UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 04

Qualificação da atenção de escolares de 6 a 12 anos de idade da Escola José Américo de Almeida da área de abrangência da USF José Américo III, João Pessoa/PB

Vanessa de Carvalho Jovito

Pelotas, 2014

VANESSA DE CARVALHO JOVITO

Qualificação da atenção de escolares de 6 a 12 anos de idade da Escola José Américo de Almeida da área de abrangência da USF José Américo III, João Pessoa/PB

Projeto de intervenção apresentado ao curso de especialização em Saúde da Família - EaD - UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Maria Beatriz Junqueira de Camargo

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

J62q Jovito, Vanessa de Carvalho

Qualificação da atenção de escolares de 6 a 12 anos de idade da Escola José Américo de Almeida da área de abrangência da USF José Américo III, João Pessoa/PB / Vanessa de Carvalho Jovito ; Maria Beatriz Junqueira de Camargo, orientadora. — Pelotas, 2014.

63 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. Camargo, Maria Beatriz Junqueira de, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Vanessa de Carvalho Jovito

Qualificação da atenção de escolares de 6 a 12 anos de idade da Escola José Américo de Almeida da área de abrangência da USF José Américo III, João Pessoa/PB

Trabalho de Conclusão de Curso _____, como requisito parcial, para obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Aberta do SUS.

Defesa: 02 de junho de 2014

Banca Examinadora:

Profª Drª Maria Beatriz Junqueira de Camargo (orientadora)
Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Profª Me. Gilda Maria de Carvalho Abib El Halal
Mestre em Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Prof. Me. Mateus Casanova dos Santos
Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas

Dedico este trabalho a minha família e amigos que tanto me incentivaram, dando-me forças para nunca desistir e sempre lutar para conquistar todos os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter-me proporcionado todas as conquistas, por ter me guiado sempre no decorrer desta caminhada, onde muitos desafios foram superados.

Aos meus pais, que me deram o alicerce de tudo o que sou, pela dedicação incondicional, e por todo apoio.

Às minhas irmãs que estão sempre perto, me apoiando em tudo que faço.

Aos colegas de profissão e profissionais envolvidos durante o projeto de intervenção.

A todas as crianças envolvidas no projeto que foram sensibilizadas com as atividades.

À Professora Maria Beatriz Junqueira de Camargo pelo apoio e orientação.

Lista de tabela

Tabela 1. Distribuição da população da área de abrangência da USF José Américo III por microárea. 17
Tabela 2. Classificação de risco para cárie dentária de acordo com a situação individual. 28
Tabela 3. Fatores de risco que caracterizam alto risco de cárie. 28
Tabela 4. Distribuição das idades dos escolares que participaram da intervenção. . 41

Lista de figuras

Figura 1. Percentual de crianças que realizaram exame epidemiológico e realizaram a primeira consulta programática, conforme mês de intervenção. 42
Figura 2. Percentual de crianças classificadas como de alto risco que realizaram a primeira consulta programática, conforme mês de intervenção. 42
Figura 3. Percentual de tratamentos completados entre os escolares que necessitavam de tratamento, conforme mês de intervenção. 44
Figura 4. Percentual de crianças que realizaram escovação supervisionada, conforme mês da intervenção. 45
Figura 5. Percentual de crianças de alto risco que receberam gel fluoretado, conforme mês de intervenção. 46

Lista de abreviaturas e siglas

ACS: agente comunitário de saúde

ASB: auxiliar de saúde bucal

CD: Cirurgião- Dentista

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística PSE: Programa de Saúde na Escola

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFPB: Universidade Federal da Paraíba

USF: Unidade de Saúde da Família

Sumário

1 Análise Situacional 13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS 13
1.2 Relatório da Análise Situacional 15
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional 21
2 Análise estratégica 22
2.1 Justificativa 22
2.2 Objetivos e Metas 23
2.2.1 Objetivo geral 23
2.2.2 Objetivos específicos 23
2.2.3 Metas 23
2.3 Metodologia 24
2.3.1 Ações 24
2.3.2 Logística 27
2.3.3 Indicadores 30
2.3.4 Cronograma 33
3 Relatório da intervenção 37
3.1 Ações previstas e desenvolvidas 37
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas 38
3.3 Dificuldades na coleta e na sistematização dos dados 38
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações ao serviço 38
4 Avaliação da intervenção 40
4.1 Resultados 40
4.2 Discussão 47
4.3 Relatório de intervenção para Gestores 48
4.4 Relatório de intervenção para a comunidade 49
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem 51
Referências 52
Anexos 53
Anexo A - Planilha de coleta de dados 54
Anexo B - Aprovação do comitê de ética 55
Apêndices 56
Apêndice A - Ficha espelho 57
Apêndice B - Questionário aplicado para os profissionais 60

Resumo

JOVITO, Vanessa de Carvalho. **Qualificação da atenção de escolares de 6 a 12 anos de idade da Escola José Américo de Almeida da área de abrangência da USF José Américo III, João Pessoa/PB.** 2014. XXf. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 63p.

O cuidado com a saúde bucal é um hábito que deve ser estimulado desde cedo junto às crianças e os pais tem tarefa fundamental nesta tarefa ensinando e reforçando o auto cuidado da higiene bucal e dos hábitos O objetivo do trabalho foi melhorar a atenção de saúde bucal de crianças de 6 a 12 anos de idade que frequentam uma escola pertencente a área de abrangência de uma unidade de saúde da família (USF) do Município de João Pessoa- PB. O projeto de intervenção teve a duração de 04 meses onde foram realizadas: Atividades educativas, levantamentos epidemiológicos, classificação de fator de risco para cárie, escovação supervisionada, aplicação de flúor tópico e tratamento odontológico. Todas as atividades preventivas foram realizadas na escola do bairro de abrangência da USF e as crianças identificadas com necessidade de tratamento encaminhada a USF. As atividades eram realizadas semanalmente na escola e diariamente na USF. As reuniões realizadas a cada 15 dias na USF e uma vez ao mês na escola. Participaram da intervenção 213 crianças e das classificadas como alto risco (111) 61,3 % tiveram o tratamento concluído. Receberam orientações sobre higiene bucal 100% das crianças e orientações nutricionais 98,1%. . Podemos observar o quanto foi importante a motivação das crianças nesta intervenção e quanto o resultado positivo com a melhora na qualidade de vida e saúde bucal das crianças.

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

Abstract

JOVITO, Vanessa de Carvalho.**Qualification attention of schoolchildren 6-12 years old School José Américo de Almeida the area of coverage of USF Jose Americo III, João Pessoa / PB.** Completion of course work - Specialization in Family Health. Distance mode. Federal University of Pelotas, 2014.63p.

Caring for oral health is a habit that should be encouraged from an early age with children and parents have a fundamental task in this task teaching and reinforcing the self care and oral hygiene habits The objective was to improve the oral health care of children 6-12 years of age attending a school belonging to the catchment area of a health family (USF) in the city of João Pessoa-PB. The intervention project lasted 04 months which were performed: Educational activities, epidemiological surveys, classification of risk factor for dental caries , supervised brushing, application of topical fluoride and dental treatment . All preventive activities were held in the school's coverage of USF and neighborhood children identified in need of treatment referred to USF . The activities were held weekly and daily in school at USF. Meetings held every 15 days at USF and once a month at school. Participated in the intervention and 213 children classified as high risk (111) 61.3 % had completed treatment . Received guidance on oral hygiene 100 % of children and 98.1 % nutritional guidelines. We can see how important the motivation of children in this intervention and the positive results with improvement in quality of life and oral health of children.

Key-words: family health; primary health care; oral health of school

Apresentação

O volume final deste TCC trata-se de uma intervenção realizado com crianças de 6 a 12 anos de idade da Escola José Américo de Almeida situado na área de abrangência da USF José Américo III um bairro de periferia da cidade de João Pessoa-PB. O objetivo foi melhorar a atenção de saúde bucal destas crianças. O TCC foi organizado em seis partes: Análise situacional; Análise estratégica (introdução, objetivos, metas, metodologia, ações, logística, indicadores e cronograma de atividades); relatório de intervenção; avaliação da intervenção (resultados, discussão, relatórios de intervenção para gestores e comunidade); reflexão crítica e referências.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS- Escrito em abril de 2012

A Unidade de Saúde da Família (USF) na qual eu faço parte localiza-se no Distrito Sanitário III no município de João Pessoa. Aqui no município temos cinco distritos sanitários e o III é o maior dentre eles. A USF José Américo III possui quase cinco mil pessoas adscritas subdivididas em 12 microáreas. Microárea 1: 279 habitantes; microárea 2: 404 habitantes; microárea 3: 496 habitantes; microárea 4: 415 habitantes; microárea 5: 357 habitantes; microárea 6: 265 habitantes; microárea 7: 370 habitantes; microárea 8: 339 habitantes; microárea 9: 337 habitantes; microárea 10: 440 habitantes; microárea 11: 411 habitantes; microárea 12: 369 habitantes. Totalizando 4482 habitantes.

Contamos com uma equipe bem extensa: um médico, um enfermeira, um cirurgião-dentista, duas técnica de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal (ASB), dois auxiliares administrativos, dois auxiliares de serviços gerais e 12 agentes comunitários de saúde (ACS).

O acolhimento é realizado na USF diariamente através da escuta dos usuários e o agendamento e atendimento necessário de acordo com a necessidade de cada usuário. É realizada uma escala para o ACS para que estes se redistribuam durante a semana para realizar o acolhimento. Os demais profissionais (enfermeiro, cirurgião-dentista e médico estão presentes todos os dias).

O nosso atendimento se dá das 07:30 às 11:30 horas e das 13:00 às 17:00 de segunda a sexta, temos atendimento em dia específico a gestantes, aos hipertensos e diabéticos, puericultura e planejamento familiar, realização de exames citológicos e o Programa de Saúde na Escola (PSE).

A Odontologia tem além de suas atividades clínicas, dedicamos também atendimento nas escolas através do PSE com atividades de prevenção e promoção de saúde, com atividades lúdicas, dia D da Saúde Bucal e Geral, Semana da alimentação saudável, e diversas outras atividades onde procuramos aproximar as

escolas ao acesso à informação e também a procurarem as USF para solucionarem seus problemas. Na própria USF sempre abordamos na sala de espera atividades de esclarecimento sobre diversas áreas da saúde, dengue, cuidados com a higiene, exames importantes, esclarecimentos sobre câncer, autoexames, dentre outros.

Hoje a estrutura física da USF é muito boa, contamos com sala de vacina, de coleta de exames, raios x, sala de observação, almoxarifado, cozinha, banheiros de funcionários e usuários, escovódromo, sala de reunião. Todas as salas são climatizadas oferecendo conforto aos usuários e profissionais. A única desvantagem encontrada se dá com a odontologia, pois foi implementada uma nossa estrutura para os consultórios com salas únicas separadas apenas por uma meia parede, tipo box, e como se trata de uma unidade integrada o barulho e a falta de privacidade do paciente e profissional fica um pouco abalada.

Contamos também com representantes matriciais chamados de "apoio" que são duas pessoas que monitoram as USF tentando nos ajudar a resolver questões administrativas.

A respeito da rotatividade da equipe temos um médico que está lá há alguns anos, a enfermeira e eu (cirurgiã-dentista) estamos a menos tempo um ano apenas, porém não foi sentida tanto esta troca. Acho que pelo contrário parece que antes não havia tanto engajamento ou compromisso com os usuários.

A nossa área de abrangência possui muitas pessoas que trabalham o dia inteiro, funcionários públicos onde grande parte não utiliza o serviço público de saúde, então, encontramos grande dificuldade em captação de usuários devido aos mesmos possuírem planos de saúde e também por trabalharem durante o dia inteiro e nas visitas não serem encontrados em casa. O que faz com que não possamos identificar e colher informações necessárias.

Outra questão bem complicada que enfrentamos é o serviço de referência e contra referência, como já havia dito o distrito sanitário o qual faço parte é um dos maiores e a demanda é muito grande e muitos de nossos pacientes quando encaminhados para os serviços da atenção secundária ou terciária demoram muito tempo para terem suas consultas agendadas, muitos casos levam anos para terem

resolutividade. O retorno após estes tratamentos ainda é muito falho também, quase

não temos a contra referência digo isso não só na odontologia, mas nas demais áreas de atuação também.

Atualmente enfrentamos problemas com uma das microáreas, pois está descoberta por afastamento devido a tratamento de saúde de uma ACS há mais de 6 meses, para minimizar está carência e aproximar uma pouco mais os usuários desta área a USF, realizamos o que chamamos de Unidade âncora, onde nos deslocamos até a micro área para tentar prestar alguns serviços de enfermagem, odontologia assim como prestar alguma atenção.

A USF recebe estudantes de medicina, odontologia, farmácia e fisioterapia vinculados à Universidade Federal da Paraíba (UFPB) além de residentes de ambos os cursos que fazem parte da residência multidisciplinar a pacientes críticos também da UFPB. Junto com os profissionais estes estudantes passam a vivenciarem a prática da atenção básica de saúde, sendo um campo de grande importância a troca de experiências e a construção do conhecimento. Na odontologia diversos trabalhos já foram desenvolvidos e apresentados em congressos, trabalhos estes que contaram com a descrição das experiências vivenciadas por cada um junto aos profissionais da USF.

Estas são algumas questões que enfrentamos na rotina de trabalho, mas que quando trabalhamos e nos dedicamos a algo que fazemos por amor e não só por obrigação tudo fica mais fácil. Muitos desafios têm, mas tentar solucioná-los da melhor maneira buscando de uma saúde cada vez melhor é a nossa meta.

O agendamento na Odontologia é realizado todos os dias agendamos sete pacientes e deixamos três vagas para as urgência, isso a cada turno. Realizamos sim o tratamento de gestantes geralmente nas quartas feiras que é o dia do pré-natal na minha unidade e após saírem do pré-natal a enfermeira já as encaminha ao consultório odontológico.

1.2 Relatório da Análise Situacional – Escrito em julho de 2012

O município de João Pessoa – PB possui uma população de acordo com o IBGE/2011 de 733.154 habitantes. Existem 180 Unidades de Saúde da Família (USF) distribuídas em cinco distritos sanitários. O município tem uma cobertura de quase 90% da estratégia de saúde da família (ESF). E ano passado foi considerada a segunda capital do nordeste com a melhor cobertura da atenção básica. Todas as unidades são da estratégia de saúde da família. Contamos com serviços de média e alta complexidade, com policlínicas e hospitais para este suporte.

A USF Integrada José Américo comporta três equipes de ESF (Laranjeiras, José Américo II e José Américo III), encontra-se no Distrito Sanitário III na área urbana e é localizada em um bairro de periferia, porém com muitos usuários que não a utilizam, pois fazem uso de policlínicas particulares. Na grande maioria são trabalhadores que não frequentam a unidade por estarem em seus horários de trabalho.

A estrutura da USF Integrada José Américo é muito boa, cada equipe conta tem seus consultórios médicos e de enfermagem e sua sala de espera. As áreas comuns às três equipes são: sala de vacinas, curativos, nebulização, de coleta de exames e raios x; sala de observação, marcação e apoio; almoxarifado; cozinha; banheiros para funcionários e usuários; escovódromo; sala de reunião; sala de materiais de limpeza e esterilização; farmácia; recepção. As salas são climatizadas oferecendo conforto aos usuários e aos profissionais. A única desvantagem encontrada se dá com a odontologia, pois foi implementada uma estrutura para as três equipes, com consultórios em salas únicas separadas apenas por uma meia parede, tipo box, e como se trata de uma unidade integrada o barulho e a falta de privacidade do paciente e do profissional fica um pouco abalada.

Cada equipe tem seu quadro de servidores, porém, alguns profissionais atuam nas três equipes (segurança, farmacêutica e auxiliar de farmácia e apoio/gerente). Contamos também com representantes matriciais chamados de

"apoio" ou "gerente" que são duas pessoas lotadas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas que permanecem na USF e monitoram as atividades tentando ajudar as equipes a resolver questões administrativas.

A intervenção será realizada somente com a participação da equipe José

Américo III e em sua área de abrangência. A referida equipe conta com 25 profissionais, sendo 12 agentes comunitários de saúde (ACS), um médico, um cirurgião-dentista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal (ASB), dois auxiliares de serviços gerais, dois auxiliares administrativos, uma farmacêutica (que atua nas três equipes) e dois auxiliares de farmácia (que atuam nas três equipes).

Apesar de ser uma USF Integrada, considera-se que cada equipe tem sua USF, portanto, para o presente trabalho e a partir deste ponto, será utilizada a nomenclatura USF José Américo III para designar o local da intervenção, pois como foi explicado anteriormente, apenas a equipe José Américo III participará da intervenção.

O horário de atendimento da USF José Américo III é das 07:00 às 11:00 horas e das 13:00 às 17:00 de segunda a sexta. Temos atendimento em dia específico para gestantes, pessoas com hipertensão e diabetes, crianças, para planejamento familiar, realização de exames citológicos e o Programa de Saúde na Escola (PSE). A USF possui uma população de 4.482 habitantes adscritos em 12 microáreas, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da população da área de abrangência da USF José Américo III por microárea.

Microárea	Nº de habitantes
01	279
02	404
03	496
04	415
05	357
06	265
07	370
08	339
09	337
10	440
11	411
12	369
Total	4.482

Fonte: SIAB, 2013.

A área de abrangência possui muitas pessoas que trabalham o dia inteiro, funcionários públicos, onde grande parte não utiliza o serviço público de saúde, então, encontramos grande dificuldade em captação de usuários devido aos mesmos possuírem planos de saúde e também por trabalharem durante o dia inteiro e nas visitas não serem encontrados em casa ou não terem condições de comparecer à USF em horário de atendimento. Todos estes impasses fazem com que não possamos identificar e colher todas as informações necessárias.

Atualmente enfrentamos problemas com uma das microáreas, pois está descoberta por afastamento de uma ACS há mais de um ano, para minimizar esta carência e aproximar um pouco mais os usuários desta área, realizamos o que chamamos de "Unidade Âncora", onde nos deslocamos até a microárea para tentar prestar alguns serviços de enfermagem, odontologia e outros.

Outra questão bem complicada que enfrentamos é o serviço de referência e contrarreferência, pois o distrito sanitário o qual faço parte é um dos maiores e a demanda é muito grande e muitos de nossos usuários quando encaminhados para os serviços da atenção secundária ou terciária demoram muito tempo para terem suas consultas agendadas, muitos casos levam anos para terem resolutividade. O retorno após estes tratamentos ainda é muito falho também, quase não temos a contrarreferência. Isto ocorre não apenas com a odontologia, mas nas demais áreas de atuação também.

O acolhimento é realizado na USF diariamente através da escuta dos usuários e o agendamento e atendimento de acordo com a necessidade de cada usuário. É realizada uma escala para o ACS para que estes se redistribuam durante a semana para realizar o acolhimento. Os demais profissionais (enfermeiro, cirurgião-dentista e médico estão presentes todos os dias).

A Odontologia tem, além de suas atividades clínicas, atendimento nas escolas através do PSE com atividades de prevenção e promoção de saúde, com atividades lúdicas, dia D da Saúde Bucal e Geral, Semana da alimentação saudável e diversas outras atividades onde procuramos aproximar as escolas ao acesso à informação e também a procurarem as USF para solucionarem seus problemas. Na própria USF

sempre abordamos na sala de espera atividades de esclarecimento sobre diversas áreas da saúde, dengue, cuidados com a higiene, exames importantes, esclarecimentos sobre câncer, autoexames, dentre outros.

O agendamento na Odontologia é realizado todos os dias, agendamos sete usuários e deixamos três vagas para as urgências, isso a cada turno. Realizamos o tratamento de gestantes, geralmente nas quartas-feiras que é o dia do pré-natal na minha unidade e após saírem do pré-natal a enfermeira já as encaminha ao consultório odontológico.

Em relação à saúde da criança, a enfermeira realiza consultas de puericultura para crianças até seis anos, mas tem apenas um turno reservado para este público. As crianças com problemas de saúde agudos são assistidas pela enfermeira, médico e cirurgiã-dentista e são oferecidas as vacinas do calendário nacional de imunização e o teste de triagem neonatal. Existe um grupo para realização de atividades com as mães e as ações acontecem na USF e nas escolas, contando com a participação de um nutricionista, da enfermeira e da cirurgiã-dentista.

Para o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes temos avaliação da pressão arterial, da glicemia e avaliação do pé diabético. Os usuários são cadastrados no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA). Além disto, frequentemente realizamos palestras sobre cuidados com alimentação e com a saúde. Duas vezes por semana temos um grupo supervisionado por uma educadora física, porém, não se tem registro de quantos participam, nem quais estão em dia com suas consultas e exames. Não temos um livro que monitore estes pacientes quanto a suas consultas e exames. Não seguimos protocolos para atendimento. Falta um melhor planejamento e monitoramento em relação à coleta e anotação destes dados, mas isso é uma tarefa difícil, pois não tenho governabilidade sobre tal ação. Porém, não é impossível incentivar e mostrar quanto é importante a monitoração destes para que possamos de fato traçar um perfil real de nossas ações e da saúde dos usuários. Vejo que não é só em minha unidade que isso acontece. Se fosse enfermeira acho que seria mais fácil conseguir tais mudanças por ser de sua competência tais ações.

Os nossos idosos são atendidos todos os dias e temos muitos em nossa área. Eles são os que mais participam e frequentam a USF. Talvez por precisarem mais dos serviços. Temos um grupo de idoso a cada 15 dias geralmente. Entretanto, também temos dificuldade em anotar os dados referentes aos fatores de risco e avaliação geral da saúde. Quando estes frequentam a unidade muitas vezes é pra pegar receitas ou remédio e apenas isso é anotado. A falta de registro é o que mais tenho notado a falta para que possamos avaliar o nosso serviço. Vejo a enfermeira atolada de papeis, que muitas vezes não querem dizer nada, e por outro lado existem muitos dados que não são registrados. Por outro lado, se tivermos mais fichas isso aumentaria ainda mais o seu serviço na coleta destes dados e isso talvez não fosse encarado de forma positiva por ela nem pelos demais profissionais.

As gestantes são atendidas em dia específico tanto na odontologia como na enfermagem. Temos um grupo de gestante com reuniões de 15 em 15 dias, porém nem metade das usuárias comparece. Encontramos muita dificuldade em cadastrar as gestantes e de se ter um acompanhamento até o fim da gestação. A maioria destas ou fazem pré- natal particular ou começam o pré-natal e acabam se mudando para outras cidades no interior. Não temos um protocolo a seguir e também não temos como monitorar as ações por falta de organização na coleta e anotação dos dados. Tentamos sempre durante os grupos de gestantes estimular o cuidado com a saúde em geral da mãe e do bebê. Ainda não temos o apoio de toda a equipe neste trabalho e a minoria dos profissionais participa.

Os exames de citológico são realizados uma vez por semana na unidade. E também é algo que em muitos meses não conseguimos atingir a meta pactuada. Recentemente realizamos uma campanha de citológico e conseguimos mobilizar e incentivar as mulheres a realizarem o seu exame. Não seguimos um protocolo, acho até que nos relatórios da enfermagem, se fossem analisados com calma, conseguiríamos bem mais dados referentes aos resultados e ao monitoramento dos tratamentos. As mamografias pedidas são anotadas apenas no prontuário do paciente, ficando quase impossível se monitorar, porque estes dados são anotados pelo médico e muitas vezes são passados despercebidos por este. Sempre nas consultas de citológico as mulheres são orientadas quanto ao autoexame da mama e da realização do citológico na prevenção do câncer e colo do útero. Podemos

apenas quantificar o serviço prestado, entretanto a qualidade do serviço não é possível verificar por falta de dados.

Durante a realização da intervenção em maio de 2012 através do Cadernos de Ações Programáticas planilha disponibilizada pelo curso tivemos alguns dados sobre a cobertura das ações na nossa USF e foram as seguintes: Cobertura para pré-natal e puerpério 19%; para prevenção de câncer e colo de útero 3%; câncer de mama sem dados; saúde da criança 50%; saúde do idoso 78%; atenção ao hipertenso 56%; atenção ao diabético 57%; primeira consulta em saúde bucal sem dados registrados para avaliar.

Temos muitos desafios a serem superados, muitos registros a serem anotados e acompanhados. Ainda não sei por onde começar e em que exatamente intervir. Mas sei que esta visão geral que vejo não é muito positiva e que precisamos de mudanças.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional

No início da intervenção descrevia o serviço e achava que as coisas estavam andando, sabia de algumas falhas, mas não tinha a visão observada agora após a reflexão de cada linha de cuidado. Havia uma visão bem mais restrita em relação aos serviços e agora vejo o quanto esta reflexão veio a ampliar os olhares e questionar para que um melhor planejamento seja feito a fim de ter resultados qualitativos na saúde da população. A princípio a odontologia não possui protocolo de atendimento nem muito menos monitoramento dos registros. Não podíamos mensurar quantas crianças tinham tratamento concluído e quantas faltavam às consultas e por quais motivos faltavam. Há expectativa de que estas questões possam ser melhoradas após a intervenção. Reconheço que a análise e todos os questionários nos fez compreender melhor e buscar solucionar o cuidado em cada parte de nosso atendimento. A equipe ficou mais vigilante e com visão ampla do cuidado, não servindo apenas para focar na intervenção em si.

2 Análise estratégica

2.1 Justificativa

A melhor fase para o desenvolvimento de hábitos ocorre durante a infância. É preciso motivar a criança para que ela se conscientize de sua participação no processo de promoção de saúde, pois o aprendizado só se realiza a partir do desencadeamento de forças motivadoras (ALVES, et al, 2004). A equipe de saúde da família, porta de entrada ao acesso a serviços de saúde, possui um papel importantíssimo neste processo. E juntamente com a equipe de saúde bucal é responsável por oferecer e monitorar atividades de prevenção, promoção e tratamento destas crianças.

Quando nos referimos à saúde da criança a enfermagem possui um dia específico para a puericultura, para os demais profissionais o atendimento é realizado todos os dias, não tendo um dia exclusivo para crianças, porém, quando estas comparecem em dia não referente ao atendimento da enfermagem também tentamos o encaixe. Da mesma forma a enfermeira quando alguma criança precisa de atendimento em um dia não definido no cronograma também será atendida no mesmo dia e quando não for possível agendada para o mais rápido possível. Na odontologia participamos do Programa de Saúde na Escola (PSE) em parceria com o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, onde promovemos a saúde nas escolas. As crianças são avaliadas quanto à saúde, em geral duas vezes ao ano, por toda a equipe. A odontologia tem um trabalho contínuo durante todo o ano oferecendo atividades educativas e de promoção à saúde, como também atividades curativas quando é necessário.

Diante da dificuldade que encontramos na USF com a falta de registro de diversas ações relacionadas às crianças em idade escolar, fato que nos impossibilita o monitoramento e o acompanhamento destas crianças, optamos por escolher essa população para realizar a intervenção no intuito de prestar um serviço de melhor qualidade nas ações de monitoramento, rastreamento e acompanhamento destas crianças.

Por meio desta intervenção poderemos identificar como se encontra a saúde bucal das crianças, oferecendo um tratamento adequado, monitorando e acompanhando cada uma delas, incentivando mudanças através da educação e promoção a saúde com a equipe, professores e os familiares dos escolares.

Possuímos uma USF em nova estrutura física com espaços e profissionais que podem contribuir de forma positiva na construção do conhecimento e divulgação das ações para que possamos chegar aos objetivos proposto com a intervenção. Além disso, temos escolas no território de abrangência que facilitará o acesso a esta população.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção de saúde bucal de escolares de 06 a 12 anos de idade.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal;
2. Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal;
3. Melhorar a qualidade do atendimento em saúde bucal da criança;
4. Melhorar registro das informações;
5. Realizar ações de prevenção e promoção de saúde bucal.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1:

1. Ampliar a ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares de seis a doze anos.

2. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% das crianças que participaram do levantamento epidemiológico.

3. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% das crianças de seis a doze anos de idade classificadas como de alto risco.

4. Realizar visita domiciliar em 70% das crianças acamadas ou com

problemas de mobilidade física.

Relativa ao objetivo 2:

5. Fazer busca ativa de 70% das crianças faltosas às consultas.

Relativas ao objetivo 3:

6. Realizar tratamento completo em 30% das crianças que necessitarem.

7. Realizar escovação supervisionada em 100% dos escolares participantes do levantamento epidemiológico.

8. Realizar aplicação de gel fluoretado em 100% das crianças classificadas como de alto risco.

Relativa ao objetivo 4:

9. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças cadastradas.

Relativas ao objetivo 5:

10. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 60% crianças e seus responsáveis.

11. Fornecer orientações nutricionais para 60% das crianças e seus responsáveis.

12. Fornecer orientações sobre etiologia e prevenção das cáries para 60% das crianças e seus responsáveis.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

O projeto foi planejado para ser desenvolvido em um período de quatro meses na Unidade de Saúde da Família José Américo III. Participarão da intervenção os escolares de seis a doze anos da Escola José Américo de Almeida, instituição pertencente ao mesmo bairro da USF.

Para o alcance das metas, serão realizadas ações de acordo com quatro eixos estruturantes: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Eixo 1: organização e gestão do serviço

Serão identificados os espaços escolares adstritos à USF e a agenda de saúde bucal será adequada para a realização das ações nas escolas. Será realizado primeiramente o exame epidemiológico para estabelecer o critério de risco, a partir dele será possível priorizar as crianças cuja classificação é considerada de alto risco (D; E; F) e estas receberão o exame clínico com prioridade. As crianças serão cadastradas pela cirurgiã-dentista (CD), ASB e professores da escola em ficha espelho desenvolvida para esta finalidade.

As crianças acamadas ou que não possam se locomover receberão visita domiciliar da equipe de saúde bucal e todo procedimento e visita serão registrados na ficha espelho.

Serão registrados em ficha espelho casos de falta às consultas e após a identificação dos faltosos os ACS farão visita domiciliar a fim de agendar nova consulta e conhecer o motivo da falta.

Os materiais e os espaços para as ações coletivas serão planejados e organizados previamente. Serão reservados horários específicos para as atividades no ambiente escolar e todos os procedimentos serão registrados. Vamos solicitar

junto ao gestor o material para os tratamentos e vamos implantar as fichas espelho para o acompanhamento dos escolares cadastrados.

Serão organizados os materiais e os conteúdos a serem abordados nas ações educativas e nas ações de capacitação dos profissionais. As atividades educativas serão anotadas pelo profissional que a fez em ficha espelho, onde serão registrados o tema abordado à população alvo e a quantidade de crianças que participaram.

Eixo 2: monitoramento e avaliação

Serão levantados pelos ACS: número de crianças de cada microárea com idade entre seis e doze anos; número de escolares que fazem parte da área de abrangência, mas não estão na escola; número de escolares que estão na Escola José Américo de Almeida, mas não residem na área de abrangência.

Semanalmente a CD junto a ASB fará levantamento das crianças com consultas atrasadas ou que faltaram ao atendimento para que os ACS identifiquem e reagendem o atendimento Serão monitoradas e avaliadas: a saúde bucal dos escolares; o número de escolares que apresentam alto risco; os escolares que participaram do exame epidemiológico; as crianças que realizaram a primeira consulta odontológica programática; os escolares faltosos às consultas; as buscas ativas realizadas; a periodicidade das consultas; o registro na ficha espelho; a frequência das atividades educativas; as crianças com tratamento concluído; as ações coletivas.

Eixo 3: engajamento público

A comunidade e a escola serão informados e sensibilizados em relação às necessidades das ações em saúde bucal. A população será avisada sobre o programa de atendimento ao escolar por meio de conversa nas consultas, visitas dos ACS e por meio de cartazes em pontos estratégicos na escola e na USF. Da mesma forma serão informadas as famílias durante o acolhimento que as crianças acamadas ou com dificuldade de locomoção receberão visita da cirurgiã-dentista no domicílio.

Durante as consultas e no acolhimento a população será esclarecida sobre a

importância de se realizar exames bucais e o tratamento completo. A cada mês serão realizados encontros para discutir com a comunidade um melhor acesso ao serviço. Durante o acolhimento os ACS informarão a comunidade sobre a importância do exame odontológico das crianças e do agendamento que é prioritário de acordo com

o critério de risco.

Eixo 4: qualificação da prática clínica

Realizaremos conversas com a equipe sobre o atendimento a crianças com deficiência a fim de oferecer um bom atendimento. A equipe será treinada para reconhecer as principais doenças bucais e para o preenchimento da ficha espelho. Serão realizadas conversas sobre saúde bucal e sua importância na prevenção de doenças e será registrado em ficha os assuntos discutidos e os participantes. A equipe de saúde será capacitada para identificar os fatores de risco em saúde bucal e encaminhar ao tratamento.

A cirurgiã-dentista ou outros profissionais, através de parceria com profissionais do NASF, irão capacitar a equipe para o acolhimento dos responsáveis e orientações sobre a prioridade de atendimento das crianças, registro dos atendimentos, identificação das principais doenças bucais e fatores de risco, informações sobre alimentação saudável, higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

2.3.2 Logística

Para realizar a intervenção em saúde bucal dos escolares serão utilizados os Cadernos de Saúde Bucal: saúde bucal e Cadernos de Atenção Básica: saúde na escola, ambos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2006).

Todos os dados serão anotados em ficha espelho (Apêndice A). A ficha espelho foi elaborada pela cirurgiã-dentista e exposta à equipe da USF José Américo III e aprovada pelos profissionais. Para registro específico será utilizada a referida ficha com dados para o monitoramento e o acompanhamento das ações; na ficha constarão os dados pessoais da criança, exame odontológico, fatores de risco, as que necessitam de tratamento e/ou encaminhamento para especialidades, se esta realizou exames complementares, se obteve tratamento, se faltou alguma consulta, se recebeu visita domiciliar, se o tratamento foi concluído, quando recebeu atividade educativa e/ou busca ativa, se realizou escovação supervisionada e/ou aplicação de fluoretos. O cadastro da escola terá o endereço da residência e nome dos pais para que se encontre o prontuário da criança e não haja duplicidade dos dados. Ao fim de cada mês serão passados os dados da ficha espelho para a planilha de saúde bucal de escolares (Anexo A).

Será realizado um levantamento epidemiológico entre os alunos da escola e, com isso, a identificação dos escolares de alto risco para cárie (D; E; F) para que estes sejam encaminhados com prioridade para tratamento. Para as demais crianças será realizada escovação supervisionada com ou sem flúor de acordo com a necessidade de cada uma. Os critérios avaliados e a classificação quanto ao risco

de cárie estão representados nas tabelas 2 e 3. A classificação de risco será realizada na própria escola com auxílio de espátula de madeira a luz natural, sendo realizada a partir da terceira semana do primeiro mês e durante todo o segundo mês. Serão feitas uma única vez com cada turma e duas turmas por semana. A partir da identificação de risco já no primeiro mês começam a serem realizados os tratamentos.

Tabela 2. Classificação de risco para cárie dentária de acordo com a situação individual.

CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	SITUAÇÃO INDIVIDUAL
Baixo risco	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Risco Moderado	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
	C	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Alto risco	D	Ausência de lesão de cárie e/ou dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa
	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda
	F	Presença de dor e/ou abscesso

Fonte: Cury et al, 2000

Tabela 3. Fatores de risco que caracterizam alto risco de cárie.

FATORES	CARACTERIZAÇÃO DO ALTO RISCO DE CÁRIE
Aspectos socioculturais	• Baixa renda média familiar • Desemprego • Maior concentração populacional nos domicílios • Menor grau de escolaridade materna • Crianças que moram com um dos pais
Idade	• Maior risco entre 2 e 16 anos
Experiência prévia de cárie	• Alta prevalência de cárie nos anteriores superiores aos 3 anos • Mais de 3 cavidades em superfícies proximais de decíduos • 8 ou mais superfícies com cárie aos 7 anos • Cárie em 1 dente anterior aos 11 anos • Valores do índice CPO-D e CPO-S acima da média apresentada pelo respectivo grupo
Localização da lesão	• Cárie em superfície proximal de incisivo ou 1º molar aos 9-10 anos • Lesões em superfícies lisas, principalmente na bateria labial inferior • Duas ou mais cavidades cariadas em superfícies interproximais
Atividade de cárie	• Presença de superfícies cariadas e de manchas brancas • Lesões incipientes em superfícies lisas
Hábitos	• Baixa freqüência de escovação • Idade no início de escovação
Placa bacteriana	• Grande quantidade de placa visível nos dentes 16, 11, 32 e 36

Fonte: Cury et al, 2000.

As crianças que não residem na área de abrangência da USF José Américo III serão também identificadas quanto ao fator de risco para que possam receber atendimento odontológico e, durante as consultas, realizaremos as orientações aos pais quanto aos cuidados com a saúde bucal, fatores de risco, alimentação saudável etc.

No turno da tarde existem 10 turmas, trabalharemos com duas turmas por semana, as atividades educativas serão divididas para que antes de cada intervenção possam ser repassados os temas que serão: higiene bucal e corporal, alimentação saudável, cuidados com a saúde, visita regular ao médico e ao dentista, principais alterações bucais, hábitos nocivos. Utilizaremos como materiais: vídeos, informativos, filmes, palestras, teatro, rodas de conversa, atividades lúdicas e ilustrativas. No total serão oito atividades educativas com os temas acima citados.

Os escolares e os responsáveis receberão demonstração da forma correta de higiene bucal na USF, do controle dos fatores de risco á cárie, da importância de uma alimentação saudável. Crianças que não estudam na escola alvo, mas residem na área de abrangência da intervenção também participarão das atividades educativas na própria USF.

Será realizada uma vez por semana a escovação supervisionada de acordo com a necessidade e podem ser realizadas até três escovações por aluno, e a aplicação de fluoretos será realizada conforme o prescrito em Protocolo: sete aplicações, sendo quatro no primeiro mês, duas no segundo e uma no terceiro.

As atividades serão realizadas em apenas um turno da escola, contemplando em média 50% dos alunos. Serão realizadas turma por turma na sala de aula ou em ambiente na própria escola. Todas as quartas e quintas-feiras (período da tarde) são destinadas para estas atividades.

Os pais serão convocados para assistirem palestras com a cirurgiã-dentista e outros profissionais como nutricionistas, enfermeira, ACS e professores a fim de esclarecer e informar a importância da alimentação saudável, dos cuidados com a higiene e ações preventivas. Estas reuniões ocorrerão uma vez ao mês na escola ou na própria USF e as assinaturas anotadas em uma lista de presença com duas colunas pais/filhos para quantificar a participação. Serão abordados nas reuniões,

utilizando de conversas, textos e vídeos, assuntos como: higiene bucal e corporal, alimentação saudável, cuidados com a saúde, visita regular ao médico e ao dentista, principais alterações bucais, hábitos nocivos.

Serão marcadas a cada mês reuniões do CD, ACS e ASB. Assim como com a comunidade nos grupos e na escola para ressaltar a importância de se realizar os cuidados com saúde bucal, para que seja difundida e que aumente a procura pelo serviço das crianças nesta faixa etária. As reuniões ocorrerão a cada 15 dias durante a reunião de equipe.

As capacitações serão realizadas a cada 15 dias durante a reunião de equipe. Participarão da capacitação os ACS e equipe de Saúde Bucal (CD e ASB). Serão realizadas quatro reuniões de duas horas cada uma. Será repassado de forma bem dinâmica e os assuntos abordados nas reuniões serão: higiene bucal e corporal, alimentação saudável, cuidados com a saúde, visita regular ao médico e ao dentista, principais alterações bucais, hábitos nocivos. Após a capacitação será passado um questionário (Apêndice B) com o objetivo de constatar se foi captado o conteúdo da capacitação e qual a avaliação do que foi repassado. Os conteúdos serão extraídos dos “Cadernos de Saúde Bucal: saúde bucal” e “Cadernos de Atenção Básica: saúde na escola”.

A cirurgiã-dentista e outros profissionais, através da parceria com o NASF, irão capacitar a equipe para o acolhimento dos escolares e familiares, cadastro das crianças, identificação das principais doenças bucais e fatores de risco. Além disso, a equipe será orientada sobre a prioridade de atendimento das crianças e receberá informações sobre alimentação saudável, higiene bucal e etiologia e prevenção da cárie. Esta capacitação/orientação ocorrerá durante reunião com a equipe realizada semanalmente na própria USF. Antes e após está capacitação será usado um questionário (Apêndice B) com questões sobre os assuntos, a fim de avaliar o ganho de conhecimento.

2.3.3 Indicadores

Meta 1: Ampliar a ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares de seis a doze anos.

Indicador 1: proporção de escolares de seis a doze anos que participaram do

exame epidemiológico.

Numerador: número de escolares de seis a doze anos que participaram do exame epidemiológico.

Denominador: número de escolares matriculados na Escola José Américo de Almeida.

Meta 2: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% das crianças que participaram do levantamento epidemiológico.

Indicador 2: proporção de crianças que participaram do levantamento epidemiológico e realizaram primeira consulta odontológica.

Numerador: número de crianças que participaram do levantamento epidemiológico e realizaram primeira consulta odontológica.

Denominador: número de crianças que participaram do levantamento epidemiológico.

Meta 3: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% das crianças de seis a doze anos de idade classificadas como de alto risco.

Indicador 3: proporção de crianças classificadas como de alto risco que realizaram primeira consulta odontológica.

Numerador: número de crianças classificadas como de alto risco que realizaram primeira consulta odontológica.

Denominador: número de crianças classificadas como de alto risco.

Meta 4: Realizar visita domiciliar em 70% das crianças acamadas ou com problemas de mobilidade física.

Indicador 4: proporção de crianças acamadas que receberam visita domiciliar.

Numerador: número de crianças acamadas que receberam visita domiciliar.

Denominador: número de crianças acamadas que residem na área de abrangência da USF José Américo III.

Meta 5: Fazer busca ativa de 70% das crianças faltosas às consultas. Indicador 5: proporção de crianças faltosas às consultas e que receberam

busca ativa.

Numerador: número de crianças faltosas às consultas e que receberam busca ativa.

Denominador: número de crianças faltosas às consulta

Meta 6: Realizar tratamento completo em 30% das crianças que necessitarem.

Indicador 6: proporção de crianças que tiveram tratamento concluído.

Numerador: número de crianças que tiveram tratamento concluído.

Denominador: número de crianças que necessitaram de tratamento.

Meta 7: Realizar escovação supervisionada em 100% dos escolares participantes do levantamento epidemiológico.

Indicador 7: proporção de escolares que participaram do levantamento epidemiológico e da escovação supervisionada.

Numerador: número de escolares que participaram do levantamento epidemiológico e da escovação supervisionada.

Denominador: número de escolares que participaram do levantamento epidemiológico.

Meta 8: Realizar aplicação de gel fluoretado em 100% das crianças classificadas como de alto risco.

Indicador 8: proporção de escolares classificados como de alto risco que receberam aplicação de gel fluoretado.

Numerador: número de escolares classificados como de alto risco que receberam aplicação de gel fluoretado.

Denominador: número de escolares classificados como de alto risco.

Meta 9: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças cadastradas.

Indicador 9: proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de crianças com registro atualizado em planilha e/ou prontuário.

Denominador: número de crianças que participaram do levantamento epidemiológico.

Meta 10: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 60% crianças e seus responsáveis.

Indicador 10: proporção de crianças e seus responsáveis que receberam orientações sobre higiene bucal.

Numerador: número de crianças e seus responsáveis que receberam orientações sobre saúde bucal.

Denominador: número de crianças que participaram do levantamento epidemiológico.

Meta 11: Fornecer orientações nutricionais para 60% das crianças e seus responsáveis.

Indicador 11: proporção de crianças e seus responsáveis que receberam orientações nutricionais.

Numerador: número de crianças e seus responsáveis que receberam orientações nutricionais.

Denominador: número de crianças que participaram do levantamento epidemiológico.

Meta 12: Fornecer orientações sobre etiologia e prevenção das cáries para 60% das crianças e seus responsáveis.

Indicador 12: proporção de crianças e seus responsáveis que receberam orientações sobre etiologia e prevenção da cárie.

Numerador: número de crianças e seus responsáveis que receberam orientações sobre etiologia e prevenção da cárie.

Denominador: número de crianças que participaram do levantamento epidemiológico.

2.3.4 Cronograma

1° MÊS			
1ª SEMANA	**2ª SEMANA**	**3ª SEMANA**	**4ª SEMANA**
– Levantamento das crianças de 6 a	– Capacitação da equipe para o	– Início do levantamento	– Levantamento epidemiológico e

12 anos junto aos ACS e na escola;	acolhimento e identificação de patologias bucais na reunião de equipe;	epidemiológico e preenchimento da ficha;	preenchimento da ficha;

– Elaboração da ficha específica;	– Capacitação dos professores e pais na identificação dos fatores de risco, cuidados com a higiene e hábitos alimentares saudáveis;	– Agendamento de acordo com o fator de risco – Preenchimento dos dados na planilha de saúde bucal; – Escovação supervisionada; – - Monitoramento e registro dos atendimentos; – - Preenchimento dos dados na planilha de saúde bucal	– Capacitar a equipe no atendimento a crianças especiais; – Tratamento das crianças identificadas;
Cadastramento das crianças;	Identificação dos fatores de risco;	Monitoramento dos faltosos;	Preenchimento doa dados na planilha de saúde bucal
Esclarecer a prioridade das crianças no atendimento à comunidade durante acolhimento; Atividade educativa nas escolas	Preenchimento dos dados na planilha de saúde bucal Atividade educativa nas escolas	Visita domiciliar dos faltosos para reagendamento; Atividade educativa nas escolas	Atividade educativa nas escolas; Escovação supervisionada;

2° MÊS			
1ª SEMANA	**2ª SEMANA**	**3ª SEMANA**	**4ª SEMANA**
– Identificação dos faltosos e busca ativa pelo ACS para o reagendamento;	– Atividade educativa com os pais e professores sobre os fatores de risco;	– Avaliação odontológica e preenchimento da ficha;	– Monitoramento e avaliação de tudo que foi feito até o momento;
– Avaliação odontológica e preenchimento da ficha; – Atividade educativa nas escolas; – Levantamento epidemiológico e preenchimento da	– Avaliação odontológica e preenchimento da ficha; – Conversa com a equipe; – Levantamento epidemiológico e preenchimento da ficha;	– Tratamento das crianças identificadas; – Levantamento epidemiológico e preenchimento da ficha; – Escovação supervisionada;	– Preenchimento doa dados na planilha de saúde bucal; – Atividade educativa nas escolas; – Conversa com a equipe; – Levantamento

ficha; – Escovação supervisionada;	– Tratamento das crianças identificadas;		epidemiológico e preenchimento da ficha;

			– Tratamento das crianças identificadas; – Escovação supervisionada;
– Tratamento das crianças identificadas; – Preenchimento doa dados na planilha de saúde bucal	– Atividades educativas e preventivas na escola sobre alimentação saudável; – Escovação supervisionada; – Preenchimento doa dados na planilha de saúde bucal	– Preenchimento doa dados na planilha de saúde bucal	– Realizar controle das consultas periódicas ao dentista. – Preenchimento doa dados na planilha de saúde bucal

3° MÊS			
1ª SEMANA	**2ª SEMANA**	**3ª SEMANA**	**4ª SEMANA**
– Atividade educativa nas escolas com escovação e encaminhamento das crianças ainda sem tratamento;	– Avaliação odontológica e preenchimento da ficha;	– Identificação dos faltosos e busca ativa pelo ACS para o reagendamento; – Tratamento das crianças identificadas;	– Monitoramento e avaliação de tudo que foi feito até o momento;
– Tratamento das crianças identificadas; – Orientar os responsáveis e as crianças sobre a importância dos cuidados de saúde bucal, orientar sobre a higiene bucal e adequado uso de creme dental. – Escovação supervisionada;	– Tratamento das crianças identificadas; – Realizar controle das consultas periódicas ao dentista. – Atividade educativa nas escolas; – Conversa com a equipe; – Escovação supervisionada;	– Tratamento das crianças faltosas identificadas; – Informar aos pais sobre a importância do acompanhamento regular ao consultório odontológico e enfatizar a importância da saúde bucal; – Atividades educativas e preventivas na escola; – Escovação supervisionada;	– Preenchimento doa dados na planilha de saúde bucal; – Conversa com a equipe; – Tratamento das crianças identificadas; – Escovação supervisionada;

– Preenchimento doa dados na planilha de saúde bucal	– Preenchimento doa dados na planilha de saúde bucal	– Preenchimento doa dados na planilha de saúde bucal	– Atividade educativa nas escolas

4° MÊS			
1ª SEMANA	**2ª SEMANA**	**3ª SEMANA**	**4ª SEMANA**
– Avaliação odontológica e preenchimento da ficha;	– Realização de alguma atividade que não pode ser realizada na semana programada;	– Levantamento de tudo que foi realizado com a intervenção	– - Atividade educativa nas escolas; – - Escovação supervisionada;
– Realizar controle das consultas periódicas ao dentista. – Preenchimento dos dados na planilha de saúde bucal – Atividade educativa nas escolas; – Escovação supervisionada.	– Atividades educativas e preventivas na escola; – Preenchimento doa dados na planilha de saúde bucal – Conversa com a equipe; – Escovação supervisionada.	– Preenchimento doa dados na planilha de saúde bucal; – Atividade educativa nas escolas; – Escovação supervisionada; – Atividades educativas com os pais sobre a saúde no geral.	– Preenchimento doa dados na planilha de saúde bucal; – Conversa com a equipe.

3 Relatório da intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção iniciou-se com muita ansiedade pela responsabilidade, apreensão e expectativa se ia conseguir dar conta de tanta coisa. Fazendo um balanço das atividades que eram prevista acho que conseguimos realizar com sucesso a tarefa designada como proposta de intervenção, tomando como base o cronograma de ações todas elas foram realizadas, claro que quando em uma semana não era possível que alguma atividade fosse realizada, esta era remanejada para a semana seguinte, mas nenhuma deixou de ocorrer.

As dificuldades foram: em princípio houve certa resistência no acolhimento e na priorização do atendimento dos escolares; a pouca participação dos pais e/ou responsáveis me angustiava bastante; em alguns momentos fiquei sem materiais para o atendimento, mas logo foi solucionado; alguns escolares faltaram às consultas agendadas, mas a maioria conseguiu retomar o tratamento graças às buscas ativas realizadas pelo ACS.

No início eu tive muitas dúvidas e inquietações, pois não havia monitoramento nenhum das atividades e sempre me perguntava: até que ponto estamos tendo resultados? Estes dados estão servindo para mudar a saúde bucal das crianças? Como oferecer tratamento a estas crianças que identificamos com necessidade de tratamento? E aos poucos os resultados foram surgindo e as perguntas sendo respondidas.

Analisando os indicadores vimos que em todos houve sempre um aumento a cada mês avaliado, os escolares passaram por consulta odontológica, foram avaliados de acordo com critérios de risco e de acordo com este fator recebiam aplicação de flúor como previsto no projeto, a cada atividade sempre recebiam orientações de escovação, cuidados de saúde bucal e orientações nutricionais, além

do aconselhamento para procurarem a realização do tratamento na USF.

O engajamento dos professores e dos ACS na construção e andamento de toda esta intervenção foi de extrema importância. Tivemos uma turma em que até a professora começou a fazer uma espécie de gincana temática na própria turma e como na escola possuía um dentista que atendia algumas horas no dia, lançou a gincana sobre a saúde bucal, onde as crianças teriam que ir para realizar tratamento odontológico e o grupo vencedor ganhava ponto na tarefa, além disso, ela os estimulava a conhecer mais sobre o tema e tivemos ótimos resultados nesta turma.

Não tenho dúvida que este trabalho contribuiu muito para minha equipe em motivação, em ver os resultados e continuar tentando concluir e dar continuidade com este trabalho. Para a especialização os dados são computados até aqui, mas para quem está envolvido em tudo isso já se tornou parte de nosso trabalho. E não vejo dificuldade em mantê-lo como rotina no serviço.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas parcial ou plenamente, com alguns ajustes durante o trajeto e complementações durante a intervenção. As atividades que não podiam ser realizadas naquela semana prevista no cronograma eram repassadas para semana seguinte para que possa ser cumprida e assim foi se ajustando para que tudo fosse realizado como no cronograma.

3.3 Dificuldades na coleta e na sistematização dos dados

Para a coleta dos dados nas planilhas, no início tive dificuldades na análise dos dados, mas contei com a ajuda da minha orientadora na interpretação destes. A coleta foi tranquila, pois as planilhas ofereciam um suporte muito bom para a coleta destes dados. E quanto aos indicadores foi bem tranquilo também porque já tinha todos os dados que precisava nas planilhas.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações ao serviço

A viabilidade da incorporação das ações ao serviço é muito grande. As ações continuam sendo realizadas mesmo após a intervenção ter finalizado para a apresentação deste trabalho de conclusão de curso. A rotina foi modificada e bem aceita pela equipe e pela comunidade. Como a maioria das crianças da escola que realizei a intervenção pertencem a outras áreas estamos tentando adequar junto às outras equipes de saúde para que o projeto também seja aceito pelas outras USF, assim cada equipe poderá atender e oferecer o tratamento a seus usuários. Também estamos tentando estimular mais a participação dos pais ou responsáveis, pois foi muito pouca a participação deles.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Foram propostos quatro meses de intervenção, entretanto, serão apresentados os resultados distribuídos em três meses, pois o quarto mês, em virtude das férias escolares, foi somado ao terceiro. Neste mês não houve atendimento na escola e apenas foi dado seguimento aos tratamentos em curso.

O público alvo desta intervenção foi composto por 219 crianças que frequentavam a Escola José Américo de Almeida.

Meta 1: Ampliar a ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares de seis a doze anos.

Indicador 1: proporção de escolares de seis a doze anos que participaram do exame epidemiológico.

Das 219 matriculadas na escola alvo, foram examinadas 213 (97,3%) no levantamento epidemiológico, as demais foram transferidas ou faltaram durante as atividades. Dentre as 213 crianças examinadas, 108 (50,7%) eram do sexo masculino e 60 (28,2%) eram moradoras da área de abrangência da USF José Américo III. A distribuição da idade dos escolares pode ser vista na tabela 4. Nota-se que quatro pessoas estão fora da faixa etária esperada, mas são escolares que compareceram para atendimento na ocasião da intervenção ou com atraso escolar.

De todos os escolares participantes, 111 (52,6%) apresentavam alto risco para cárie conforme critério utilizado; dentre estes, apenas 22 (19,8%) eram residentes da área de abrangência da USF.

Tabela 4. Distribuição das idades dos escolares que participaram da intervenção.

Idade (anos)	Frequência	Percentual
06	25	11,8
07	23	10,9
08	50	23,7
09	36	17,1
10	35	16,6
11	19	9,0
12	21	10,0
13	01	0,5
16	01	0,5

Fonte: ficha espelho, 2013.

Metas 2 e 3: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% das crianças que participaram do levantamento epidemiológico/classificadas como de alto risco.

Indicadores 2 e 3: proporção de crianças que participaram do levantamento epidemiológico/classificadas como de alto risco e que realizaram primeira consulta odontológica.

Conforme apresentado na figura 1, 60,1% dos escolares participantes do levantamento epidemiológico foram atendidos em primeira consulta odontológica programática. Na figura 2 estão representados escolares classificados de alto risco que foram atendidos em primeira consulta odontológica. Ao final do período de intervenção foi possível atender 59,5% das crianças de alto risco.

Houve uma queda no percentual de consultas realizadas nos dois grupos porque nos meses 2 e 3 houve aumento do número de escolares examinados no levantamento epidemiológico ou classificados como de alto risco, sem, no entanto, ocorrer aumento proporcional dos escolares atendidos em primeira consulta.

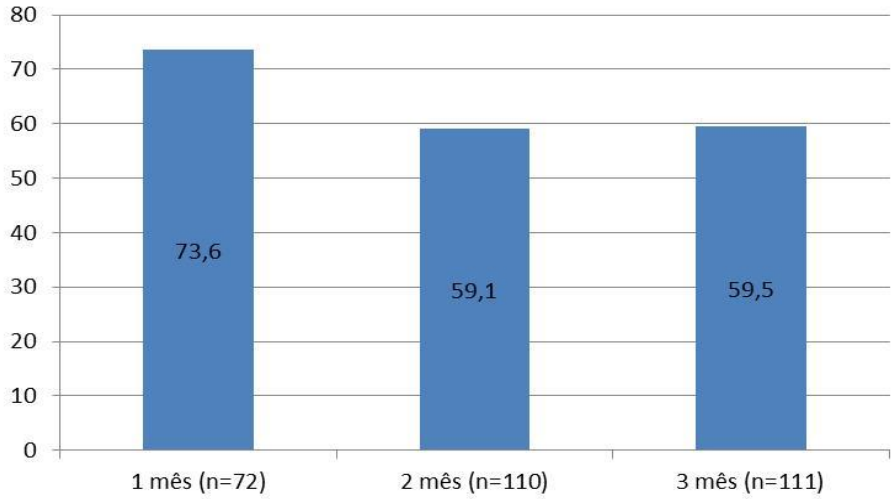
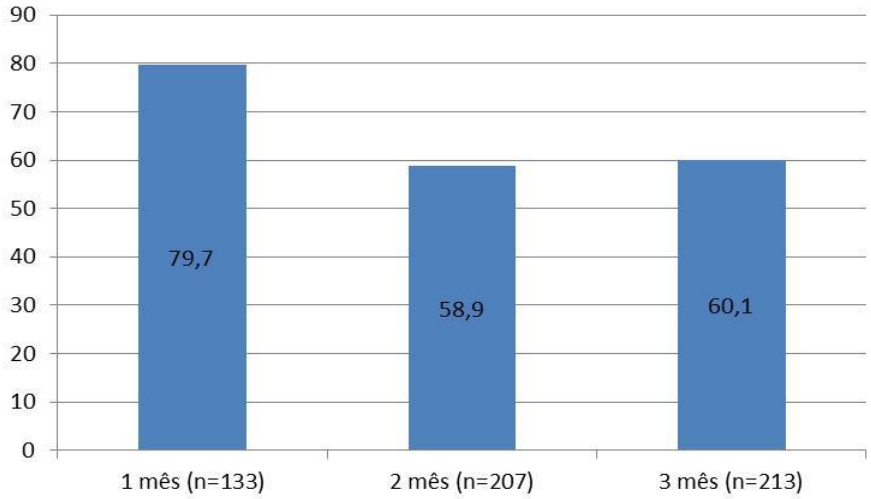


Figura 1. Percentual de crianças que realizaram exame epidemiológico e realizaram a primeira consulta programática, conforme mês de intervenção.



Fonte: planilha de coleta de dados, 2013.

Figura 2. Percentual de crianças classificadas como de alto risco que realizaram a primeira consulta programática, conforme mês de intervenção.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 4: Realizar visita domiciliar em 70% das crianças acamadas ou com problemas de mobilidade física.

Indicador 4: proporção de crianças acamadas que receberam visita domiciliar.

Durante o período da intervenção não registramos nenhum caso de criança acamada ou com problemas de mobilidade física, portanto, não existem dados para este indicador.

Meta 5: Fazer busca ativa de 70% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 5: proporção de crianças faltosas às consultas e que receberam busca ativa.

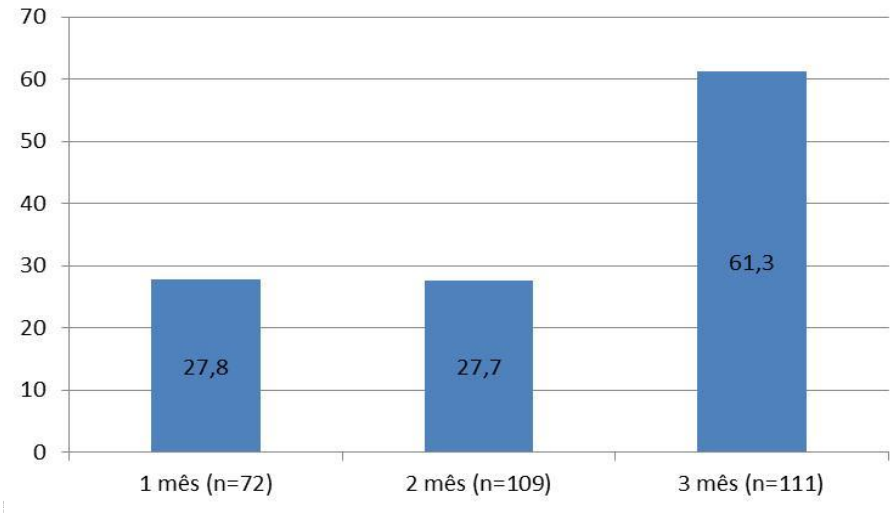
Apenas sete crianças faltaram às consultas e em todos os casos foram realizadas buscas, contudo, nenhuma dessas crianças era moradora da área de abrangência da USF José Américo III.

Meta 6: Realizar tratamento completo em 30% das crianças que necessitarem.

Indicador 6: proporção de crianças que tiveram tratamento concluído.

A figura 3 ilustra o percentual de tratamentos completados em relação aos escolares que foram classificados de alto risco, moradores ou não da área. Pouco mais de 60% dos escolares de alto risco foram contemplados com tratamento completo. Os demais escolares completaram o tratamento após o fechamento das planilhas ou estão ainda na vigência do tratamento. Dentre os moradores da área de abrangência da USF, todos os escolares que apresentaram necessidade de tratamento tiveram seu tratamento completado (100%).

Figura 3. Percentual de tratamentos completados entre os escolares que necessitavam de tratamento, conforme mês de intervenção.



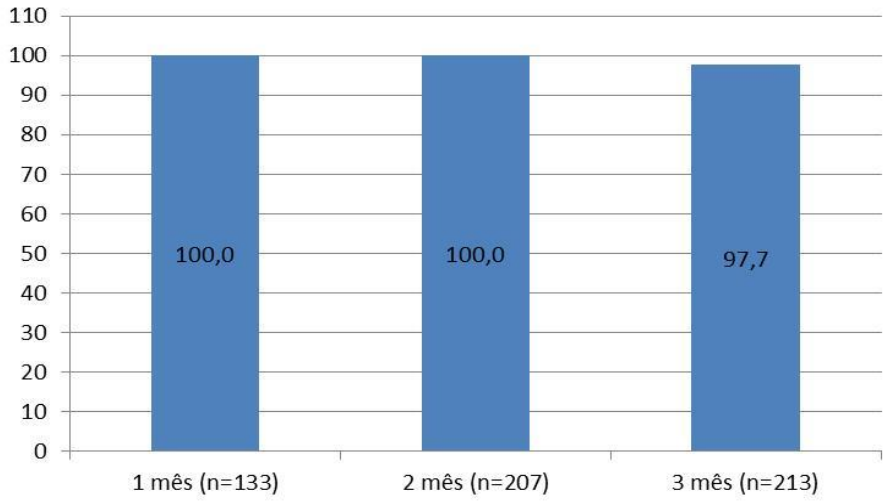
Fonte: planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 7: Realizar escovação supervisionada em 100% dos escolares participantes do levantamento epidemiológico.

Indicador 7: proporção de escolares que participaram do levantamento epidemiológico e da escovação supervisionada.

Dentre os 213 escolares participantes do levantamento epidemiológico, praticamente 98% realizaram escovação supervisionada. Aqueles que não estão registrados na planilha foram os escolares faltosos à atividade.

Figura 4. Percentual de crianças que realizaram escovação supervisionada, conforme mês da intervenção.



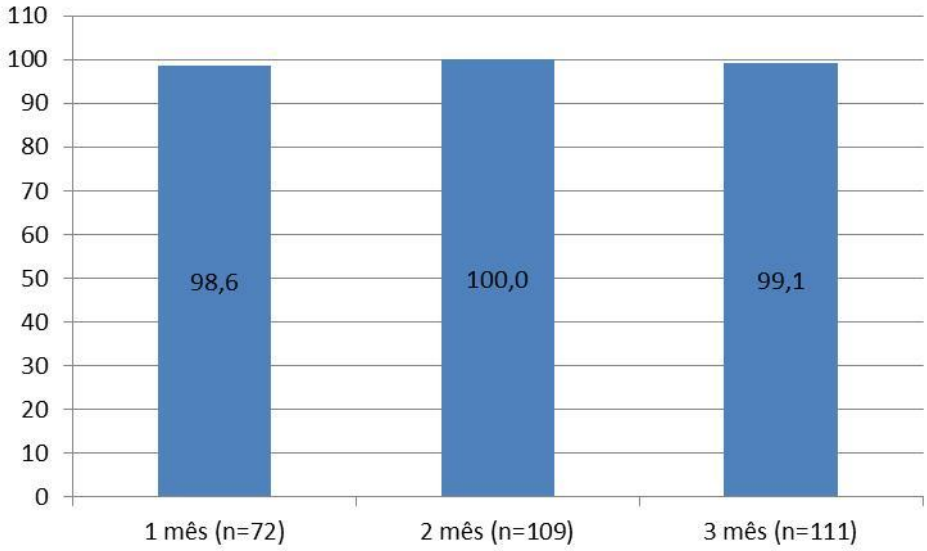
Fonte: planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 8: Realizar aplicação de gel fluoretado em 100% das crianças classificadas como de alto risco.

Indicador 8: proporção de escolares classificados como de alto risco que receberam aplicação de gel fluoretado.

As crianças que foram identificadas como de alto risco receberam, conforme o protocolo adotado, aplicação tópica de flúor gel no primeiro mês uma vez por semana, depois a cada 15 dias e posteriormente uma vez ao mês. Alcançamos um percentual de 99,1% de escolares contemplados com o procedimento. Aqueles que não estão registrados na planilha foram os escolares faltosos à atividade.

Figura 5. Percentual de crianças de alto risco que receberam gel fluoretado, conforme mês de intervenção.



Fonte: planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 9: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças cadastradas.

Indicador 9: proporção de crianças com registro atualizado.

Todos os escolares atendidos estão com os registros atualizados em planilha e prontuário.

Metas 10, 11 e 12: Fornecer orientações sobre higiene bucal, nutrição e etiologia e prevenção de cárie para 60% crianças e seus responsáveis.

Indicadores 10, 11 e 12: proporção de crianças e seus responsáveis que receberam orientações sobre higiene bucal, nutrição e etiologia e prevenção de cárie.

Orientações sobre higiene bucal e etiologia e prevenção da cárie foram fornecidas a 100% dos escolares participantes, mas as orientações nutricionais foram ofertadas para 98,1% das crianças. As orientações foram fornecidas em dias diferentes, então, o escolar comparecia em um dia, mas faltava em outro, gerando essa diferença no percentual de crianças orientadas.

A alimentação das crianças nem sempre é considerada adequada para a idade e o desenvolvimento corporal e intelectual. Muitas trocam as principais refeições por alimentos açucarados, com conservantes, corantes etc. A falta de um cuidado mais próximo no que diz respeito à nutrição pode acarretar no surgimento de muitas patologias, entre elas a cárie dentária. Por isso, os pais e professores também receberam orientações nutricionais, embora nem todos os pais e/ou responsáveis tenham comparecido à escola nos dias das atividades educativas. Alguns escolares vieram desacompanhados dos pais porque moravam próximos à escola ou porque os responsáveis estavam em horário de trabalho. Os escolares que vieram acompanhados foram orientados juntamente com o responsável.

4.2 Discussão

A intervenção sem dúvida alguma trouxe várias mudanças para a minha USF. Proporcionou a ampliação das consultas, identificação das crianças com alto risco, tratamento, monitoramento e registro atualizado dos atendimentos. Além disso, um aumento significativo de tratamentos concluídos foi observado. Quase 100% das crianças da escola alvo receberam cuidados e orientações sobre a saúde bucal e alimentação.

Além de beneficiar as crianças pertencentes à área de abrangência da USF José Américo III, colaboramos com a saúde bucal de uma forma geral, pois muitos escolares eram de outras USF e foram beneficiados com o tratamento e a motivação para o cuidado com a saúde bucal que foi despertada a partir das ações desta intervenção.

De uma maneira geral a intervenção serviu para modificar a maneira de lidar com os problemas de saúde bucal de uma forma mais simples, onde o planejamento das ações, o monitoramento e o acompanhamento das atividades tornou-se uma forma a mais de motivação para toda a equipe que, ao observar os resultados, se encheu de ânimo para continuar traçando novos desafios e alcançando mais resultados positivos para a saúde da população.

A equipe passou a ter um olhar mais atento à saúde das crianças, os ACS

passaram a identificar as principais alterações da boca nas visitas, a orientar sobre a importância da procura por tratamento na USF. Foram realizadas conversas com os pais e responsáveis pelas crianças dos cuidados com a saúde bucal das crianças e como elas podiam orientá-las em casa. A equipe passou por capacitações sobre assuntos variados e hoje se sentem aptos a orientar a população nos principais assuntos que envolvem a saúde bucal.

Antes de iniciar a intervenção quase não se realizava monitoramento das atividades e não tinha como informar a real condição da saúde bucal das crianças; os atendimentos aos escolares aconteciam, mas não havíamos parado pra analisar a situação e que medidas tomar para melhorar a qualidade dos atendimentos. Hoje vejo como é importante ter os dados atualizados, saber a quem recorrer, o que fazer e com quem fazer. Tenho certeza que tudo foi possível graças ao planejamento das ações, avaliação das metas propostas, classificação das crianças por fatores de risco e utilização dos protocolos.

Ainda existe muita coisa a ser feita e vejo hoje a comunidade aprovando a iniciativa apesar de ainda ser de maneira discreta, de vez em quando ainda encontro resistência de algum usuário em relação ao atendimento prioritário à criança, mas com um pouco de explicação e conversa conseguimos sanar a maioria das situações. As crianças que passaram pela intervenção são bem mais motivadas a cuidarem da saúde bucal e procurarem o tratamento.

Algumas ações poderiam ter sido facilitadas se conseguíssemos um apoio maior dos pais e/ou responsáveis pelas crianças, eles ainda negligenciam muito o cuidado com a saúde no geral das crianças, é bem difícil poder contar com a presença deles na escola e até na USF. A equipe hoje está bem mais integrada no atendimento e na busca ativa destas crianças, vejo que não teremos problemas em prosseguir com a intervenção e quem sabe será possível incorporar outros projetos como este em outras faixas etárias e grupos.

4.3 Relatório de intervenção para Gestores

Em um período de quatro meses a equipe da Unidade de Saúde José Américo III e a equipe da Escola José Américo de Almeida estiveram participando de uma intervenção cujo principal objetivo foi oferecer às crianças um melhor acesso e a ampliação do tratamento odontológico. Foram meses destinados ao conhecimento do perfil dos escolares de seis a doze anos, avaliação das que mais necessitavam ser atendidas, orientações sobre cuidados com a saúde bucal e nutricional e tratamentos.

Várias conversas foram realizadas abordando temas diversos que reforçaram o autocuidado das crianças, fazendo com que elas se tornassem divulgadoras dos conhecimentos. As conversas foram estendidas também aos pais e/ou responsáveis e professores da escola, e os agentes de saúde se disponibilizaram a ajudar na divulgação do projeto e na procura por estas crianças na microárea.

Tivemos ótimos resultados, aumentando significativamente o acesso ao serviço para estas crianças. É possível verificar isto em indicadores importantíssimos para a saúde bucal como: percentual de primeira consulta odontológica e percentual de tratamento concluído.

Na intervenção participaram 213 dos 219 escolares matriculados na referida escola e destes, 52% apresentavam alto risco de cárie dentária, 63% tiveram o tratamento odontológico concluído ao final da intervenção, 100% receberam orientações sobre a higiene bucal e etiologia/prevenção da cárie e 98,1% receberam orientações sobre alimentação.

A intervenção promove uma qualificação do atendimento na atenção básica de saúde e promove uma maior satisfação dos usuários por detectarem os resultados positivos. Com isso necessitamos de apoio de toda a gestão no que diz respeito a materiais e insumos que nos proporcione continuidade na realização das atividades e ao incentivo aos profissionais envolvidos.

Podemos notar o quanto positivo foram os resultados e que a partir deste projeto, outros podem ser incorporados à rotina e não só na odontologia; projetos que proporcionem qualidade e resolutividade dos casos na atenção básica, fortalecendo, entre outros aspectos, a prevenção e a promoção à saúde dos

indivíduos. A maior dificuldade encontrada foi pouco tempo destinado a avaliação dos resultados já que temos uma carga horária de 40 hras o que nos deixa desgastados então seria interessante a gestão apoiar e entender os estudantes que participam de intervenções deste tamanho no dando suporte para no próprio serviço destinar algumas horas para dedicação a este fim.

4.4 Relatório de intervenção para a comunidade

Durante quatro meses a Unidade de Saúde José Américo III e a Escola José Américo de Almeida estiveram engajadas em realizar um projeto que oferecesse às crianças um atendimento mais próximo, que proporcionasse a elas mais acesso aos serviços de odontologia e um maior número de tratamentos odontológicos concluídos;

Trabalhamos com atividades semanais a fim de motivar as crianças e reforçar o cuidado delas com a própria saúde, informamos as crianças, os pais e/ou responsáveis e os professores sobre os cuidados com a saúde bucal e nutricional e proporcionamos a propagação do conhecimento na comunidade.

A equipe examinou 213 crianças na escola e mais da metade destas crianças apresentaram alto risco para cárie dentária. Isto é um dado preocupante, por isso esse trabalho foi tão importante. Depois de quatro meses os resultados foram bem positivos, pois aumentamos muito o número de tratamentos concluídos, o que significa que muitos escolares foram examinados, avaliados e tratados.

Este trabalho é uma parceria que trouxe resultados muito bons e não teria sido possível sem o apoio da comunidade. Gostaríamos de contar com o apoio da população para que todos continuem nos ajudando com este trabalho, para que mais resultados positivos aconteçam e outras atividades como esta possam ser realizadas em nossa comunidade.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar a intervenção muitas dúvidas começaram a surgir, tudo misturado à angústia de perguntas como: Será que vou conseguir dar conta? Terei tempo de realizar tantas atividades? Será que conseguirei bons resultados? A população da minha USF vai entender e apoiar a intervenção? São várias situações que de início nos chamam a atenção e que nas primeiras semanas é motivo de insatisfação por parte da equipe e dos próprios usuários, com o passar das semanas e com o surgimento dos resultados vamos adquirindo confiança que tudo vai dando certo. A população começa a aceitar melhor e entender o objetivo do trabalho até que a rotina se normaliza e passa a ser habitual.

Foi um desafio conseguir conciliar as atividades e toda a demanda que o trabalho em si já nos consome com as ações que a intervenção requeria, mas quando nos deparamos com os resultados observamos que todo o esforço vale a pena.

Como profissional aprendi a ter como rotina o monitoramento dos dados. Antes existiam números e não se sabia qualifica-los, hoje consigo perceber a real situação dos indicadores, onde devo atuar e de que forma começar. Percebo o quão importante é planejar, elaborar estratégias, conseguir realizar a intervenção e avaliar as nossas ações e, melhor ainda, constatar quantos avanços tivemos. Foi e está sendo uma experiência incrível.

Referências

ALVES, MU; VOLSCHAN, BCG; HAAS, NAT. Educação em Saúde Bucal: Sensibilização dos Pais de Crianças Atendidas na Clínica Integrada de Duas Universidades Privadas. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 47-51, 2004.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/. Acesso em Junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica. **Saúde na escola.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

CURY, JA et al. Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária. Secretaria de Estado de Saúde. São Paulo. 2000.

Anexos

Anexo A - Planilha de coleta de dados

PCD Saúde bucal de escolares [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel uso não comercial

Digite apenas nas células em **VERDE**.

Informações da sua unidade de saúde:	Marque com X SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Existe protocolo para atenção à saúde da criança?			Pode ser protocolo do Ministério da Saúde ou de outra instituição.
É adotada a Caderneta da Criança?			Considere a caderneta oficial do Ministério da Saúde.
Existe registro específico para a atenção à criança?			Além do prontuário,assinale se existe ficha espelho ou ficha sombra do Cartão da Criança ou Ficha de Saúde da Criança.
É realizado aprazamento/agendamento das consultas de Saúde da Criança?			Considere se os pais ou responsáveis são informados sobre a data de retorno na unidade de saúde e o agendamento deste retorno (dia e horário).
As informações são monitoradas regularmente?			Considere a revisão das fichas (registros) para monitorar as criança faltosas.
É realizada busca ativa das crianças que não comparecem?			Considere se é feito contato (visita domiciliar, telefone, ...) com os pais ou responsáveis para avisar sobre a necessidade de retorno da criança ao serviço de saúde.
É feita avaliação periódica do programa de Saúde da Criança?			Considere se periodicamente (ex: mensal, trimestre, semestre ou anual) os dados são reunidos e discutidos
Os dados são utilizados para o planejamento das ações?			Assinale se a equipe ou a gestão utiliza os dados para subsidiar o planejamento de ações em saúde infanti

DENOMINADORES	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área e acompanhadas na unidade de saúde					Considere apenas as crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Puericultura. Você pode obter este dado contando as fichas de Saúde da Criança / fichas espelho / fichas sombra.

Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde		Considere o total de crianças na faixa etária residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequenta o Programa de Puericultura na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver

*estimativa de crianças residentes na área por faixa etária

População total residente da área de abrangência da Unidade de Saúde		Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Menores de 12 meses	0	
De 12 a 47 meses	0	
De 48 a 72 meses	0	
Total de crianças entre zero e 72 meses	0	Este seria o número total estimado de crianças entre 0 e 72 meses residentes no território.

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

PCD Saúde bucal de escolares [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel uso não comercial

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1

Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança entre 6 e 72 meses frequenta creche foco da intervenção na área de abrangência da unidade de saúde?	A criança participou de ação coletiva de exame bucal?	A criança realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança foi classificada como alto risco de saúde bucal?	A criança faltou à consulta agendada?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	698									
	699									
	700									
Soma automática					0	0	0	0	0	0

Total de crianças entre 6 e 72 meses	0
Total de crianças entre 6 e 18 meses	0
Total de crianças entre 36 e 72 meses	0

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

Anexo B - Aprovação do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Apêndices

Apêndice A - Ficha espelho

Dados Pessoais

Nome da Criança:
Nome da mãe ou responsável: Endereço:
Data de nascimento: Telefone: Prontuário:

Escola onde estuda:

Exame Clínico

Data: _____/_____/_____

Diagnóstico e tratamento

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Retornos

___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Faltou alguma consulta (Datas)

_____

_____

Atividades educativas

Data	Assuntos abordados

Pertence ao fator de risco nível:

A ( ) B ( ) C ( ) D ( ) E ( ) F ( )

Realizou escovação supervisionada com flúor

___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Realizou escovação supervisionada sem flúor

___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Avaliação de sua saúde bucal

*Sem necessidade de tratamento- NT

*Em tratamento- T

* Precisa de tratamento, mas ainda não iniciou- PT

Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4

Foi encaminhada a alguma especialidade?

Sim ( ) Não ( )

Se sim qual? _____

Tratamento concluído em: _____/_____/_____

Apêndice B - Questionário aplicado para os profissionais

Questionário a ser aplicado antes e depois das capacitações

Nome:

Assunto da capacitação:

Questionário aplicado **antes ( ) e depois ( )** da capacitação

1- Assinale a alternativa em que todos os fatores podem contribuir para causar a cárie dentária:

a) Alimentação, falta de escovação, falta de higiene das mãos
b) Falta de escovação, alimentação rica em açúcar; algumas bactérias
c) Algumas bactérias, falta de higiene das mãos, não uso do fio dental
d) Antibiótico, alimentação rica em açúcar, não uso do fio dental

2- Quais alimentos devemos oferecer às crianças para se ter uma alimentação saudável?

a) Açúcar, refrigerantes, biscoitos
b) Frutas, verduras e refrigerantes
c) Alimentos ricos em nutrientes como frutas e verduras
d) Biscoitos recheados e iorgutes

3- Qual a alternativa mais correta quanto a frequência de escovação dentária diária?

a) Somente ao acordar e quando for dormir
b) Sempre após as refeições
c) Três vezes ao dia
d) Sempre após as refeições, antes de dormir e ao acordar.

4- As pessoas devem procurar o dentista?

a) Quando sentir dor
b) Quando notar alguma cor diferente no dente

c) Pelo menos uma vez ao ano independente de não sentir nada

d) Quando tiver algum dente amolecido

5- Que orientações devem ser feitas aos pais para uma higienização e manutenção da saúde bucal das crianças?

a) Escovação apenas a noite e alimentos com alto teor de açúcar

b) Alimentos com baixo teor de açúcar e escovação sempre ao acordar

c) Escovação após as refeições, ao acordar e quando for dormir, oferecer alimentos com baixo teor de açúcar e saudáveis

d) Não escovar os dentes quando tiver sangrando

6- A cárie dentária é uma doença?

a) Simples

b) É um vírus

c) Causada por fungos

d) Infectocontagiosa

7- Em relação a dentição de leite (decídua) é incorreto dizer que ?

a) Por volta dos seis meses se inicia a erupção dos primeiros dentinhos

b) Os primeiros dentes devem ser limpos com uma fralda limpa e água pelo menos uma vez ao dia

c) Os dentes de leite além de proporcionar a mastigação eles guiam o “nascimento” dos dentes permanentes

d) Os dentes de leite não precisam de tratamento uma vez que eles serão substituídos

8- Em relação a traumas que possam envolver os dentes é correto dizer que:

a) Quando a criança bate a boca e um dente de leite sai do alvéolo o dentista pode colocar esse dente de volta ao lugar.

b) Um dente permanente que sai do alvéolo pode ser reimplantado por um dentista.

c) Após a queda o dente permanente deve ser levado ao dentista após ser lavado com água e sabão

d) Nenhum dente pode ser reimplantado

9- Em relação ao atendimento das gestantes podemos dizer que:

a) O melhor período para a gestante receber atendimento odontológico é no primeiro trimestre

b) Qualquer extração que precise ser feita deve ser adiada para após o nascimento do bebê

c) Todas as gestantes devem pelo menos realizar uma consulta com o dentista durante o período de gestação

d) Antibióticos não podem ser administrados as gestantes

10- Quanto ao aleitamento materno e a saúde dos dentes da criança podemos afirmar que:

a) O aleitamento materno não interfere na saúde bucal da criança, pois os dentes só irão nascer.

b) O aleitamento materno auxilia na erupção dos dentes visto que o uso de mamadeira pode modificar a posição dos dentes, prejudicando a fala e respiração fazendo o bebê respirar pela boca.

c) A mãe não precisa se preocupar com o desmame, pois se recomenda que a criança mame até a idade que ela quiser e isso não afetará a saúde bucal.

d) Nenhuma das alternativas está correta

11- Após receber a capacitação vocês avaliam importantes os assuntos abordados?

a) Sim

b) Não