a cidade quando realmente necessário na concepção delas.

A unidade dispõe de um livro registro dos exames coletados e resultados de exames em geral, porém como houve muita troca de enfermeiro nos últimos anos, tem períodos que não foram registrados, e os que lá estão apresentam caligrafia de difícil entendimento, cada pessoa registra de um jeito (uma verdadeira desordem, lamentável). Segundo a equipe de enfermagem, os dados são relatados nos prontuários (o que é duvidoso). Segundo ACS o número de mulheres entre 25 e 60 anos é de aproximadamente 97 mulheres. Com toda precariedade de organização de dados da unidade, percebi que a agente comunitária é quem tem mais contato com as mulheres que uma vez diagnosticado alguma alteração, necessitam de acompanhamento. Ela relata nome a nome as mulheres com alteração no exame de mama (segundo ela, nos últimos três anos, foram 10 mulheres com alterações, todas foram acompanhadas até a conclusão). Na nossa unidade faz aproximadamente um mês que entrou um enfermeiro (sexo masculino), e como a coleta de preventivo é feita pelo mesmo, as mulheres apresentam um certo constrangimento diante da figura masculina. Então, extraordinariamente será marcado um dia no mês para a enfermeira da unidade mais próxima ir até a nossa unidade para realizar os exames. A coleta de preventivo é o único evento que as vezes é organizado, determinado um dia , coloca-se informativo no mural da unidade, é feito a convocação boca a boca também. Não há monitoramento, planejamento, organização ou gestão dos programas de prevenção do colo de útero e de mama.

O diabetes Melitus e a hipertensão arterial sistêmica são as duas doenças mais comuns nos países industrializados e a freqüência dessas duas patologias nessas populações aumenta com a idade. Os riscos e consequências de ambas

são sérios e devem ser amplamente discutidos e difundidos com a população. No âmbito odontológico, influenciam diretamente a conduta clínica do dentista, o qual deve sem dúvida, estar familiarizado com estas alterações. As UBS representam um referencial para o atendimento destas enfermidades e deveriam fazer jus a tal importância. No entanto na minha UBS não contamos com banco de dados disponível para a coleta dos números reais destes acometimentos, a forma de registro da unidade é absolutamente falha. Bons registros são fundamentais para a avaliação do serviço prestado bem como qualidade, falhas, carências, noções de valores quantitativos, abrangência da cobertura, entre outros. Situação como esta apresentada pela unidade em que trabalho não deveria existir. Falta fiscalização e interesse por parte dos grandes gestores da saúde.

Aliás, a deficiência na forma de registro, coleta de dados e arquivamento destaca-se como fator negativo na UBS São Pedro, apresentam-se de maneira ineficiente para fins de avaliação de qualquer aspecto. A desorganização da unidade e ausência de um gestor complicam a situação. E desde já atento que os poucos números inseridos como dados são números de boca, sem nenhum respaldo físico de registro comprobatório. Difícil fazer qualquer análise, comparação, justificativa ou propor mudanças. Investir na gestão da unidade e firmar uma equipe completa de trabalho que apresente uma boa interação é primordial para a organização dos atendimentos, registros, protocolos e desenvolvimento da unidade.

O número de idosos da nossa região é superior ao número estimado. Acredito que o fato de ser um meio rural e desprovido de recursos, a maioria da população persistente na área realmente são de pessoas mais velhas, que não

buscam e nem precisam do que a cidade pode prover. Uma vez estando presente na rotina da unidade, já observei a grande frequência desse público, observo também a carência de atenção médica desses usuários, que sofrem com a falta de médico e falta de um enfermeiro atencioso. A qualidade da atenção à Saúde do Idoso avaliada esta baixa, inclusive do atendimento odontológico desses usuários, que só buscam pelo dentista em caso de muita necessidade, visto que é característico dessa faixa etária eles não gostarem de sair de casa, ainda mais com a dificuldade de acesso que o interior apresenta.

No que se refere as ações coletivas (atividades em grupo) esse tipo de trabalho não faz parte da rotina da unidade pela dificuldade de formação de equipe, pelas horas reduzidas de trabalho, etc. É realizada orientação individual constante, não programada ou organizada, feita em forma de conversa informal (bate papo).

Os servidores do município contam com a Educação Permanente, são atualizações, orientações de novos programas, cursos, enfim até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho.

Cem por cento das horas trabalhadas em minha unidade são para a prática clínica. Trata-se de uma área rural, cujo trajeto levo duas horas e meia, em média tenho apenas três horas de atendimento por dia. Portanto essas horas requerem dedicação, preciso de agilidade no trabalho mecânico e sem prejudicar a mínima atenção humanitária que os usuários necessitam.

Como já relatado, na situação enfrentada infelizmente não existe tempo para ações coletivas. Representando capacidade zero neste quesito.

Finalmente relato com propriedade os dados fornecidos, entrei na UBS São Pedro em outubro de 2012 (há 9 nove meses), e a partir de então, iniciei os meus registros absolutamente do zero, como se o serviço odontológico na unidade estivesse começado junto comigo e todos os usuários que entraram na minha sala foram/são registrados. Anteriormente não havia nenhum registro.

Os atendimentos não programados na unidade são mínimos, valores menores que 10 atendimento/mês, a prioridade são dos atendimentos programados. Atento que todo usuário que vem em busca de atendimento emergencial, sai da consulta com a emergência resolvida, orientado e induzido (“quase obrigado”) a iniciar o tratamento geral até a sua alta (sai com a data da próxima consulta agendada). Minha vista não se volta apenas ao dente que dói, felizmente o número reduzido de usuários na região me permite esta conduta, sei que não é a realidade da maioria dos meus colegas de profissão.

Para melhorar a nossa atenção a saúde bucal, precisamos de uma melhor estrutura física de trabalho, nossa sala é muito pequena a ponto de interferir na qualidade do trabalho, não temos lugar para lavagem de instrumental, não temos um aparelho de ultrassom para otimizar as profilaxias, entre outros.

No âmbito dos recursos humanos, necessitamos de uma maior interação entre os profissionais das diferentes áreas na unidade. Talvez eu deva solicitar e envolve-los mais no trabalho da odontologia, para diminuir as distancias, para que eles fiquem mais a vontade em me apontar deficiências e carências, para que me encaminhem os bebês que vem para a puericultura, que o agente comunitário me encaminhe o idoso que esta com baixo peso por dificuldade dentária para mastigação, me encaminhe a gestante que não costuma vir ate a

unidade, para que o hipertenso que procure por atendimento odontológico seja aferido a pressão antes mesmo de entrar no consultório odontológico, enfim. Precisamos resolver a carência das atividades em grupo, das atividades de orientação e de promoção de saúde, que poderia ser sanada com a presença de uma técnica em higiene dental, ainda que algumas vezes na semana.

1.3 Comentário Comparativo Entre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional

Um texto não difere do outro, eles apenas se complementam, o texto inicial descreve uma visão mais simplista com menos detalhes descritos, enquanto no segundo foi descrito as dificuldades que foram enriquecedoramente induzidas pelo curso. Situações que nos permitiram conhecer o quão falha a nossa logística de trabalho, além de claramente demonstrar a distância significativa da realidade vivida com o ideal preconizado pelo SUS. Há muitas falhas de estrutura, falta de recursos humanos e deficiências no processo de trabalho que precisam ser corrigidos e que antes desconhecíamos essa necessidade. O conhecimento da correta idealização de uma UBS nos permite caminhar rumo ao almejado, afinal pra quem não sabe o que busca qualquer coisa serve. Destaca-se ainda a dificuldade de acesso aos bancos de dados oficiais e concluímos que essa dificuldade se inicia dentro da própria unidade, onde são falhos os mecanismos de planejamento, registro e arquivamento das documentações.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As crianças representam o futuro da nação e não é diferente quando o assunto é saúde bucal. Apesar de ser passível de prevenção, a cárie dentária continua sendo um grave problema de saúde pública e uma das doenças bucais que mais acometem as crianças em idade escolar (LISBOA & ABEGG, 2006). Crianças bem orientadas, instruídas e capacitadas para uma boa higiene bucal representam adultos saudáveis e aptos a disseminar o que aprenderam para as seguintes gerações.

Este projeto vem a corroborar com a filosofia do protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), visando intervir na saúde bucal dos escolares da Escola Municipal Rural de SãoPedro/ Campo largo – PR. A comunidade adstrita possui apenas uma escola que atende até a 5ª série. Trata-se de uma escola bem pequena que esta localizada ao lado da UBS, no mesmo terreno, contam com 48 alunos. Visto a proximidade da escola com a unidade, é comum atendermos as crianças durante o período de aula, criança com dor é encaminhada até a unidade pelos próprios funcionários, crianças com alto déficit de saúde bucal também são encaminhadas e a própria diretora vem pessoalmente solicitar uma atenção especial a determinada criança. Então, contando com a localização facilitada, o relacionamento de amizade que temos entre os funcionários da escola e os da unidade, nada mais justo que investir numa intervenção afim de ampliar a cobertura dessas crianças que estão fisicamente tão próximas a maior promotora de saúde que é a UBS. O número reduzido de alunos e o ambiente

familiarizado favorece qualquer ação que venha a ser necessária. Uma vez determinado um grupo chave (crianças da única escola da vila São Pedro), o programa visa a promoção da saúde bucal dos 48 escolares, bem como facilitar o acesso aos procedimentos curativos. Totalmente carentes de qualquer programa voltado especificamente aos estudantes, a ação pretende tornar regra o “estado satisfatório de saúde bucal” e de conhecimento do assunto das turmas abrangentes. O principal obstáculo será o tempo reduzido de trabalho diário (tenho apenas três horas de atendimento diário) e não se pode deixar de atender os usuários do dia-a-dia.

O envolvimento multidisciplinar da equipe da unidade é primordial para a concretização do projeto, visando a instauração do modelo educativo/preventivo preconizado pelo Ministério da Saúde às Equipes de Saúde da Família. Necessitaremos também da colaboração dos funcionários da escola para que se engajem no programa. Contarei ativamente com a colaboração diária da ASB que fará a busca ativa das crianças, bem como as atividades de escovação e bochecho fluoretado como já costuma fazer. Na etapa das atividades de orientação sobre atividade da cárie, higiene e nutrição contarei também com a presença de uma THD.

A intervenção aqui proposta trabalha a prevenção como melhor forma de diminuir as doenças e complicações bucais. Este é o meio mais simples, barato e inteligente de garantir uma população saudável e consciente. O projeto visa aproximar as crianças do consultório odontológico, mudar a realidade dos altos índices de atividade de cárie em escolares, propiciar diagnóstico precoce de possíveis complicações, estreitar a relação dos pais como gestores da saúde

bucal de seus filhos, transmitir o tão importante “conhecimento” através do qual essas crianças poderão então fazer suas escolhas e estar aptas a realizar com habilidade a sua higiene bucal. Para que a importância da saúde oral seja absorvida, nada melhor do que educar as crianças desde cedo.

2. 2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares, EMR São Pedro, área de abrangência da UBS São Pedro.

2.2.2 Objetivos específicos

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

2.2.3 Metas

Para cada objetivo deste projeto de intervenção, estão relacionadas as metas a serem atingidas.

Relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares.

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

1.2. Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 100% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

1.3. Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Relativa ao objetivo 2: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

2.1. Fazer busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

Relativa ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares.

3.1. Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

3.2. Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais.

3.3. Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Relativa ao objetivo 4: Melhorar registro das informações.

4.1. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área.

Relativa ao objetivo 5: Promover a saúde bucal dos escolares.

5.1. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.

2.3 Metodologia

Com o foco na Melhorar a atenção à saúde bucal de escolares da Escola Municipal Rural de São Pedro, UBS São Pedro, propõe-se ações norteadoras, conforme os quatro eixos abaixo.

Relativas ao objetivo 1:

Eixo de Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a situação de risco dos escolares para doenças bucais.
- Monitorar número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta
- Monitorar número de escolares que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço

- Identificação dos espaços escolares adstritos a cada Unidade Básica de Saúde.
- Contato com o espaço escolar para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal.
- Organizar agenda de saúde bucal para atividades na escola e atendimento prioritário a escolares.
- Organizar acolhimento a este escolar na unidade de saúde.
- Cadastrar na unidade de saúde os escolares da área de abrangência.
- Organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento aos escolares de alto risco.

Eixo de engajamento Público

- Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades na escola da área de abrangência da unidade de saúde.
- Sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades.
- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos dos escolares.
- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos dos escolares de alto risco.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para realizar ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica.

- Capacitar a equipe para realizar classificação de riscos, programação de atividades segundo as necessidades e hierarquização dos encaminhamentos dos escolares para atendimento clínico na unidade de saúde.
- Capacitar a equipe para realizar acolhimento dos escolares e seus responsáveis.
- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, e agendamento dos escolares para o programa.
- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, e agendamento dos escolares de alto risco para o programa.

Relativa ao objetivo 2:

Eixo de Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a periodicidade das consultas.
- Monitorar os faltosos.
- Monitorar as buscas realizadas pelo programa de atenção a saúde bucal do escolar

Eixo de Organização e Gestão do Serviço

- Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos.
- Organizar a agenda para acomodar os faltosos após a busca.

Eixo de engajamento Público

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal.
- Capacitar as ACS para realização de buscas aos escolares faltosos ao tratamento odontológico.

.

Relativas ao objetivo 3:

Eixo de Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por escolar.
- Monitorar a média de aplicações de flúor supervisionada por escolar.
- Monitorar a conclusão do tratamento dentário.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço

- Planejar a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades.
- Estimar o número de turnos necessários para atingir a meta para os escolares da escola da área da unidade de saúde.

- Pactuar com a escola os horários para realização de ações coletivas de saúde bucal.
- Elaborar listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada escolar.
- Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento.
- Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.
- Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos.

Eixo de engajamento Público

- Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades na escola da área de abrangência da unidade de saúde.
- Sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde.
- Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento dentário.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

- Capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de aplicação de flúor supervisionada.
- Capacitar os profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do Ministério.
- Treinar a equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais das crianças.

Relativas ao objetivo 4:

Eixo de Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o registro de todos os escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço

- Implantar planilha de saúde bucal e ficha para acompanhamento dos escolares cadastrados.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Eixo de engajamento Público

- Esclarecer os escolares e seus responsáveis sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

- Treinar a equipe para adequado preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento.

Relativas ao objetivo 5:

Eixo de Monitoramento e Avaliação

- Monitorar as atividades educativas coletivas.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço

- Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola.
- Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.
- Organizar todo material necessário para essas atividades.
- Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.
- Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola.

Eixo de engajamento Público

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

- Incentivar a importância do autocuidado do escolar.
- Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para atividades de gestão em saúde.
- Capacitar a equipe para atividades de fortalecimento do controle social.
- Capacitar a equipe para o trabalho multidisciplinar.

2.3.1 Detalhamento das ações

O percentual estabelecido foi colocado como expectativa de cobertura de 100%, visto que o número de escolares é pequeno, e a escola localiza-se do lado da UBS, facilitando o desenvolvimento dos trabalhos. A dificuldade será o tempo reduzido de trabalho clínico que eu já possuo normalmente, e agora terei que focar nesta intervenção sem deixar o restante dos usuários assistência.

Primeiramente será estabelecido o contato com a direção da escola pela dentista orientanda do curso de especialização, para formalização da ação, estabeleceremos em conjunto com a escola a organização da dinâmica dos atendimentos e das ações. Padronizaremos juntamente com a equipe de coordenação da escola, uma mensagem de orientação e autorização dos pais, informando sobre o projeto (seus benefícios e normas) e atentando da responsabilidade, direito e dever dos pais no acompanhamento de seus filhos para a o sucesso dos resultados (APÊNDICE 2).

Estabeleceremos os dias semanais para atendimento exclusivo dos escolares (determinamos quantidade de vagas diárias). No mural da unidade colocaremos um informativo para a comunidade, detalhando os dias de atendimento prioritário ao programa com escolares para a comunidade.

Na prática para ampliação de cobertura da atenção de saúde bucal dos escolares inicialmente será realizada uma ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica. Uma vez que a quantidade de alunos é pequena, pretendemos em poucos dias avaliar os 48 alunos (100%) e concluir esta etapa com facilidade. Dando sequência iniciaremos com os atendimentos clínicos. A ASB será responsável pela busca ativa das crianças, irá até a sala de aula buscar o escolar para o atendimento na unidade e após a consulta a mesma retorna com a criança até a sala de aula novamente. Esta rotina se dará sucessivamente até que se conclua o tratamento do escolar. Para melhorar a qualidade de atenção em saúde bucal dos escolares, esta rotina será mantida, faremos escovação semanal supervisionada com creme dental em 100% das crianças, além da aplicação de flúor em gel. O material de higiene para a realização da atividade será requisitado a secretaria de saúde municipal, que fornecerá um *kit* com uma escova, um creme dental e um fio dental.

Também propomos atividades coletivas de orientação quanto a cárie, higiene e nutrição. As ações buscarão favorecer a saúde bucal dos escolares, norteados pelos quesitos: Primeira consulta programática, aplicação tópica de flúor e atestado de saúde bucal em pelo menos 100% das crianças; disponibilizar informações para a manutenção da sanidade bucal; estabelecer protocolo destes serviços para as futuras turmas da escola e proporcionar acesso ao material

(escova, pasta e fio) para a prática diária das crianças e manutenção da saúde bucal (quesito que necessita de auxílio dos gestores, para fornecimento deste material).

Ao final do ano esperamos estabelecer a alta odontológica para todos os escolares.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.

Indicador: 1.1: 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 1.2: Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 100% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 1.2: 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 1.3: Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Indicador 1.3: Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de escolares classificados como alto risco moradores da área de abrangência que realizaram primeira consulta odontológica.

Denominador: Número de escolares classificados como alto risco moradores da área de abrangência.

Objetivo 2: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal

Meta 2.1: Fazer busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

Indicador 2.1: Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

Numerador: Número total de buscas realizadas aos escolares da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Denominador: Número de consultas não realizadas pelos escolares da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares

Indicador 3.1: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

Meta 3.1: Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

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

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

Meta 3.2: Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais.

Indicador 3.2: Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

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

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 classificadas com alto risco.

Meta 3.3: Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Indicador 3.3: 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 de 6 a 12 anos da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Objetivo 4: Melhorar registro das informações

Meta 4.1: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área.

Indicador 4.1: 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.

Objetivo 5: Promover a saúde bucal dos escolares

Meta 5.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.

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

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

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

Meta 5.2: Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças.

Indicador 5.2: Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.

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

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

Meta 5.3: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

Indicador 5.3: Proporção de escolares com orientações nutricionais.

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção de saúde bucal nos escolares será utilizado o Guia de Recomendações para o Uso de Fluoretos no Brasil pelo Ministério da Saúde 2009 (BRASIL, 2009) e o Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal do Ministério de Saúde, 2006 (BRASIL, 2006).

O primeiro contato será entre a equipe de saúde bucal (dentista e ASB) e a coordenação da escola, resolvendo as questões burocráticas. Esclarecimento da ação, objetivos e metas do programa, estimularemos o auxílio e engajamento das funcionárias da escola, na coleta de dados, nomes, idades e números dos alunos,

nome das professoras responsáveis por cada turma. Uma vez resolvida esta questão, as ações acordadas serão repassadas aos gestores do município a fim de obter a autorização para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

Para a coleta dos dados do monitoramento da intervenção será elaborado documentos para registro do desenvolvimento do programa. Primeiramente iremos fazer uma planilha com a listagem nominal dos escolares, com o número total de alunos separados por turma e turnos, bem como sua idade e condição inicial de saúde bucal (alto risco ou não). O segundo registro será o registro (Ficha-espelho) diário das consultas realizadas, constando nome do aluno, idade, data e procedimentos realizados. Registraremos também as participações em atividades coletivas de escovação, flúor e atividades educativas.

Como já citado anteriormente, devido a proximidade da escola com a UBS, trabalharemos com busca ativas dos alunos. Determinaremos dois dias na semana exclusivos para atendimento destas crianças, a fim de cumprir com a meta 100% de tratamento concluído. A ASB irá até a sala de aula da criança, busca- lá para atendimento odontológico, ao final da consulta a mesma devolverá a criança em mãos a professora responsável. Ficando o retorno da criança programado.

Além do atendimento clínico curativo, escovação dental supervisionada, aplicações de flúor e atividades de orientação complementarão a intervenção. Para os procedimentos de escovação será solicitado aos gestores um kit escovação para cada aluno.

A fim de estabelecer vínculos duráveis do projeto de intervenção, será proposto que no boletim escolar dos escolares, seja incluído, uma observação

sobre a SAÚDE BUCAL do escolar, e que esta seja de incentivo ao escolar para o cuidado de sua saúde bucal.

As funcionárias da escola serão orientadas para que a cada aluno novo que entre, o mesmo seja encaminhado para consulta inicial de estado de saúde bucal, e que os pais sejam informados de que este cuidado é importante e tem a mesma relevância de cuidado com sua saúde geral. O objetivo do projeto é tornar um hábito estar em dia com a saúde bucal, saber que a cada início de ano letivo a consulta com o dentista é rotineira/ garantida pelo protocolo e que até o fim do ano letivo o aluno deve estar com sua saúde bucal em estado satisfatório.

Para a participação da criança no programa será pré requisito a ciência e autorização dos pais, através do preenchimento do documento denominado “Termo de consentimento” (Apêndice 2).

Monitorar a periodicidade das consultas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitar, Monitorar, organizar as buscas pelas ACS dos escolares faltosos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Organizar a agenda para acomodar os faltosos após a busca			x		x		x		x		x		x		x		
Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Implantar planilha de saúde bucal para acompanhamento dos escolares cadastrados					x				x				x				x
Treinar e pactuar com a equipe o registro das informações	x																
Esclarecer os escolares e seus responsáveis sobre o direito de manutenção dos registros de saúde	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por escolar					x				x				x				x
Monitorar a média de ações coletivas de aplicação de gel fluoretado por escolar			x												x		
Monitorar a conclusão do tratamento dentário					x				x				x				x
Monitorar e organizar as					x				x				x				x

3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

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

Antes do início de toda a intervenção foi realizada a capacitação da equipe de saúde para a intervenção apresentando o Protocolo: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006; e BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, além da apresentação do projeto de intervenção. A aceitação por parte da equipe presente foi acolhedora, embora, cabe recordar que no início da intervenção a equipe da unidade estava desfalcada (sem médico e sem enfermeiro). A partir de então iniciamos os contatos com a Escola Rural São Pedro, onde seria o foco da intervenção. Acordado com a direção da escola todos os detalhes, foram enviados a todas as crianças um bilhete pedindo a autorização dos pais para a realização do exame clínico bucal, busca ativa da criança dentro da sala de aula conduzindo-a até a unidade de saúde para atendimento odontológico e consequente inclusão da criança no programa, a adesão por parte dos pais foi totalitária.

A primeira ação prevista no projeto foi a ampliação da cobertura de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares da escola. Os exames foram realizados na

primeira semana da intervenção. Todos os alunos da escola são moradores da área de abrangência da unidade, o que facilitou o trabalho.

Visto que a Unidade de saúde localiza-se ao lado da escola, a logística da intervenção foi realizar busca ativa de criança por criança dentro da sala de aula e encaminhar para a consulta odontológica, objetivando a conclusão do tratamento odontológico. A forma de busca ativa facilitou a não existência de faltosos a consulta, pois como não se tratava de uma consulta agendada, sempre tinha algum aluno disponível para o atendimento.

Para melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares, ações de prevenção e promoção de saúde como escovação supervisionada com creme dental (100% das crianças), aplicação de flúor gel (100% das crianças) e palestra de orientação sobre cárie dentária, higiene bucal e nutrição foi realizada com pais e alunos. Atento que a aplicação de flúor gel com escovas, foi aplicado (a partir do terceiro mês de intervenção) em todos os alunos e não somente nos de alto risco.

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

Um ponto que ficou carente na intervenção foi quanto as atividades orientativas em grupo. Durante a intervenção tivemos apenas uma palestra com os pais e nesta, os pais foram bastante frisados sobre a importância do apoio e incentivo dos mesmos sobre a saúde bucal de seus filhos, bem como da enorme responsabilidade que estes cuidados representam. Foi pactuado um acordo entre

equipe de saúde bucal, pais e escola, numa tríade de forças em busca do sucesso da saúde bucal dos alunos, visto que a equipe de saúde bucal faz sua parte no consultório, porém os cuidados e a prevenção devem continuar quando fora do consultório. Não houve mais atividades como esta por falta de tempo, devido ao reduzido tempo de atendimento clínico diário (apenas três horas diárias). Foi dado ênfase aos atendimentos clínicos e orientações individuais. Não foram realizadas mais atividades de engajamento público como proposto no projeto pela justificativa anterior.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos Indicadores.

Quanto a sistematização dos dados a dificuldade foi entender e adaptar-me a padronização das tabelas e dos quesitos avaliados pelo curso. Uma vez que cada caso é uma realidade diferente, cada aluno deveria ser diagnosticado pelos seus pontos com necessidade de avaliação. O atendimento se dava por turmas e os alunos se repetiam a cada semana, gerando a impressão de poucos escolares cadastrados.

No processo da intervenção, nossa maior dificuldade foi o reduzido tempo clínico diário, o que limitou bastante novas atividades e até maiores números de atendimentos. Infelizmente não temos Técnica em saúde bucal na unidade, fato que juntando-se a carga horária reduzida de trabalho (pelo fato de das oito horas diárias trabalhadas passarmos cinco horas viajando) dificultou que números

maiores fossem alcançados. Ainda sobre as dificuldades, as crianças menores e infelizmente , as que mais necessitam, foram as que apresentaram maior resistência ao tratamento, característica normal considerando a idade reduzida das mesmas. Estas demandam uma maior atenção e um tempo maior para manejo e trabalho.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra

A logística da intervenção foi adaptada a realidade viabilizando sua concretização e independente dos números finais apresentados, desde já representa sucesso, visto que já está incorporada na rotina da equipe, tornou-se um procedimento natural e já apresenta resultados positivos visíveis, certamente que terá continuidade.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 RESULTADOS

A intervenção que objetivou melhorar a atenção a saúde bucal dos escolares pertencentes a única escola da área adstrita à UBS São Pedro foi atingida. Com a finalização da intervenção que teve a duração de dezesseis semanas na ESF São Pedro (Campo Largo, Curitiba, PR), as metas anteriormente pactuadas foram praticamente cumpridas na íntegra e serão a seguir descritas. Estes resultados foram avaliados tanto quantitativamente como qualitativamente.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.

O número total de crianças frequentadoras da escola foco da intervenção da área de abrangência da unidade é de 48 alunos. Já no primeiro mês de intervenção todas as crianças participaram do exame bucal com finalidade epidemiológica, portanto nos meses seguintes não houve necessidade de novos exames bucais coletivos e sim dar sequencia aos tratamentos odontológicos. Atingimos então a meta de 100% de cobertura já no primeiro mês.

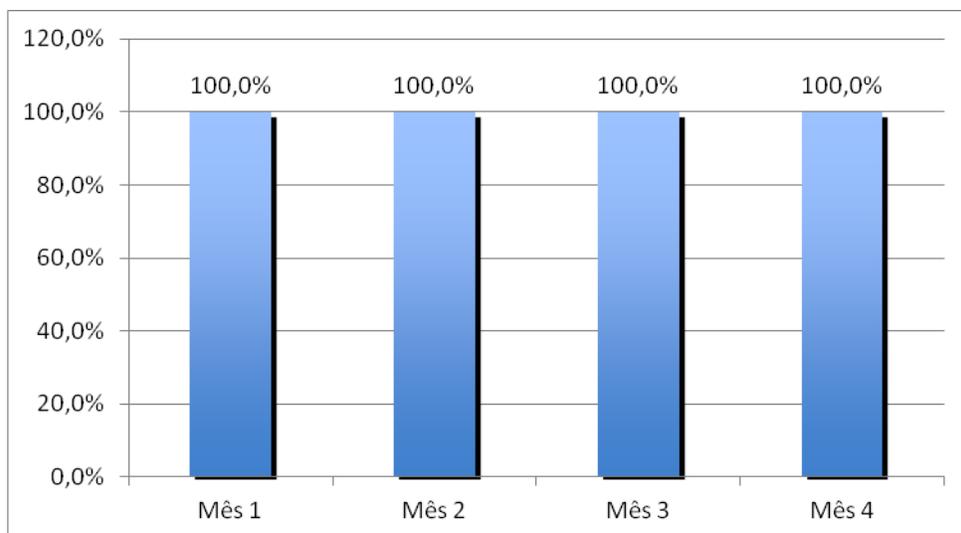


Figura 1- Proporção de Escolares Examinado na escola Rural de São Pedro, UBS São Pedro, Campo Largo/PR (2014)

Meta 1.2: Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 100% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Proporção de Escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programada

Com relação à cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, foram atendidas 16 crianças (33,3%) no primeiro mês, já no segundo mês foram 27 crianças (56,3%), no terceiro mês 37 crianças (77,1%) encerrando no quarto mês com 39 crianças (81,3%) com a primeira consulta realizada.

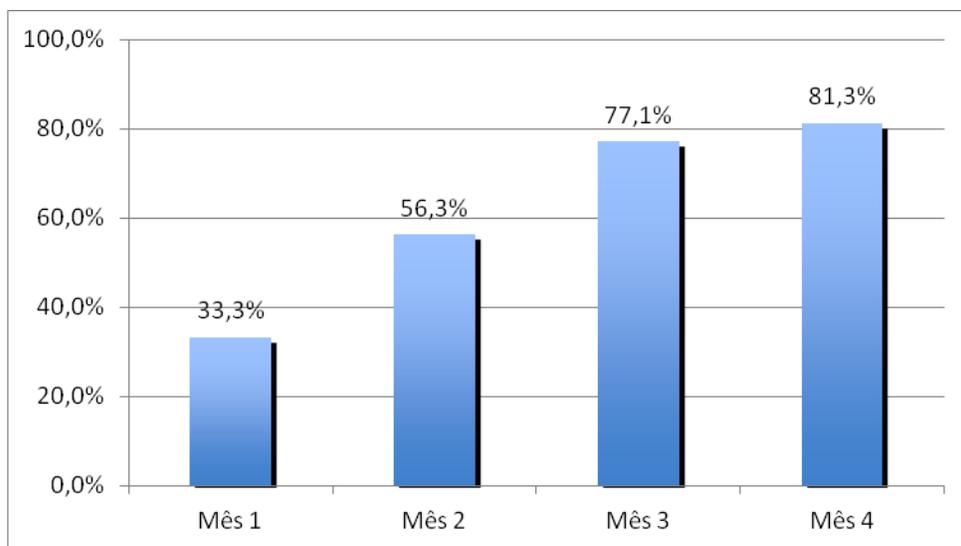


Figura 2 – Proporção de Escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programada UBS São Pedro, Campo Largo/PR (2014)

Meta 1.3: Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Indicador 1.3: Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica

Felizmente o número de crianças consideradas alto risco para a atividade de doença cárie foi considerado pequeno, totalizando 10 (dez) crianças. O fator dificultante e já esperado, é que a maioria destes escolares apresentam também uma dificuldade de realização do tratamento. São crianças com idade reduzida ou são crianças com alteração psicológica e/ou comportamental e que na maioria das vezes apresentam pais não colaboradores ou presentes. Estes requerem uma intervenção multidisciplinar e a longo prazo. A primeira consulta odontológica foi realizada com todos os alto risco, porém não conseguimos dar alta para todos, o trabalho deve continuar.

No primeiro e segundo mês foram 5 crianças atendidas (50%), no terceiro mês 7 crianças (70%) e no quarto mês o número ficou estagnado. Infelizmente devido as dificuldades já relatadas, este foi o único quesito em que não alcançamos as metas. Concluímos com 70% dos escolares de alto risco com a primeira consulta odontológica realizada.

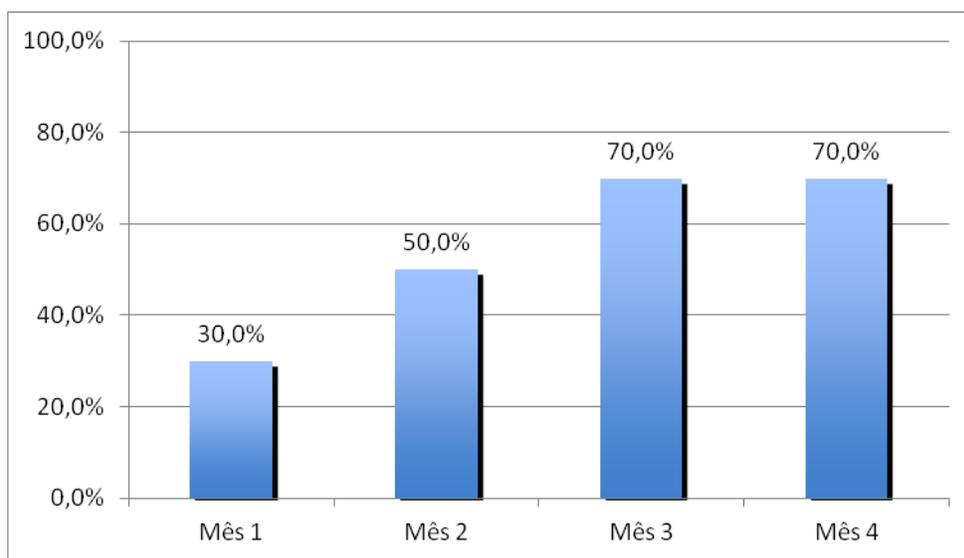


Figura 3 – Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica na UBS São Pedro, Campo Largo/PR (2014)

Objetivo 2: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal

Meta 2.1: Fazer busca ativa em 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

Indicador 2.1: Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde

Como não havia agendamento de consulta e os alunos eram buscados aleatoriamente dentro da sala de aula, não tivemos faltosos. Era uma facilidade a

busca dos alunos a escola, não gerando faltosos. Mas não houve a responsabilização dos familiares com conseqüente incorporação na família dos cuidados, deixando para os escolares a orientação aos familiares.

Objetivo 3. Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares

Meta 3.1: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

Indicador 3.1: Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

Já era rotineiro na Escola Rural de São Pedro a realização de escovação dental supervisionada uma vez por semana com todos os alunos da escola. A rotina foi mantida nos permitindo atingir a meta objetivada (100%).

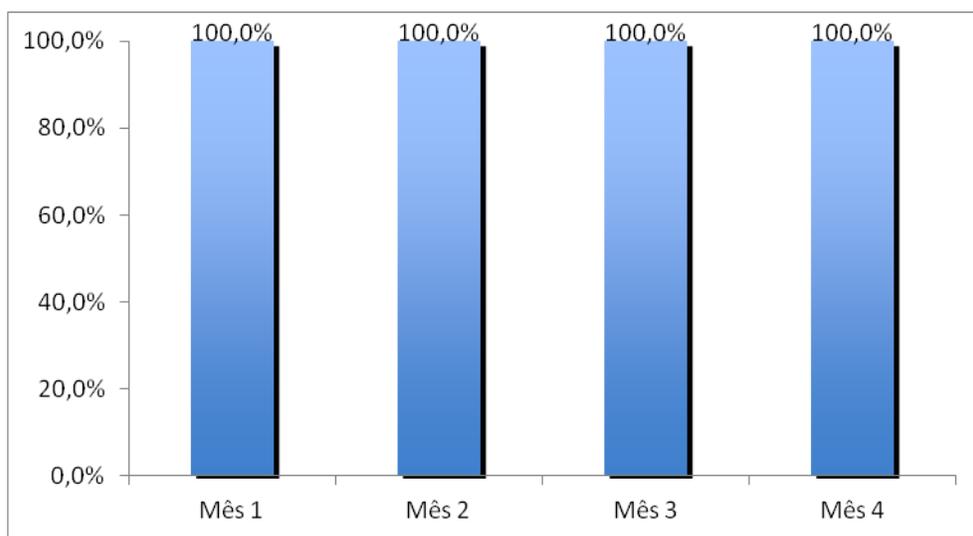


Figura 4 - Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental. Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Meta 3.2: Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais.

Indicador 3.2: Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Seguindo o protocolo do município de Campo Largo-PR, todas as crianças eram submetidas a escovação dental e bochecho fluoretado semanalmente. E assim foi no primeiro e segundo mês da intervenção. A partir do terceiro mês após liberação dos gestores, aderiu-se a aplicação do gel fluoretado com escova dental ao invés do bochecho fluoretado. No entanto todas as crianças foram contempladas e não somente as de alto risco. Atingindo nossa meta no quarto mês de 100%.

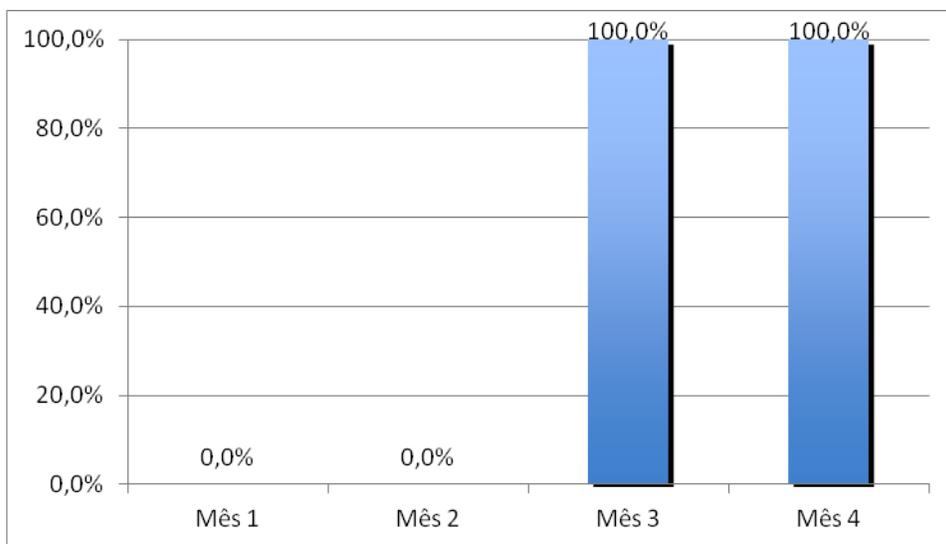


Figura 5 – Proporção de escolares com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Meta 3.3: Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Indicador 3.3: Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

No primeiro mês 3 crianças concluíram seu tratamento (18,8%), no segundo mês 8 crianças (29,6%), no terceiro mês 12 (32,4%) e no quarto mês 35 das 48 crianças tiveram alta clínica (cárie zero), finalizando o período estipulado de intervenção com 72,9% de escolares com conclusão do tratamento.

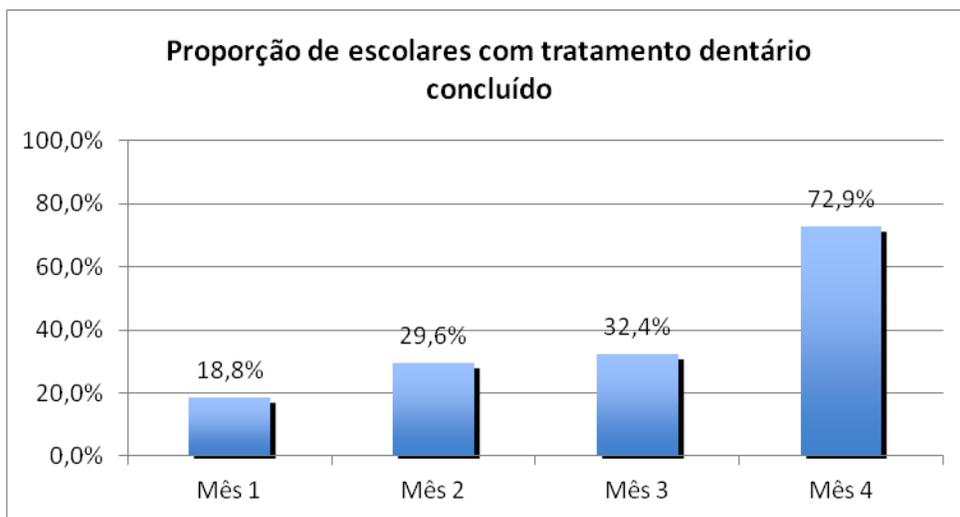


Figura 6 – Proporção de escolares com tratamento dentário concluído

Objetivo 4: Melhorar registro das informações

Meta 4.1: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área.

Indicador 4.1 Proporção de escolares com registro atualizado.

A meta de manter 100% dos registros atualizados em planilha e prontuário dos escolares da área de abrangência foi alcançado com sucesso, como apoio foi utilizado a base de dados dos alunos na escola.

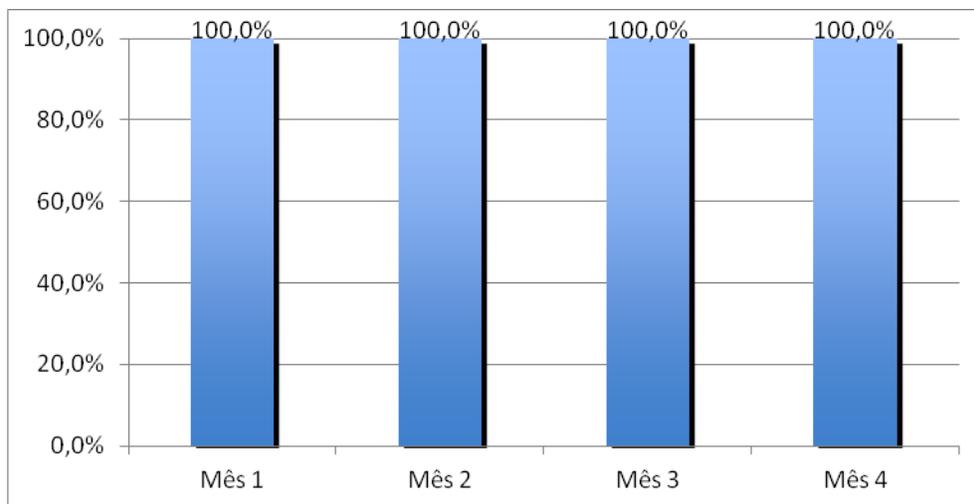


Figura 7 – Proporção de escolares com registro atualizado

Objetivo 5 :Promover a saúde bucal dos escolares

Meta 5.1. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.

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

Meta 5.2: Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças.

Indicador 5.2: Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.

Meta 5.3: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

Indicador 5.3: Proporção de escolares com orientações nutricionais.

Consideramos atingida com sucesso as metas estabelecidas de fornecer orientações sobre higiene bucal, cárie dentária e orientações nutricionais para 100% dos escolares participantes do programa. Embora durante a intervenção tenha sido realizada apenas uma grande reunião com pais, funcionários e alunos para este fim, semanalmente durante as atividades de escovação e flúor e durante as consultas clínicas estes conhecimentos são incansavelmente transmitidos as crianças.

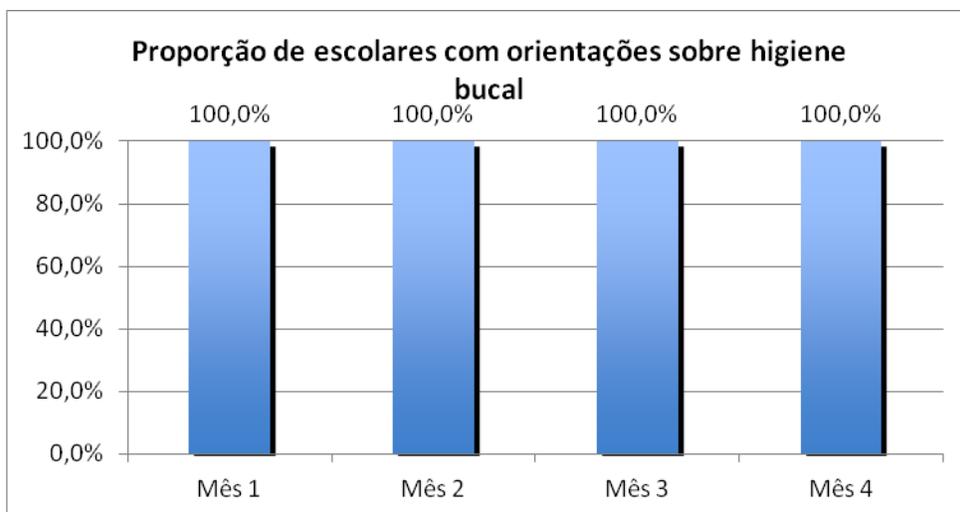


Figura 8 - Proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal, cárie dentária e orientações nutricionais.

4.2 DISCUSSÃO

A intervenção em minha unidade de saúde propiciou a ampliação da cobertura e qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares da escola Rural de São Pedro, facilitou e priorizou o acesso das crianças ao atendimento odontológico, aproximou a UBS aos pais destes alunos além de integrar a UBS a única escola adstrita na região. A intervenção permitiu que o atendimento odontológico tornasse rotina na vida dessas crianças, superando receios pré impostos e desenvolvendo o gosto por ir ao dentista. Foi um verdadeiro processo disseminador de saúde e benefícios para a sociedade.

A intervenção induziu que a equipe se integrasse e se capacitasse para que o trabalho alcançasse o sucesso. Promoveu a socialização entre as áreas multidisciplinares e como consequência formou-se uma equipe engajada e sólida que não mediu esforços para o bem comum.

Tiveram grande papel os funcionários da escola por estarem em contato direto com as crianças que eram o foco da intervenção, desde a facilitação com a documentação necessária, tornaram-se muitas vezes a ponte entre UBS e os pais, traziam a nós as necessidades e peculiaridades de cada aluno, auxiliaram no quesito psicológico dos alunos incentivando e orientado diariamente quanto ao tratamento odontológico.

Antes da intervenção não havia prioridade de agendamento para os escolares e ainda mais importante que a abertura de vagas é a disseminação da importância desse atendimento para que essas vagas sejam preenchidas. A existência de um cadastro específico aos escolares e com dados atualizados também são resultados da intervenção. Uma vez que as atividades de escovação e contato com os alunos é bem frequente, o programa permitiu que estejamos acompanhando a situação do kit de higiene bucal de cada aluno, tendo o controle da necessidade de manutenção e troca desses kits. Através do programa também, os gestores do município tomaram conhecimento do trabalho executado e demonstram uma maior disponibilidade no auxílio as necessidades que venham a existir.

O impacto da intervenção é notado a princípio pelas famílias dos escolares, uma vez que presenciam a rotina e melhora da saúde bucal e comportamental da criança. É positivamente demonstrado também pelas funcionárias da escola que também interagem no dia a dia com as melhoras apresentadas. Os pais ficam contentes em ver que seus filhos tem prioridade na hora do agendamento da consulta, e que muitas vezes eles não precisam nem acompanhar mais a criança no atendimento porque ela já vem sozinha. Devo salientar que este impacto da

responsabilização das crianças não se estendeu aos seus familiares, pois quando estes acompanham seu familiar acabam sendo orientados, agendando para sua avaliação e tendo a responsabilidade do cuidado de suas crianças.

Felizmente só tenho alegrias e sucesso a relatar quanto a intervenção, tudo se encaminhou perfeitamente, tivemos o apoio de todos que necessitamos, a intervenção já esta incorporada na rotina da UBS, não necessita de mudanças e tende a continuar colhendo os frutos. Nossa única adversidade é o tempo de trabalho clínico reduzido, que infelizmente não tem solução, mas o importante é a otimização, o aproveitamento desse pequeno tempo, pois somos capazes de fazê-lo ser grande! Posso dizer que a Escola Rural de São Pedro é privilegiada quanto a acessibilidade e qualidade da saúde bucal, e fico muito feliz em fazer parte desta realidade.

4.3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA GESTORES

Como produto final da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas e visando a melhoria da qualidade da Atenção à Saúde Bucal do Escolar na Escola Rural São Pedro, a cirurgiã dentista Luana Antunes Fernandez , integrante da equipe de Saúde da família da UBS São Pedro, município de Campo Largo PR, estudou, propôs e executou uma intervenção por um período de quatro meses

A Escola Rural São Pedro possui seis turmas , totalizando 48 alunos. Assim como todas as crianças do bairro, os alunos tinham acesso livre ao atendimento odontológico, porem não existia nenhuma ação específica voltada a

estas crianças. A intervenção trata-se da priorização do atendimento a estes alunos, são reservas diárias de vagas pré-destinadas aos escolares, bem como a busca ativa dentro da sala de aula do aluno para o atendimento odontológico. Semanalmente ações de escovação bucal com gel fluoretado supervisionada, e ações orientativas de assuntos diversos (nutrição, higiene, cárie), bem como a aproximação da equipe de saúde com os pais destes escolares, fazem parte do projeto.

Como principal objetivo da intervenção se destaca a ampliação da cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares, com exame bucal para fins clínico e epidemiológico e por consequência a finalização em alta clínica para o maior número de alunos possível.

A intervenção representa na prática a idealização da tão almejada “Promoção de saúde”, compreende desde o embasamento teórico quando transmitimos as orientações para os pais e alunos dando o instrumento para que por si só sejam capazes de buscar e manter a própria saúde bucal até a intimidação do atendimento odontológico para as crianças.

Nesses quatro meses realizamos exame clínico bucal em 100% dos alunos, 100% tiveram sua primeira consulta programática, todos participaram de ações coletivas de escovação supervisionada e orientações, e aproximadamente 70% (35 alunos) dos alunos receberam alta clínica (tratamento concluído - cárie zero). Dados estes que representam o sucesso da intervenção. Com a continuidade do projeto atingiremos dentro de alguns meses 100% de tratamento concluído.

Não se pode deixar de lembrar o caráter multiprofissional envolvido, toda a equipe foi capacitada e conscientizada do projeto, dentro das possibilidades

participaram ativamente e são também responsáveis pelos resultados obtidos. O trabalho foi de grande motivação para ampliarmos a integração entre a escola e UBS e para aumentar a integração de toda a equipe de saúde num trabalho voltado para a odontologia. Os pais e alunos se mostram mais motivados para os cuidados da saúde bucal e as crianças estão cada vez mais habituadas com os procedimentos odontológicos. Com certeza, este trabalho está trazendo e trará bons frutos com um futuro melhor para a saúde bucal e geral da população.

4.4 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE

Com o objetivo de melhorar a qualidade da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de São Pedro, toda a equipe de saúde implementou uma intervenção por um período de quatro meses a fim de incorporá-la à rotina de trabalho da unidade.

Foram reservadas vagas diárias para as crianças e com a devida autorização e conhecimento dos pais, as crianças foram buscadas dentro da sala de aula para a consulta, retornando para a escola após o término do atendimento. Os pais tiveram grande participação durante toda a intervenção, comparecendo as palestras, apoiando o projeto, incentivando seus filhos e transmitindo os conhecimentos adquiridos.

Alem do atendimento no consultório que visou alta clínica para todas as crianças (cárie zero), semanalmente foram realizadas escovações dental com gel fluoretado em todas as crianças, também foi ministrado palestra sobre cárie, escovação, nutrição e higiene pessoal com os pais e alunos. Todos os 48 alunos

da Escola Rural São Pedro participaram do exame bucal e primeira consulta programática, destes 35 alunos tiveram seu tratamento concluído. Dez crianças foram consideradas de alto risco, necessitando então de atenção especial em saúde bucal.

Graças à colaboração de toda equipe multidisciplinar da unidade de saúde, aos pais que se mostraram abertos ao projeto, e aos funcionários da escola que foram absolutamente colaboradores conseguimos realizar com sucesso esta intervenção. Como resultado da intervenção observamos alunos e pais mais motivados e conscientes a respeito da escovação e cuidados bucais, além de ser visível e gratificante o quanto mais confortáveis e mais íntimos as crianças estão com o atendimento clínico odontológico, ir ao dentista se tornou rotineiro e sem maiores transtornos. O projeto continuará sendo realizado na escola para atingirmos os 100% de tratamento concluído, e também para darmos continuidade na manutenção da saúde bucal desses alunos e para os novos alunos que entram a cada ano na escola.

5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

A princípio o curso me ofereceu uma visão mais abrangente das atividades que acontecem na rotina da minha UBS, mas que não eram de meu conhecimento. Confesso que de início foi até meio frustrante, porque fui obrigada a trabalhar com assuntos que não eram da minha área e que me tornavam totalmente dependente da enfermagem para resolver. Inicialmente essa dependência me incomodava, mas no decorrer do curso, foi se tornando troca de conhecimento, crescimento profissional e pessoal. A capacidade do entendimento dessa visão multidisciplinar me permitiu uma nova concepção do processo de trabalho. Nesta caminhada rumo ao sucesso da intervenção foi notório também o quão favoreceu a integração da equipe.

Quanto a escolha do foco da intervenção, a proximidade física da UBS com a escola e o gosto pela pediatria não me permitiram outra escolha senão os escolares. Este convívio, o carinho gerado por esta troca é enriquecedor. Impagável se perceber querida e íntima dos pequeninos, inquestionável o meu contentamento em atestar uma alta clínica para um alto risco e presenciar o saldo positivo de toda a dedicação multidisciplinar.

Não posso deixar de citar o quanto agregaram positivamente os fóruns clínicos, a troca de experiência entre os profissionais da mesma área, o conhecimento da rotina de outros profissionais em localidades distintas, o contato com outras realidades. Os temas abordados sempre condizentes com a realidade que vivemos nos permitindo a aplicabilidade dos conteúdos na prática diária.

Então considero este curso um ciclo concluído, percorrido desde o aspecto didático que me forneceu conteúdos que me qualificam como uma melhor profissional ao aspecto emocional representado pela realização profissional/pessoal, além do quanto me agregou no sentido humanitário. A priorização do atendimento para os escolares facilitando o acesso ao atendimento odontológico, concretizar o ideal de ver a consulta com o dentista tornando-se rotina na vida dessas crianças, presenciar o tabu do “dentista que faz doer” sendo desmistificado a cada dia. A satisfação de presenciar a mudança da reação inicial de medo e fuga para a reação final de tranquilidade e intimidade da criança com o atendimento odontológico, não tem preço!

6 BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br/bucal>. Acesso em: 23 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de recomendação para o uso de fluoretos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 5 de agosto de 2013.

LISBOA IC.; ABEGG C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, estado do Rio Grande Do Sul, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.15, n.4, p.29-39, out/dez, 2006

ANEXOS

ANEXO 1 – PLANILHA OBJETIVOS, METAS, INDICADORES, AÇÕES

Objetivo Geral: Melhorar a atenção à saúde bucal de escolares							
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	EXINOS			
				ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO			
				ENGAJAMENTO PÚBLICO			
				QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA			
1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares	1.1. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade atendimento em 9% dos escolas de seis a 12 anos de idade da unidade de abrangência.	1.1. Proposição de escolares participantes Número de escolares coletivos 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.	• Monitorar a situação de risco dos escolares para doenças bucais. • Monitorar o número de escolares monitorados da área de abrangência com primeira consulta odontológica.	• Identificação dos espaços escolares aditados a cada Unidade Básica de Saúde. • Contato com os espaços escolares para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal. • Organizar agenda de saúde bucal para atividades nas escolas e atendimento prioritário a escolares.	• Informar e sensibilizar a comunidade sobre temas de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde. • Sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades	• Capacitar a equipe para realizar ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica. • Capacitar a equipe para realizar identificação de risco, programação de atividades segundo as necessidades e hierarquização dos encaminhamentos dos escolares para atendimento clínico na unidade de saúde.	
	1.2. Ampliar a cobertura de primeira consulta com plano de tratamento odontológico, para 9% dos escolares monitorados da área de abrangência da unidade de saúde.	1.2. Proposição de escolares monitorados da área de abrangência Número de escolares com primeira consulta odontológica. Numerador: Número total de crianças que frequentam a escola e são monitorados da área de abrangência da unidade de saúde.	• Monitorar número de escolares monitorados da área de abrangência com primeira consulta odontológica. Numerador: Número de escolares monitorados da área de abrangência que realizaram primeira consulta odontológica. Denominador: Número de escolares monitorados da área de abrangência.	• Monitorar número de escolares monitorados da área de abrangência com primeira consulta odontológica. • Monitorar os faltosos. • Monitorar as buscas realizadas pelo programa de atenção à saúde bucal do escolar	• Organizar acolhimento de este escolar na unidade de saúde. • Cadastrar na unidade de saúde os escolares da área de abrangência. • Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos escolares.	• Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos dos escolares. • Sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde.	• Capacitar a equipe para realizar acolhimento dos escolares e seus responsáveis. • Capacitar a equipe para realizar padronização e agendamento dos escolares para o programa.
	1.3. Realizar primeira consulta odontológica em 9% dos escolas de alto risco para doenças bucais.	1.3. Proposição de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica. Número de escolares classificados como alto risco monitorados da área de abrangência que realizaram primeira consulta odontológica. Numerador: Número de escolares classificados como alto risco monitorados da área de abrangência.	• Monitorar número de escolares de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica. Numerador: Número de escolares de alto risco monitorados da área de abrangência que realizaram primeira consulta odontológica. Denominador: Número de escolares classificados como alto risco monitorados da área de abrangência.	• Monitorar a periodicidade das consultas. • Monitorar os faltosos. • Monitorar as buscas realizadas pelo programa de atenção à saúde bucal do escolar	• Organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento aos escolares de alto risco. • Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos. • Organizar agenda para acomodar os faltosos após a busca.	• Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos dos escolares de alto risco. • Informar e sensibilizar a comunidade sobre temas de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde. • Sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde.	• Capacitar a equipe para realizar acolhimento dos escolares e seus responsáveis. • Capacitar a equipe para realizar padronização e agendamento dos escolares de alto risco para o programa.
2. Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal	2.1. Fazer busca ativa de 9% dos escolares da área, com primeira consulta odontológica, faltosos e consultas.	2.1. Proposição de buscas realizadas aos escolares monitorados da área de abrangência da unidade de saúde. Número total de buscas realizadas aos escolares da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica. Numerador: Número de consultas não realizadas pelos escolares da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.	• Monitorar a periodicidade das consultas. • Monitorar os faltosos. • Monitorar as buscas realizadas pelo programa de atenção à saúde bucal do escolar	• Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos. • Organizar agenda para acomodar os faltosos após a busca.	• Divulgar a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento.	• Capacitar a equipe para esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal. • Capacitar as ACS para realização de buscas aos escolares faltosos ao tratamento odontológico.	
	3.1. Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 9% dos escolares.	3.1. Proposição de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental. Número de escolares com escovação supervisionada com creme dental. Numerador: 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.	• Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por escolar	• Planejar a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades. • Estimar o número de turnos necessários para atingir a meta para os escolares das escolas da área de abrangência da unidade de saúde. • Pactuar com as escolas os horários para realização de ações coletivas de saúde bucal. • Elaborar listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada	• Informar e sensibilizar a comunidade sobre temas de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde. • Sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde.	• Capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	
	3.2. Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 9% dos escolares de alto risco para doenças bucais.	3.2. Proposição de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental. 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.	• Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por escolar.	• Planejar a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades. • Estimar o número de turnos necessários para atingir a meta para os escolares das escolas da área de abrangência da unidade de saúde. • Pactuar com as escolas os horários para realização de ações coletivas de saúde bucal. • Elaborar listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada	• Informar e sensibilizar a comunidade sobre temas de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde. • Sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde.	• Capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	
3. Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares	3.1. Realizar o tratamento odontológico em 9% dos escolares com primeira consulta odontológica.	3.1. Proposição de escolares com tratamento odontológico concluído. Número de escolares monitorados da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica concluída. Numerador: Número total de crianças de 6 a 12 anos da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.	• Monitorar a conclusão do tratamento dentário.	• Organizar agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento. • Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico. • Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos.	• Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento dentário	• Capacitar os profissionais da unidade de saúde de acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério. • Treinar a equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais de crianças de 6 a 12 anos.	
	3.2. Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 9% dos escolares de alto risco para doenças bucais.	3.2. Proposição de escolares com aplicação de gel fluoretado com escova dental. 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.	• Monitorar a conclusão do tratamento dentário.	• Organizar agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento. • Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico. • Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos.	• Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento dentário	• Capacitar os profissionais da unidade de saúde de acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério. • Treinar a equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais de crianças de 6 a 12 anos.	
	3.3. Realizar o tratamento odontológico em 9% dos escolares com primeira consulta odontológica.	3.3. Proposição de escolares com tratamento odontológico concluído. Número de escolares monitorados da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica concluída. Numerador: Número total de crianças de 6 a 12 anos da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.	• Monitorar a conclusão do tratamento dentário.	• Organizar agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento. • Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico. • Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos.	• Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento dentário	• Capacitar os profissionais da unidade de saúde de acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério. • Treinar a equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais de crianças de 6 a 12 anos.	
4. Melhorar registro das informações	4.1. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área.	4.1. Proposição de escolares com registro atualizado. Número de escolares da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado. Numerador: Número total de escolares da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.	• Monitorar o registro de todos os escolares monitorados da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.	• Implantar planilha de saúde bucal e ficha para acompanhamento dos escolares cadastrados. • Pactuar com a equipe o registro das informações.	• Esclarecer os escolares e seus responsáveis sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de realização de segunda via se necessário.	• Treinar a equipe para adequado preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento.	
	5.1. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 9% dos escolares.	5.1. Proposição de escolares com orientações sobre higiene bucal. Número de crianças de 6 a 12 anos com orientação sobre higiene bucal. Numerador: Número de crianças de 6 a 12 anos matriculadas na(s) escola(s) foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.	• Monitorar as atividades educativas coletivas.	• Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola. • Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas. • Organizar todo material necessário para essas atividades. • Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.	• Divulgar as potencialidades das ações transversais e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar. • Incentivar a importância do auto-cuidado do escolar. • Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares.	• Capacitar a equipe para atividades de gestão em saúde. • Capacitar a equipe para atividades de fortalecimento do controle social. • Capacitar a equipe para o trabalho multidisciplinar.	
	5.2. Fornecer orientações sobre cárie dentária para 9% das crianças.	5.2. Proposição de escolares com orientações sobre cárie dentária. Número de crianças de 6 a 12 anos com orientação sobre cárie dentária. Numerador: Número de crianças de 6 a 12 anos matriculadas na(s) escola(s) foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.	• Monitorar as atividades educativas coletivas.	• Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola. • Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas. • Organizar todo material necessário para essas atividades. • Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.	• Divulgar as potencialidades das ações transversais e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar. • Incentivar a importância do auto-cuidado do escolar. • Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares.	• Capacitar a equipe para atividades de gestão em saúde. • Capacitar a equipe para atividades de fortalecimento do controle social. • Capacitar a equipe para o trabalho multidisciplinar.	
5.3. Fornecer orientações nutricionais para 9% das crianças.	5.3. Proposição de escolares com orientações nutricionais. Número de crianças de 6 a 12 anos com orientação nutricional. Numerador: Número de crianças de 6 a 12 anos matriculadas na(s) escola(s) foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.	• Monitorar as atividades educativas coletivas.	• Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola. • Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas. • Organizar todo material necessário para essas atividades. • Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.	• Divulgar as potencialidades das ações transversais e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar. • Incentivar a importância do auto-cuidado do escolar. • Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares.	• Capacitar a equipe para atividades de gestão em saúde. • Capacitar a equipe para atividades de fortalecimento do controle social. • Capacitar a equipe para o trabalho multidisciplinar.		

ANEXO 2 – PLANILHA DE COLETA DE DADOS

Coleta de dados Saúde Bucal escolares [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Indicadores de saúde bucal - Mês 1										
Dados para Coleta	Número do escolar	Nome do Escolar	Idade do escolar	O escolar é morador da área de abrangência da unidade de saúde?	O escolar foi classificado como alto risco para saúde bucal?	O escolar morador da área de abrangência está com primeira consulta odontológica realizada?	O escolar morador da área de abrangência classificado como alto risco está com primeira consulta odontológica realizada?	Número de consultas odontológicas não realizadas	Número de buscas realizadas ao escolar faltoso às consultas	O escolar participou de escovação supervisionada com creme dental?
Orientações de preenchimento	De 1 até o total de escolares cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 = Nenhuma	0 = Nenhuma	0 - Não 1 - Sim
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									
	13									
	14									

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

ANEXO 3 – DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a 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

APÊNDICES

Apêndice 1 – Ficha-espelho Saúde Bucal

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA SAÚDE BUCAL DE ESCOLARES – FICHA-ESPELHO

Data do Ingresso no Programa: ___/___/____ N° do Prontuário: _____

Já realizou Tratamento Odontológico Na UBS? () Sim () Não

Nome do Estudante: _____

Responsável _____

DATA								
Procedimento Realizado								
Primeira consulta Programática								
Tratamento Concluído								
Consultas não realizadas								
Busca Ativa								
Escovação com creme dental								
Aplicação de flúor gel								
Orientação sobre higiene dental								
Orientação sobre cárie								

Apêndice 2 – Consentimento



Universidade Federal de Pelotas – UFPel



**Departamento de Medicina Social – DMS
Especialização em Saúde da Família – EaD**

**UNIDADE DE SAÚDE SÃO PEDRO - CAMPO LARGO/PR
SETOR DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA SAÚDE BUCAL EM ESCOLARES**

Senhores Pais:

A Equipe de Saúde Bucal da Unidade de Saúde São Pedro – Campo largo/PR realizará o *Programa Saúde Bucal em Escolares*, com os estudantes da Escola Municipal Rural São Pedro. Serão realizadas na escola atividades de Escovação Dental Supervisionada, Orientações de Higiene Bucal e Avaliação Inicial para Determinação do Risco à Cárie Dentária.

Os estudantes que apresentarem necessidade de tratamento odontológico serão agendados para atendimento na Unidade de Saúde. O aluno que apresentar fácil manejo e aceitação, a equipe buscará a criança dentro da sala para o atendimento e ao fim da consulta a criança será entregue em mãos à professora responsável. Aos alunos que apresentarem resistência a comparecer na consulta sozinhos, os pais serão avisados e deverão acompanhar a criança nas próximas consultas.

O Objetivo do programa é que todos os alunos concluam o ano letivo livres de cáries e doenças bucais. Para a participação da criança ao programa e para a realização do exame bucal, os pais ou responsáveis devem assinar a seguinte autorização:

Declaro que após ter sido esclarecido, consinto a participação do meu filho (a) no programa Saúde Bucal dos Escolares. Eu, _____ (nome do responsável), autorizo meu filho (a) _____ (nome da criança) a participar do Programa Saúde Bucal em Escolares.

Campo Largo, ___/___/___

Claudia Castro / Diretora Escola Municipal Rural São Pedro, Campo Largo-PR.
Luana A.Fernandez – Cirurgiã Dentista, Unidade de Saúde São Pedro/ Coordenadora do Projeto.
Michelle Barboza Jacondino / Orientadora do Projeto, UFPel.
Regina Norberto/ Coordenadora de Saúde Bucal do Município de Campo Largo-PR.

Apêndice 3 – Registros Fotográficos



