

Universidade Aberta do SUS- UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 4



Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos da Escola São José na Unidade Básica de Saúde Pedras, Catu/BA

Rafael dos Santos de Santana

Pelotas, 2014

RAFAEL DOS SANTOS DE SANTANA

Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos da Escola São José na Unidade Básica de Saúde Pedras, Catu/BA

Trabalho de conclusão de curso apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Ethieli Rodrigues da Silveira

Pelotas, 2014

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

S232m Santana, Rafael dos Santos de

Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos da Escola São José na Unidade Básica de Saúde Pedras, Catu/BA / Rafael dos Santos de Santana; Ethieli Rodrigues da Silveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

65 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. Silveira, Ethieli Rodrigues da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Roberto Doria de Santana (*in Memoriam*) e Nilza dos Santos de Santana, espelhos de vida, meu cais, meu porto seguro, dedico a vocês mais esta conquista. A minha família por toda a compreensão, por eu estar ausente em alguns momentos, principalmente aos meus irmãos e Roberto Dória de Santana Júnior e Nadilson dos Santos de Santana e tios Nailson de Santana dos Santos, Nilton de Santana dos Santos e Nivaldo de Santana dos Santos.

A minha segunda família, Juliana Marques Monteiro e Maria Fernanda Marques Monteiro, pelo amor, carinho e apoio nos momentos difíceis. Nessa vida, agradeço muito a Deus, por ter encontrado seres como vocês.

A minha orientadora, obrigado pelo apoio e confiança.

AGRADECIMENTO

Sempre, devemos começar agradecendo a Deus, por tudo, pois é nossa fonte maior de fé, admiração, respeito e amor.

A minha família, a base de tudo, sempre sou muito grato pela educação que foi me dada, pelo incentivo sempre presente, infelizmente alguns membros dessa tribo, não estão mais presentes em corpo, para prestigiar esse momento. Aos ausentes (pai, avôs e amigos), bom seria me voltar para a plateia e encontrá-los sentados olhando pra mim, com coração transbordando de orgulho.

O meu muito obrigado a minha companheira de vida, Juliana Marques Monteiro que durante essa jornada muito me ajudou. Juntamente com ela, passei momentos sempre muito agradáveis, e difíceis também, sendo sempre amável e gentil comigo. Procurando da melhor forma, um jeitinho de me ajudar, aliás, pessoas como ela são difíceis de encontrar.

Pedir desculpas a minha família e amigos pelos momentos ausentes, pois inúmeras vezes foram necessárias se debruçar sobre os livros, com o intuito de realizar meu sonho e agora conseguir.

Nosso maior medo não é sermos inadequados. Nosso maior medo é não saber que nós somos poderosos, além do que podemos imaginar. É a nossa luz, não nossa escuridão, que mais nos assusta. Nós nos perguntamos: “Quem sou eu para ser brilhante, lindo, talentoso e fabuloso”?.

Na verdade, quem é você para não ser?

(Nelson Mandela)

E tudo isso é aprender. E aprender é sempre adquirir uma força para outras vitórias na sucessão interminável da vida.

(Cecília Meirelles)

Se há sorte...

Eu não sei, nunca vi.

(Elis Regina)

LISTA DE FIGURAS

	P.
Figura 1: Proporção de escolares examinados na escola, (2014).	38
Figura 2: Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica, (2014).	38
Figura 3: Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica, (2014).	39
Figura 4: Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde, (2014).	40
Figura 5: Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental, (2014).	40
Figura 6: Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental, (2014).	41
Figura 7: - Proporção de escolares com tratamento dentário concluído, (2014).	41
Figura 8: Proporção de escolares com registro atualizado, (2014).	42
Pagina	
Figura 9: Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal (2014).	42
Figura 10: - Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária (2014).	43
Figura 11: - Proporção de escolares com orientações nutricionais, (2014).	43

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BA - Bahia

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

ESF – Especialização em Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UBS.- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação.....	12
1 Análise situacional.....	13
1.1T	
Texto Inicial sobre a Situação da ESF.....	13
1.2R	
Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3C	
Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise estratégica	18
2.1 Justificativa.....	18
2.2 Objetivos e metas.....	19
2.2.1 Objetivo Geral	19
2.2.2 Objetivos Específicos	19
2.2.3 Metas.....	20
2.3 Metodologia.....	21
2.3.1 Ações	21
2.3.2 Indicadores.....	27
2.3.3 Logística	30
2.3.4 Cronograma	33
3 Relatório da intervenção.....	34
3.1 Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	34
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	36
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.....	36
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.....	36

4 Avaliação da intervenção	37
4.1 Resultados	38
4.2 Discussão.....	49
4.3 Relatório da Intervenção para os gestores.....	50
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	52
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	55
6 Bibliografia.....	57
7. Anexos	58
7.1 Anexo A – Ficha Espelho.....	58
7.2 Anexo B – Planilha de Coleta de dados	59
7.3 Anexo C – Parecer do Comitê de Ética.....	61
8. Apêndices	63

RESUMO

SANTANA, Rafael dos Santos. **Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos da Escola São José na Unidade Básica de Saúde Pedras, Catu/BA.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Todo indivíduo, desde criança, tem o direito inerente à vida, como também o direito de acesso à promoção de saúde, à prevenção e tratamento de enfermidade e à reabilitação de saúde. Os profissionais de saúde têm responsabilidade em reconhecer e promover estes direitos. Neste contexto, o cirurgião dentista deve almejar a saúde de seus pacientes, muito mais do que tratar, deve promover a prevenção das lesões, questão essa que vem se popularizando cada dia mais na mente dos novos odontólogos. Considerando esta questão, realizou-se este trabalho objetivando melhorar a atenção à saúde bucal de escolares de 6 a 12 anos de idade, que residem na cidade de Catu – BA, próximo 78 km da capital, Salvador-BA. O trabalho foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde situada na zona rural, conhecida como Povoado de Pedras. A equipe da unidade é bem entrosada, faz das limitações um incentivo para buscar resultados satisfatórios. A população é muito carente de recursos básicos, dentre os principais podemos citar, o transporte e a comunicação. Antes da intervenção, não existia protocolos para realizar o devido acompanhamento das crianças, onde os dados eram apenas empíricos, baseados na evolução clínico – visual do paciente. O trabalho realizado foi baseado em alguns pilares: Palestras, escovações supervisionadas, dinâmicas e o atendimento clínico. Realizamos as atividades com um grupo de 55 crianças, que no início do trabalho ofereceram uma resistência, não física, mas emocional, porém com muita conversa e paciência, as barreiras foram sendo ultrapassadas. No decorrer do projeto, ocorreram poucas intercorrências, entretanto todas foram contornadas, e conseguimos concluir a pesquisa sem dificuldades. A participação dos responsáveis foi de fundamental importância para o andamento do projeto, assim como também da escola (professores e diretores). Ao final do período da intervenção havíamos realizado a primeira consulta odontológica e escovação supervisionada com todas as crianças e todos tiveram seus tratamentos odontológicos concluídos. Concluímos que a atenção primária da saúde é sem dúvidas um fator primordial para a melhoria da qualidade de vida do nosso paciente, pois com ela podemos informar e tratar, oferecendo assim uma maior dignidade ao ser humano. Podemos perceber a viabilidade e continuidade da intervenção na unidade.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal do Escolar

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde bucal dos escolares em uma Unidade Básica de Saúde rural do município de Catu-BA.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, na seção seis, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1. RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF

Sou Rafael dos Santos de Santana, cirurgião-dentista, residente da cidade de Catu-BA, próximo 78 km da capital, Salvador. O número de habitantes de minha cidade é de 55.021 mil (senso de 2013). A cidade possui 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), possui uma equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Hospital Municipal. Os exames de laboratórios são agendados e coletados nas próprias unidades de saúde, porém esses exames são um pouco difíceis para os pacientes terem acesso, pois temos uma grande demanda e uma quantidade limitada para agendamentos. Muitas vezes o paciente espera alguns meses ou mesmo prefere realizar o exame via particular.

Trabalho numa UBS em zona rural, de modelo tradicional. Possuímos um médica, um dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, uma serviços gerais, uma recepcionista e seis agentes de saúde. Somos uma equipe muito bem entrosada, realizamos nossas funções e ajudamos a manter todos os dados atualizados na medida do possível. Esses dados são atualizados de forma sistemática, por exemplo, existem informações que atualizamos diariamente (quantidade de medicamento), semanalmente (pacientes faltosos) e mensalmente (cadastros). Os profissionais da equipe são pessoas extremamente competentes, que se dedicam com muito empenho no que se propõem a fazer.

A estrutura física da unidade não possuiu um espaço muito amplo, temos uma sala para cada área (enfermagem, medicina, odontologia, sala de curativo, sala de vacina), estas salas são bastante pequenas dificultando a atuação profissional. Mas o nosso posto entrou em reforma. Os pontos negativos nesse aspecto é a impossibilidade de realizar algumas ações dentro da própria unidade, tais como reuniões com a comunidade ou com a própria equipe.

Em relação a minha equipe, não existe problemas com a comunicação. As maiores limitações são devido ao espaço físico, transporte e a ausência de sinal de telefone o que dificulta e muito as ações de promoção de saúde,

atendimento clínico ou mesmo as visitas. A principal alternativa para essa questão seria ampliar a disponibilidade do transporte público e a implantação de uma antena de celular para melhorar a comunicação, tanto para o lazer, quanto para alguma emergência/urgência.

Em relação à população da área adstrita, essa é composta por 1.435 pessoas. Não considero que a equipe, por fatores técnicos, não consiga atender ou prestar serviço adequado, só necessitamos, como dito anteriormente, que os serviços de transporte e telefonia sejam implementados. Existem duas escolas na unidade, uma responsável pelas crianças até 12 anos, e a outra para os maiores de 12 anos, que cursam até a 8ª série do ensino fundamental. Na área de atuação, existem 55 crianças de 6 a 12 anos, e todas elas participaram do projeto.

1.2R relatório da Análise Situacional

Sou Rafael dos Santos de Santana, cirurgião-dentista, residente da cidade de Catu-BA, próximo 78 km da capital, Salvador. O número de habitantes de minha cidade é de 55.021 mil (senso de 2013). A cidade possui 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), possui uma equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Hospital Municipal. Os exames de laboratórios são agendados e coletados nas próprias unidades de saúde, porém esses exames são um pouco difíceis para os pacientes terem acesso, pois temos uma grande demanda e uma quantidade limitada para agendamentos. Muitas vezes o paciente espera alguns meses ou mesmo prefere realizar o exame via particular.

Trabalho numa UBS em zona rural, de modelo tradicional, possuímos uma médica, um dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, um serviços gerais, uma recepcionista e seis agentes de saúde. Somos uma equipe muito bem entrosada, realizamos nossas funções e ajudamos a manter todos os dados atualizados na medida do possível. Esses dados são atualizados de forma sistemática, por exemplo, existem informações que atualizamos diariamente (quantidade de medicamento), semanalmente (pacientes faltosos) e mensalmente (cadastros).

Os profissionais da equipe são pessoas extremamente competentes, que se dedicam com muito empenho no que se propõem a fazer.

A estrutura física da unidade não possuiu um espaço muito amplo, temos uma sala para cada área (enfermagem, medicina, odontologia, sala de curativo, sala de vacina), estas salas são bastante pequenas dificultando a atuação profissional. Possuímos uma cozinha razoável pois realizamos uma arrecadação com os funcionários para adquirir os eletrodomésticos. Nossa recepção é ampla, bem ventilada. As salas da médica e enfermeira são aceitáveis, possuem um espaço que permite o trabalho sem maiores dificuldades. Possuímos dois banheiros, um para funcionários e outro para os pacientes, não existe divisão por sexo. Não temos sala de reunião, usamos a sala da enfermeira por ser a mais ampla da unidade. O ponto negativo é a impossibilidade de realizar algumas ações dentro da própria unidade, tipo reuniões com a comunidade ou uma reunião com a própria equipe. Mas agora a nossa unidade de saúde entrou em reforma.

Antes da intervenção, não havia um hábito das crianças visitarem regularmente o odontólogo, pois o medo do usuário à cadeira odontológica se fazia presente, de forma intensa. As queixas de odontalgia e presença de lesões de cáries extensas eram frequentes. Além disso a ingestão em grande quantidade de alimentos cariogênicos era comum entre os membros do estudo. Não existia nenhum padrão que fosse confiável para mensurações futuras, com o intuito de avaliar o andamento da evolução clínica dessas crianças.

Com relação à atenção à saúde da criança, todas as crianças recebem orientações em todos os campos da saúde, tanto elas quanto os responsáveis, para que todos possam crescer de forma saudável. Realizamos uma campanha forte em relação aos cuidados desde a gestação. A dificuldade que mais encontramos nesse aspecto é conseguir um controle ideal de exames. Devido às poucas vagas disponíveis para exames de laboratórios, alguns pacientes necessitam fazer via particular, porém a maioria da população é extremamente carente.

Todas as gestantes são acompanhadas de perto, pois sabemos muito bem da importância desse ato, tanto para garantir uma gestação de boa qualidade quanto na prevenção das complicações. O programa pré-natal funciona muito bem na unidade, pois conseguimos com o tempo mostrar à

população a finalidade de um bom acompanhamento e tivemos uma ótima resposta e acolhimento das mulheres. A maior dificuldade que posso citar é a realização de alguns exames, devido ao fato mencionado acima.

As prevenções do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama estão em dia, principalmente do controle do câncer de mama. Houve um mutirão na região onde 100% das mulheres passaram por avaliação clínica e realização de exames. Antigamente essa cobertura era muito baixa, devido à extrema dificuldade de se conseguir agendar e realizar os exames. A prevenção do Câncer de Colo de Útero possui números satisfatórios de pacientes com controle em dia. Não totalizamos 100%, devido a fatores inerentes dos próprios pacientes, pois alguns se esquecem das consultas agendadas ou não vão à unidade no dia agendado devido a outros fatores (ex: problemas familiares, transporte e doença). A equipe realiza a busca ativa dessas mulheres, porém um fator importante é a extrema dificuldade de locomoção desses usuários.

O acompanhamento de hipertensos e diabéticos é o mais complicado, pois a maioria deles não possui tanto compromisso com o uso correto das medicações e o controle da alimentação. Em sua maioria estes são pacientes ativos, ou seja, possuem uma vida cotidiana de trabalho e compromissos, o que dificulta o acompanhamento de rotina. Na área odontológica, alguns deles só aparecem para as consultas quando possuem odontalgias, mesmo já tendo sido realizadas inúmeras palestras para a conscientização desses pacientes.

Os idosos da unidade são ótimos pacientes. Sempre presentes na unidade, mesmo quando não estão agendados eles costumam ficar no ambiente físico para conversar, pegar medicamento, o que sempre favorece uma avaliação do quadro clínico geral dos mesmos. Na parte odontológica, a quase totalidade desses pacientes necessita de uma reabilitação protética superior e inferior, porém o CEO do município não disponibiliza esse serviço e, como dito anteriormente, a população em geral é muito carente.

Em relação a minha equipe, não existem problemas que afetem nosso trabalho. As maiores limitações são devido ao espaço físico, transporte e a ausência de sinal de telefone o que dificulta e muito as ações de promoção de saúde, atendimento clínico ou mesmo as visitas. A principal alternativa para essa resolução seria ampliar a disponibilidade do transporte público e a

implantação de uma antena de celular, para melhorar a comunicação, tanto para o lazer, quanto para alguma emergência/urgência.

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

Nota-se uma evolução na forma de desenvolver a escrita e de comentar os fatos, por ter uma melhor base para analisar o contexto. Os estudos ajudaram a perceber onde estávamos bem, o que não estava funcionando muito bem e no que precisamos melhorar. Assim, todos os membros da equipe, mesmo não realizando a especialização, puderam perceber que necessitamos prestar mais atenção em alguns pontos e preservar o que conseguimos até hoje.

O relatório mostra que possuímos uma UBS de zona rural em que a equipe se dedica com muita competência ao que faz, tentando ao máximo, minimizar as dificuldades encontradas por essa população carente, que sofre muito com a baixa renda, dificuldade de transporte e comunicação. Através do estudo do caderno de saúde bucal do Ministério da Saúde, pudemos perceber onde estamos falhando e no que acertamos, com isso podemos melhorar a qualidade e a quantidade dos atendimentos, com intuito sempre de ajudar a nossa comunidade.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

. Todo indivíduo, desde criança, tem o direito inerente à vida, como também o direito de acesso à promoção de saúde, à prevenção e tratamento de enfermidade e à reabilitação de saúde. Os médicos e outros provedores de cuidados de saúde têm uma responsabilidade para reconhecer e promover estes direitos (DECLARAÇÃO DE OTTAWA, 1986). A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 garante que a saúde é um direito de todo cidadão, considerando que atenção integral à saúde das pessoas inclui a saúde bucal e a assistência odontológica.

O desenvolvimento de ações de saúde para a faixa etária de 6 a 12 anos é inegavelmente importante, visto que o crescimento e desenvolvimento de uma criança são condicionados pela herança genética e fortemente influenciados pelo meio ambiente, sobretudo no que se refere à instalação de doenças e à nutrição. Por essa razão, as ações direcionadas ao atendimento de crianças devem priorizar a promoção da saúde, seguidas da prevenção, diminuindo, assim, o risco de desenvolvimento de afecções (MOURA *et al*, 2007).

É dever do cirurgião-dentista compartilhar com os demais profissionais de saúde e com a população a importância das atividades de prevenção e tratamento odontológico. Os prejuízos de uma saúde bucal deficiente podem ser severos, comprometendo a qualidade de vida, gerando quadros de insônia, dificuldades durante a alimentação e comportamento, além da ocorrência de dor. Além disso, a ocorrência de doenças bucais como a cárie na infância pode comprometer o crescimento e desenvolvimento da criança. (FIGUEIRAS, 2004)

Considerando-se este contexto, pretende-se realizar uma ação de saúde bucal tendo como foco a população de 06 (seis) a 12 (doze) anos. Através desta ação, a atenção odontológica voltada às crianças residentes na área da atuação da unidade básica de saúde será repensada, visando à cobertura necessária para o bom atendimento e resolução dos problemas. Assim, pretende-se melhorar a qualidade da atenção ofertada a essa faixa etária, diminuindo-se o desenvolvimento e avanço de patologias bucais. Atualmente, na unidade de saúde já são ofertadas algumas ações de prevenção e

atendimentos de emergência. No entanto, a qualidade do serviço odontológico prestado ainda está longe do ideal. As crianças em idade escolar não comparecem à unidade para recebimento de atenção odontológica em uma quantidade relativamente ideal, devido à desinformação dos responsáveis e elevados índices de medo odontológico (SANTOS, 2007).

Previamente ao projeto, existia o costume da realização de palestras, escovações, e aplicações tópicas de flúor, porém nem as crianças nem os responsáveis levavam as atividades com o devido grau de importância, pois as faltas eram frequentes e não participação de algumas pessoas, também se faziam comum

A implementação desta ação é de fundamental importância, considerando-se que historicamente no Brasil as relações e os reflexos da saúde bucal sobre a saúde geral têm sido negligenciados, não se levando em consideração que todo e qualquer problema de origem bucal pode provocar, além de desconforto físico e emocional, prejuízos consideráveis à saúde geral (FERREIRA, 1998),

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde bucal de escolares

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

Relativas ao Primeiro objetivo:

- Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 80% dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.
- Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 80% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde
- Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Relativas ao segundo objetivo:

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

Relativas ao terceiro objetivo:

- Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.
- Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais.
- Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Relativas ao quarto objetivo:

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

Relativas ao quinto objetivo

- Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.
- Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças.
- Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

- **2.3 Metodologia**

2.3.1 Ações

Para ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 80% dos escolares de seis a 12 anos de idade da escola da área de abrangência, programamos realizar ações nos 4 eixos pedagógicos, No eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO iremos monitorar a situação de risco dos escolares para doenças bucais. No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO iremos fazer a identificação dos espaços escolares adstritos a cada Unidade Básica de Saúde, realizaremos contato com os espaços escolares para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal e reorganizaremos agenda de saúde bucal para atividades nas escolas e atendimento prioritário a escolares. No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO vamos • Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde e sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades. No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA vamos capacitar a equipe para realizar ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica e capacitar também para realizar classificação de riscos, programação de atividades segundo as necessidades e hierarquização dos encaminhamentos dos escolares para atendimento clínico na unidade de saúde. Serão realizadas visitas à escola, onde serão avaliados todos os espaços disponíveis para as realizações das atividades, e assim realizar as programações de forma que não prejudique o andamento das atividades escolares. Todos os escolares serão avaliados e em realizado um odontograma para avaliar a maior necessidade de intervenção.

Já na meta 1.2, ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 80% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde serão realizadas ações no eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, onde iremos monitorar número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta. No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO vamos organizar acolhimento deste escolar na unidade de saúde, cadastrar na unidade de saúde os escolares da área de abrangência e organizar agenda de saúde bucal para

atendimento dos escolares. No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO vamos informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde e sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades. Com relação ao eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA vamos capacitar a equipe para realizar acolhimento dos escolares e seus responsáveis, capacitar a equipe para realizar cadastramento e agendamento dos escolares para o programa. Todas as crianças serão atendidas na unidade de forma que a primeira consulta odontológica desse paciente se torne um momento de interação, para que o usuário tome interesse de colaborar e assim almejar o sucesso planejado pela ação proposta. Essa marcação será de forma ordenada, onde devemos separar um turno na semana para que essas crianças possam receber essa consulta.

A meta 1.3 consiste em realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais. No eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO vamos monitorar número de escolares que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica. Em relação ao eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO iremos organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento aos escolares de alto risco. Já no eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO buscaremos esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos dos escolares de alto risco e capacitar a equipe para realizar acolhimento dos escolares e seus responsáveis. Em relação ao eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA vamos capacitar a equipe para realizar cadastramento, e agendamento dos escolares de alto risco para o programa. No momento do contato com os escolares, iremos realizar uma lista de pacientes de alto risco, onde aqueles que relatarem edema, fístula ou odontalgia serão os primeiros a receber o atendimento para realizar o odontograma e resolução da queixa. Com isso podemos agilizar, tanto a resolução do problema do paciente, quanto planejar as ações para cada paciente de forma individual.

Com o intuito de alcançar a meta 2.1, fazer busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas, no eixo do MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO iremos monitorar a periodicidade das consultas, monitorar os faltosos, monitorar as buscas

realizadas pelo programa de atenção a saúde bucal do escolar. Com relação ao eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos; Organizar a agenda para acomodar os faltosos após a busca. Eixo do ENGAJAMENTO PÚBLICO: Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento. Concluindo com o eixo da 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. Sabemos que o paciente muitas vezes não comparece as consultas agendadas, pois alguns fatores, tais como, transporte, distância de sua residência até a unidade, condição financeira, levam ao paciente a se desestimular com o planejamento proposto. Juntamente com as ACS's iremos realizar um levantamento desses pacientes, e agenda um dia mais conveniente para eles, e assim realizar o seu acolhimento e atendimento.

Em relação à meta 3.1. realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares. O eixo do MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por escolar. Eixo da 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 das escolas da área 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 escolar. Eixo do ENGAJAMENTO PÚBLICO: Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos 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. Eixo da QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada

A meta 3.2 é realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais. Para atingi-la, no

eixo do MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO iremos monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por escolar. Com o eixo da 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 das escolas da área da unidade de saúde. Pactuar com as escolas dos horários para realização de ações coletivas de saúde bucal. Elaborar listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada escolar. O eixo do ENGAJAMENTO PÚBLICO: Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos 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. O eixo da QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

A meta 3.3 é concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica. No eixo da MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a conclusão do tratamento dentário. Tendo em vista o eixo da ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: 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. O eixo do ENGAJAMENTO PÚBLICO: Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento dentário Eixo da QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: 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 de crianças de 6 a 12 anos. Depois de um planejamento muito bem executado, fica menos complicado concluir os tratamentos, juntamente com o maior incentivo para a presença dos escolares nas consultas de rotina, reduzindo as faltas e assim conseguimos uma maior agilidade para a conclusão do tratamento proposto.

A meta 4.1. é manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área. No eixo do MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o registro de todos os escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica. Eixo 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. O eixo do 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. Já no eixo da QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Treinar a equipe para adequado preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento. Sempre é possível melhorar, com esse intuito, iremos planejar uma forma de manter esses dados registrados e atualizados, com isso poderemos realizar mensurações futuras, com o intuito de comparar a efetividade do programa empregado. Juntamente com a equipe, iremos desenvolver a melhor forma de melhorar esses registros.

A meta 5.1 é fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares. No eixo do MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar as atividades educativas coletivas. Eixo da 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. Eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO: Divulgar as potencialidades das ações trans 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. Promover a participação de membros da comunidade e da escola na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares. No eixo da 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. Serão disponibilizados folders, desenhos ilustrativos, para transmitir o conhecimento e facilitar o aprendizado dos participantes. Podemos também receber sugestões sobre de que forma eles gostariam que fossem passadas essas orientações.

A meta 5.2. é fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças. No eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar as atividades educativas coletivas. O eixo da 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. O eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO: Divulgar as potencialidades das ações trans 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; Promover a participação de membros da comunidade e da escola na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares. 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. Essa meta vai ser planejada, de acordo com dados do odontograma, pois a partir dele iremos detectar o tipo mais comum de carie. E desenvolver uma metodologia para transmitir o conhecimento e assim ajudar a prevenir novas lesões. Sempre incentivando os usuários a participar ativamente das palestras com perguntas e sugestões.

A meta 5.3. é fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças. No eixo do MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar as atividades educativas coletivas. O eixo 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. Eixo do ENGAJAMENTO PÚBLICO: Divulgar as potencialidades das ações trans 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.

Promover a participação de membros da comunidade e da escola na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares. O eixo da 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. Em relação à dieta desses pacientes, é um ponto que já trabalho há um certo tempo, pois o meu tema de monografia da especialização é sobre a nutrição do paciente traumatizado de face: implicações de aspectos nutricionais. Sempre realizo palestras enfocando o poder de uma dieta correta e sua interação com o crescimento facial e os benefícios para o organismo em geral. Foco bastante, na substituição da merenda escolar enviada pelas mães, sucos de caixa, biscoitos recheados..., por frutas, raízes, sucos naturais... Para melhorar a saúde geral, assim como reduzir os índices de lesão de carie.

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 80% dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.

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

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

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

Meta: 1.2. Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 80% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Indicador: 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

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

Indicador: 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(s) escola(s) foco(s) 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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

Esta intervenção será realizada na única escola de educação fundamental que faz parte da área adstrita da unidade desta saúde, chamada escola São José. Para realizar a intervenção Saúde Bucal do Escolar, o protocolo escolhido é o Caderno Saúde Bucal nº 17 (BRASIL, 2006). As informações serão anotadas na própria ficha de atendimento odontológico presente na unidade, pois já existe esse modelo. Nessa ficha será preenchido o odontograma do paciente e as consultas de rotina. Em um caderno, serão registradas as palestras e ações realizadas na escola São José. Na unidade onde trabalho não existe a informatização, os dados serão colhidos através da

ficha clínica odontológica. Estimamos realizar a intervenção em 55 estudantes (54 alunos da área de abrangência e 01 aluno fora de área). Todos os responsáveis pelas crianças serão informados em uma reunião sobre como será o projeto e serão convidados a autorizar a participação das crianças. Creio que será necessário acrescentar alguns indicadores na ficha clínica, iremos procurar a melhor forma de adaptar eles na ficha. Para o acompanhamento mensal será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, inicialmente será feita uma lista onde todos os escolares de 06 a 12 anos irão assinar. Depois, serão preenchidas fichas clínicas para cada estudante, contendo informações pessoais e odontológicas. Estes dados serão coletados na primeira consulta odontológica.

Serão realizadas capacitações com toda a equipe para reforçar a importância da manutenção da higiene oral, pois assim todos os profissionais poderão reforçar esta ideia e o paciente terá maior consciência. Também será ministrada palestra sobre a relação de patologias bucais com a saúde geral. Além disso, pode ser solicitado aos profissionais que também realizem palestras sobre temas pertinentes aos pacientes, para enriquecer esse momento de aprendizagem. Essa capacitação, ocorreu através de discussões realizadas na própria unidade, onde após relatar problemas bucais que se correlacionam com a saúde geral, debatemos e retiramos todas as dúvidas pendentes, não foi complicado realizar tal fato, devido ao fato da equipe ser bem participativa e a mesma já está presente, trabalhando juntos a um certo tempo

A participação dos membros da comunidade foi incentivada e orientada em palestras, para que eles tivessem a consciência de sua importância no bom andamento do projeto, pois são eles os responsáveis legais pelos usuários e também os cuidadores que devem instruir os menores quanto à higiene nas suas respectivas residências. Eles aceitaram e entenderam a fundamental participação deles no projeto, de início, houve alguns que não acharam tão confortável, mas com o tempo notaram a importância do trabalho proposto.

Para as ações de escovação supervisionada e aplicação de flúor são necessários kits de escova + pasta dental e o flúor. Estes materiais são

distribuídos na própria unidade. O espaço físico vai ficar a cargo da própria escola onde realizaremos as atividades.

As palestras serão ministradas na escola, na igreja ou na própria unidade. Estas atividades serão realizadas com divisões aleatórias do grupo, pois não há espaço suficiente para todos ao mesmo tempo. Os temas serão em uma ordem lógica, para instruir sobre a importância da higiene oral e sua relação com o corpo humano. Existirão momentos em que os membros da equipe serão convidados à realizar aulas sempre com o intuito de orientar e ajudar a desenvolver o programa proposto.

As consultas serão agendadas prioritariamente, para o turno vespertino, já que a maioria dos alunos estuda pela manhã. Realizaremos primeiro os tratamentos mais complexos, com a finalidade de remover os focos de infecção, e em seguida os de menor complexidade.

Os outros grupos populacionais, foram atendidos preferencialmente no turno matutino, eles foram informados quanto as mudanças. Não houve muitas reclamações sobre o ato, e os usuários notaram que tais alterações, foram realizadas, visando o melhor atendimento das crianças e também para o andamento do projeto. Era lógico que a alteração era necessária para permitir o fluxo de usuários se mantivesse sob um controle.

Em relação ao risco da criança às doenças bucais foi classificado de acordo com o caderno de saúde bucal número 17 do Ministério da Saúde, sendo consideradas crianças de alto risco aquelas com presença de placa visível, com alta ingestão de sacarose e em vulnerabilidade social.

Para monitoramento da ação programática será feito um acompanhamento rigoroso e todas as ações serão anotadas em um arquivo virtual e em um caderno de ações, com função exclusiva de armazenar esses dados.

Todas as providências, em relação à solicitação de material, impressão e contato com a escola já foram realizadas, assim o trabalho deve transcorrer de forma segura e sem maiores contratemplos.

2.3.4 Cronograma

ATI VID ADE S/ SEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

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.

O projeto proposto para ser realizado na UBS de Pedras, na cidade de Catu-Ba, intitulado de Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares da Escola São José na Unidade Básica de Saúde Pedras, Catu/BA, transcorreu desde o início sem maiores problemas. Este foi auxiliado pelo planejamento eficaz durante as fases iniciais e ao entrosamento e competência da equipe com seus membros e com a comunidade. A confiança também foi fator primordial para o sucesso

Nosso projeto transcorreu de maneira tranquila. Encontramos inúmeras facilidades para o bom andamento do projeto, dentre elas pode-se citar o tempo que estou presente na unidade (há quase quatro anos), o que me permitiu conhecer a população, seus interesses e dificuldades. Outro fator chave é a competência da equipe, essas pessoas são membros ativos da comunidade que tentam solucionar a maioria dos problemas da área. As agentes, seis pessoas fantásticas, quando encontram qualquer problema com alguma família imediatamente comunicam a equipe e na reunião já se busca a solução.

Em relação à ampliação da cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares houve uma dificuldade inicial na reorganização da agenda, pois já havia uma rotina, mas conseguimos êxito. Um ponto a ser reorientado foi o horário de atendimento clínico. Devido às aulas fizemos um acordo com os professores, para que o aluno com necessidade de tratamento pudesse ser liberado para realizar o procedimento.

Em relação à promoção da saúde bucal dos escolares, este item foi de uma importância ímpar no projeto. As atividades coletivas, sempre que possível, eram realizadas no intervalo das aulas para não causar maiores distúrbios na programação das atividades escolares. Dessa forma conseguimos desenvolver as atividades de educação em saúde, a aplicação de

flúor gel e as escovações supervisionadas. Conseguimos a compreensão da criança de que a saúde deve começar em casa e no consultório é o local de fazer algumas correções. Assim, foi possível reforçar a prevenção de doenças, que na odontologia baseia-se em uma tríade muito importante: fio-dental, escova e pasta dental, aliada a orientação e boa vontade do paciente.

Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal ocorreu como consequência natural do atendimento e do andamento da intervenção. Como houve uma ampliação dos serviços, naturalmente a adesão das crianças aumentou. Isso levou a uma evolução satisfatória na condição de saúde bucal. Como toda a implementação nova, houve uma fase de adaptação ao serviço e isso gerou alguma dificuldade inicial em relação a ganhar a confiança dos responsáveis. A comunidade também demorou um pouquinho para compreender a necessidade do programa. Com isso a melhora da qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares ocorreu progressivamente, com o apoio da equipe e dos responsáveis, que foram conscientizados da fundamental importância das nossas ações e de seu papel nesse contexto.

Na área odontológica sempre realizamos o possível e o impossível para aliviar a sintomatologia e devolver função e saúde ao paciente. Todas as possibilidades de ajudar os pacientes são consideradas, desde levar a própria turbina ou materiais específicos até encaminhamento para o meu consultório particular para tratar o paciente. Dessa forma, buscando as soluções, conseguimos concluir o tratamento odontológico de todos os participantes da intervenção.

A enfermeira procurou coordenar os serviços de todos, sabendo das limitações que temos devido aos fatores inerentes da região. Nossa enfermeira é uma profissional muito competente, esclarece e oferece inúmeras possibilidades aos pacientes e membros da equipe, com carinho e atenção. A nossa médica, com seu jeito simples, acolheu e tratou todos os pacientes buscando sempre alternativas para o melhor tratamento, tendo em vista que tratamos de classe muito pobre. A intervenção propiciou o crescimento em conjunto da equipe, através de reuniões, momentos de estudo e discussão para a qualificação da prática clínica.

Todas as ações planejadas foram desenvolvidas, sendo que a principal facilidade encontrada foi que eu já conhecia muito bem a minha equipe e a

área onde trabalho. As dificuldades mais significativas não foram encontradas por mim, mas pelos pacientes, sendo o transporte o principal obstáculo. Todas as ações foram desenvolvidas, sempre que possível, seguindo o cronograma traçado. Houve algumas mudanças devido às férias escolares, mas resolvemos isso com o acréscimo de uma semana ao cronograma.

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

Não existiram ações que não foram realizadas. Graças ao bom planejamento e ajuda de todos, conseguimos atender as exigências do projeto. Fico muito grato por ter conseguido isso. Deu muito trabalho, mas, com a participação de todos os membros, obtivemos resultados muito positivos.

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

Melhorar o registro das informações foi uma maneira eficiente de obter melhor controle do andamento da intervenção. No começo houve uma dificuldade no manuseio da tabela, pois não tenho tanto costume em monitorar dados nesse tipo de programa. Houve um período de adaptação e alguns erros de preenchimento foram corrigidos por minha orientadora.

Encontrei dificuldades para o correto preenchimento das planilhas, pois não estou habituado a esse tipo de sistematização. Mas com o passar da intervenção, me adaptei e tudo correu bem. Sempre que necessário havia correções por parte da orientadora, em alguns deslizes.

Tive alguns problemas de ordem técnica com o manejo da tabela, alguns índices ultrapassaram os 100%, porém fui bem orientado e solucionamos o ocorrido.

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

Podemos continuar com as ações da intervenção, pois as crianças e a equipe aderiram fortemente, obtivemos um resultado muito bom. Acredito que todos irão lembrar-se dessa intervenção por bastante tempo. Tenho o pensamento de ampliar a intervenção para outras idades, por exemplo, de 13 a 19 anos. Com o intuito de instruir outros jovens, ampliando assim a quantidade e qualidade das ações, ajudando um maior número de pacientes.

A nossa equipe é bem esforçada, membros dedicados a dar o seu melhor para ajudar uma população carente e que necessita muito da ajuda de várias pessoas. Da nossa equipe quem mais eu destacaria para que a intervenção continue são as agentes de saúde, pois são pessoas com o dom em especial para ajudar, acolher e resolver os problemas dessa população.

Pelos resultados positivos que obtivemos não vejo necessidade de mudança em nenhum aspecto para que a intervenção permaneça na unidade. Talvez fortalecer a comunidade para buscar seus direitos, como o transporte. Isso facilitaria o desenvolvimento da intervenção.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1R

Resultados

Nossos resultados foram muitos satisfatórios, conseguimos alcançar todas as metas propostas no planejamento com muito trabalho e dedicação de todos os membros da equipe e também dos alunos e responsáveis. Muito mais que resultados, buscamos a saúde dessa população, com a demonstração que prevenir doenças bucais é muito mais satisfatório e muito menos oneroso do que tratar doenças.

Proporção de escolares examinados na escola:

META 1.1: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 80% dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.

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

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Podemos perceber na Figura 1 que todos os escolares de 06 a 12 anos, ou seja, os 55 participantes, foram avaliados. O exame epidemiológico em saúde bucal é bastante rápido, isso permitiu que em poucas visitas realizássemos o exame de todas as crianças da escola. Isso foi muito satisfatório porque podemos ter 100% de garantia do trabalho realizado e com isso temos base para uma avaliação mais fidedigna da ação. Para conseguirmos todos esses índices, contamos com as agentes de saúde, os responsáveis e a escola.

1º mês: 55 crianças (100%)

2º mês: 55 crianças (100%)

3º mês: 55 crianças (100%)

4º mês: 55 crianças (100%)

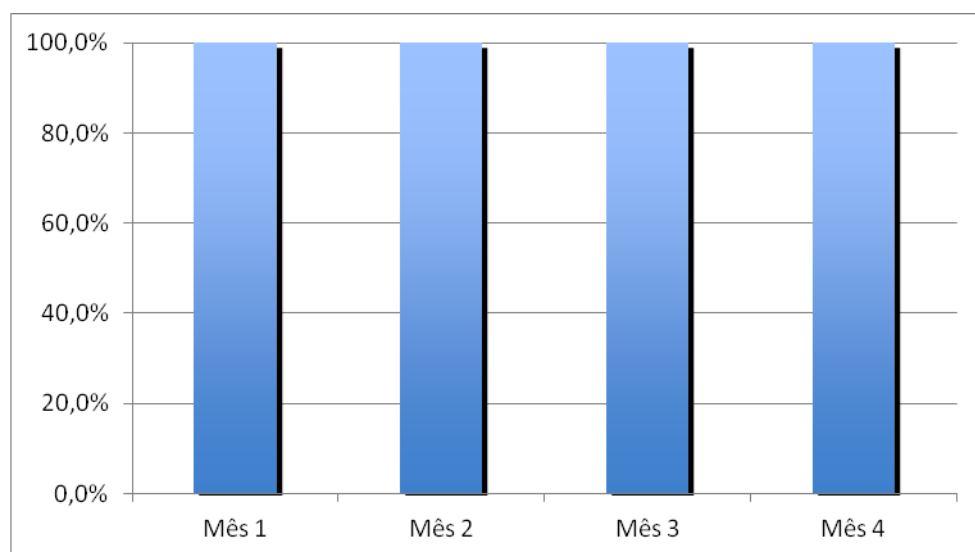


Figura 01 - Proporção de escolares examinados na escola

META 1.2 - Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 80% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde:

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

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Do mesmo jeito, conseguimos sucesso na abrangência da primeira consulta (Figura 2). Já no primeiro mês todos os pacientes (n=55) foram consultados e assim tiveram seu plano de tratamento efetuado. Toda a criança já saía da unidade com a próxima consulta agendada. As professoras também eram informadas sobre o atendimento, através das agentes de saúde e contribuía para que a criança não faltasse. Como na maioria dos casos tinha um responsável presente, o mesmo se responsabilizava em trazer ou passar para outro a informação da próxima consulta.

1º mês: 55 crianças (100%)

2º mês: 55 crianças (100%)

3º mês: 55 crianças (100%)

4º mês: 55 crianças (100%)

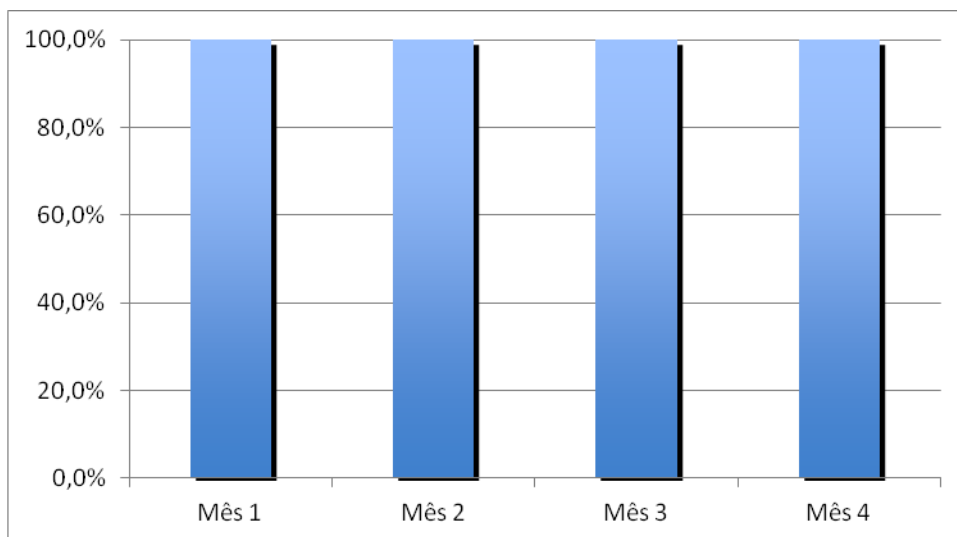


Figura 02 - Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

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

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

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Nos primeiro momento da intervenção realizamos as avaliações iniciais e a partir disso classificamos o risco dos escolares. A cada mês reavaliamos estas crianças com maior atenção e sempre focando muito na orientação quanto à saúde bucal. No primeiro mês 24 crianças foram classificadas como alto risco, no segundo mês 28 crianças, no 3º e 4º o número permaneceu em 28 (Figura 3). Todas as crianças passaram pela primeira consulta.

1º mês: 24 crianças (100%)

2º mês: 28 crianças (100%)

3º mês: 28 crianças (100%)

4º mês: 28 crianças (100%)

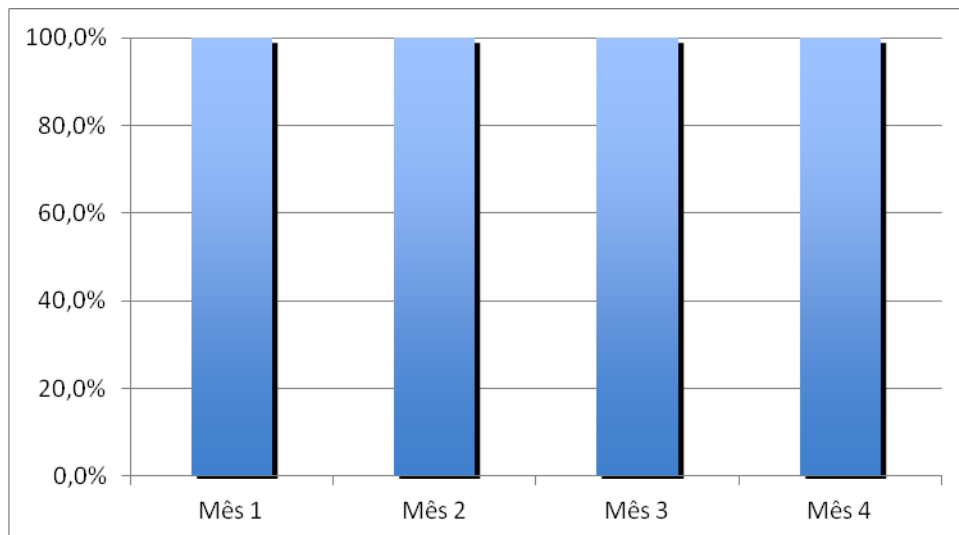


Figura 03 - Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica

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

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

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Em relação às faltas, podemos perceber que não tivemos grandes problemas, devido ao número reduzido de crianças, e ao bom controle que fizemos juntamente com as agentes de saúde. Conseguimos reagendar todos os faltosos para as semanas seguintes, realizando assim seus atendimentos, sem prejudicar o andamento do programa. No primeiro mês nenhuma criança faltou e assim não foi realizada busca. No segundo mês 02 crianças faltaram, no terceiro mês 06 crianças e no quarto mês 02 crianças. Todas receberam busca.

1º mês: 0 crianças (0%)

2º mês: 02 crianças (100%)

3º mês: 06 crianças (100%)

4º mês: 02 crianças (100%)

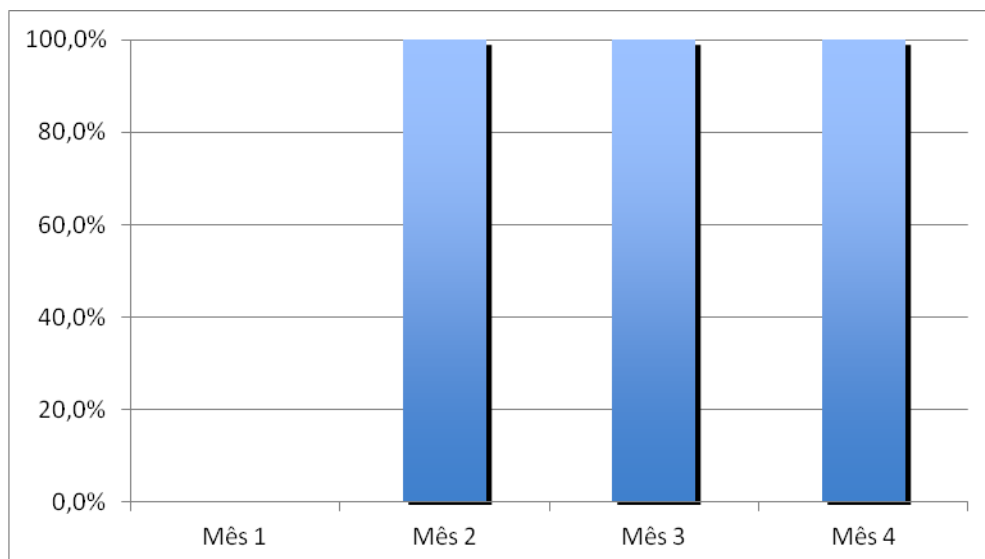


Figura 04 - Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde

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

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

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Nesse item, podemos notar que no primeiro mês, não conseguimos completar o índice máximo, porque uma criança não quis participar da atividade coletiva, talvez por não conhecer a nossa equipe. Porém realizamos reuniões e palestras para relembrar de quanto era fundamental a participação deles nestas atividades coletivas e obtivemos 100% de adesão a partir do segundo mês (figura 5).

- 1º mês: 54 crianças (98,2)
- 2º mês: 55 crianças (100%)
- 3º mês: 55 crianças (100%)
- 4º mês: 55 crianças (100%)

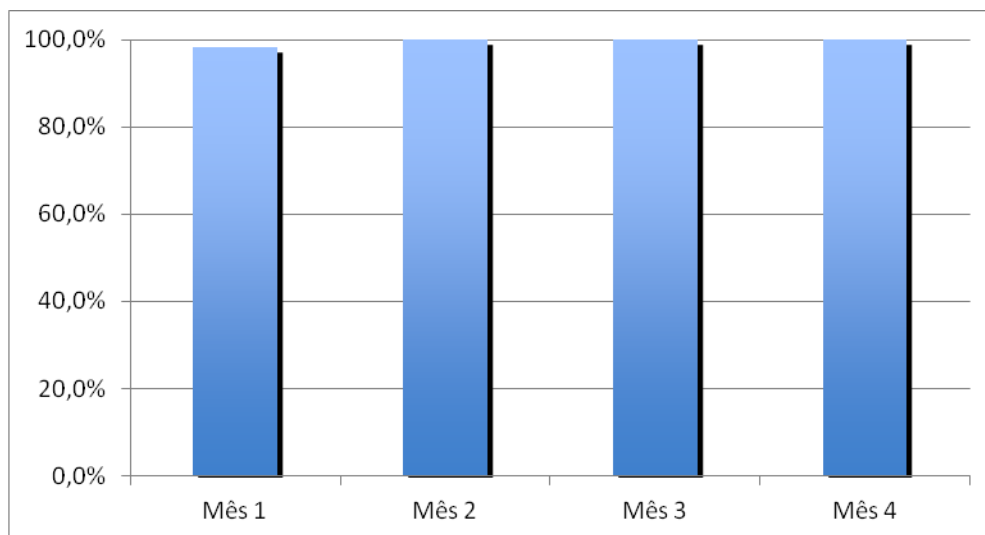


Figura 05 - Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental

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

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

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Todos nós sabemos da importância do flúor na proteção da estrutura dental contra a ação dos ácidos que causam a desmineralização do esmalte dental. Porém é sabida também a intolerância do uso por algumas pessoas, principalmente crianças, onde a ânsia de vomito é comum após a aplicação do flúor. No primeiro mês 24 crianças eram consideradas de risco e todas receberam aplicações de flúor gel. A partir do 2º mês outras 4 crianças passaram a ser consideradas de alto risco, totalizando 28 crianças. Deste total de 28 crianças no 2º, 3º e 4º mês, 4 crianças não haviam se adaptado ao uso de flúor em forma de gel, então para estas crianças foi usado a forma de bochecho. Desta forma, todas as crianças receberam aplicações de flúor ao longo dos 4 meses, mas 4 delas não receberam em forma de gel.

1º mês: 24 crianças (100%)

2º mês: 28 crianças (85,7%)

3º mês: 28 crianças (85,7%)

4º mês: 28 crianças (85,7%)

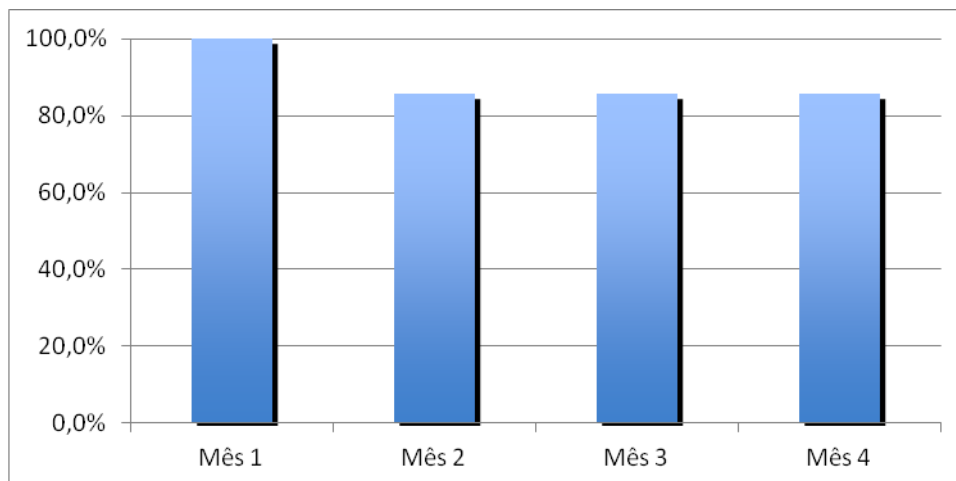


Figura 06 - Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental

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

INDICADOR: Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Como as crianças em geral, não possuíam uma intensa atividade de cárie a conclusão dos tratamentos não foi muito demorada. O foco dos tratamentos se concentrou inicialmente nas lesões maiores, não tínhamos casos de endodontias, o que facilitou o andamento do tratamento e as exodontias que eram necessárias, foram realizadas na própria unidade. E aos poucos os tratamentos foram sendo concluídos, e esses pacientes sempre eram reavaliados, no intuito de prevenir novas lesões. No primeiro mês nenhum tratamento pode ser concluído, no segundo mês 43 crianças estavam com tratamento finalizado, no terceiro mês 50 crianças e ao final dos 4 meses todas as 55 crianças tiveram seu tratamento finalizado (figura 7).

1º mês: 0 crianças (0%)

2º mês: 43 crianças (79.6%)

3º mês: 50 crianças (92.6%)

4º mês: 55 crianças (100%)

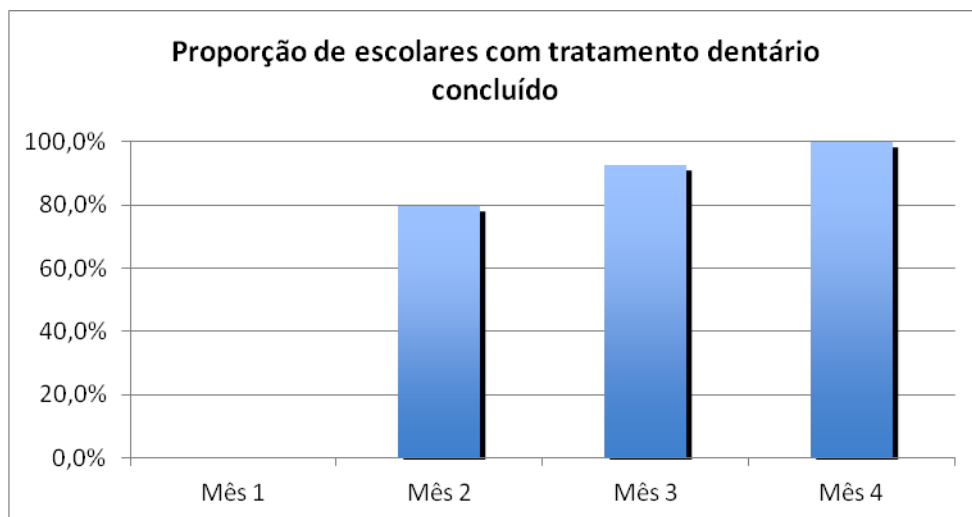


Figura 07 - Proporção de escolares com tratamento dentário concluído

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

INDICADOR: Proporção de escolares com registro atualizado.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Nosso intuito sempre foi manter os registros atualizados mensalmente, para assim ter um maior controle do planejamento e do andamento das ações. Obtivemos bons resultados neste indicador, porém no terceiro mês tivemos alguns problemas. Alguns registros não foram adequadamente atualizados no terceiro mês devido à agitação da unidade, período em que os atendimentos ficaram conturbados devido à violência que houve na área, inclusive com troca de tiros. No 1º, 2º e 4º mês 100% das crianças estavam com registro atualizado. No 3º mês 43 das 55 crianças tinham esta atualização mensal.

1º mês: 55 crianças (100%)

2º mês: 55 crianças (100%)

3º mês: 43 crianças (79,6%)

4º mês: 55 crianças (100%)

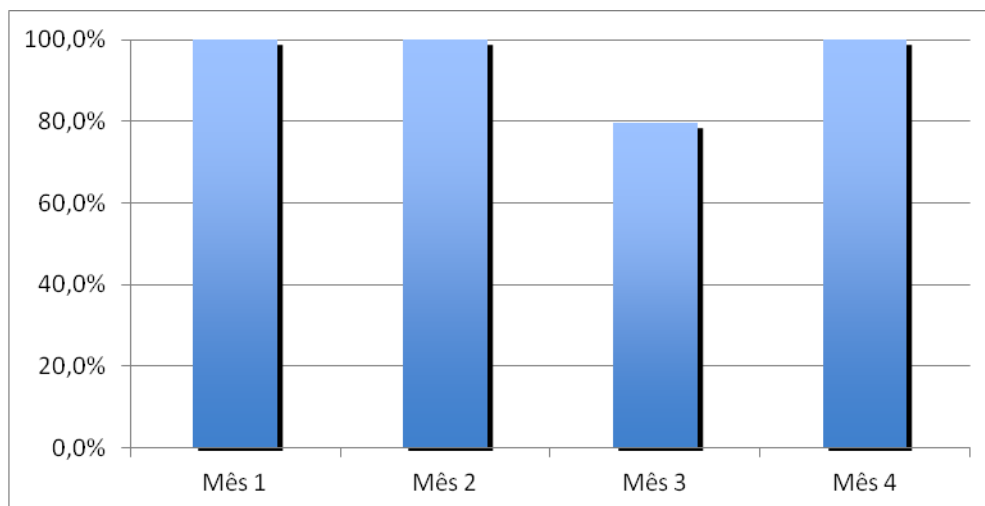


Figura 08 - Proporção de escolares com registro atualizado

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

INDICADOR: Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Todos os escolares receberam orientações constantes sobre a importância da higiene oral, pois a informação é um forte aliado nosso no combate a qualquer agravo a saúde, porque conseguimos conscientizar o ser humano da importância, através da repetição da informação prestada e incentivando o mesmo quando conseguimos atingir o objetivo. Todos os pacientes receberam a primeira consulta odontológica já no primeiro mês e nesta consulta receberam orientações gerais de saúde bucal, por isso tivemos 100% de cobertura dos 55 pacientes neste indicador desde o início.

1º mês: 55 crianças (100%)

2º mês: 55 crianças (100%)

3º mês: 55 crianças (100%)

4º mês: 55 crianças (100%)

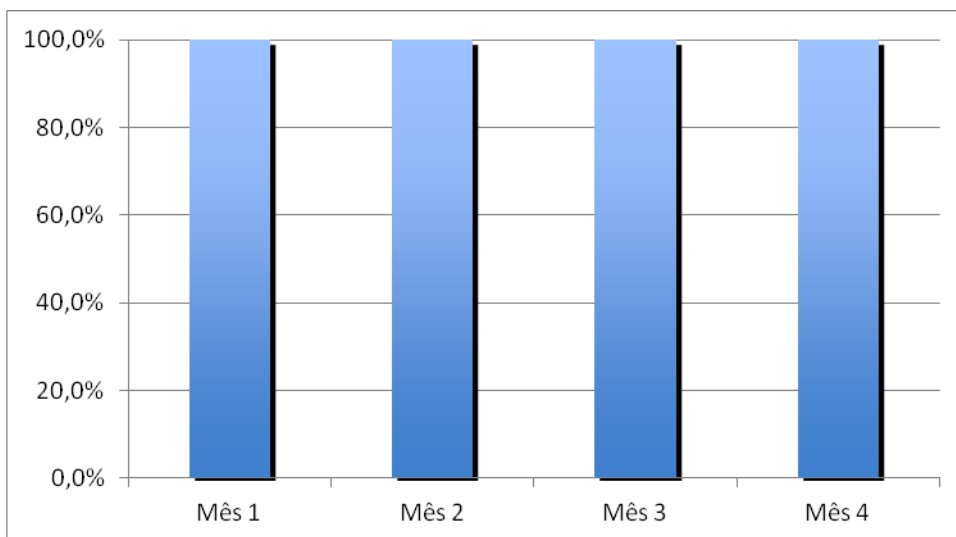


Figura 09 - Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal

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

INDICADOR: Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Da mesma maneira que foi supracitada, todos os escolares receberam orientações sobre a cárie dentária.

1º mês: 55 crianças (100%)

2º mês: 55 crianças (100%)

3º mês: 55 crianças (100%)

4º mês: 55 crianças (100%)

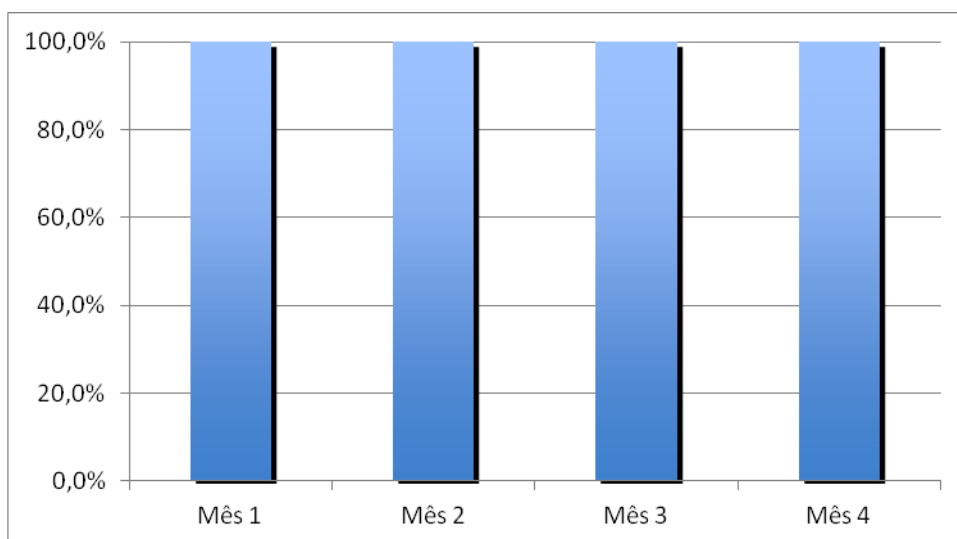


Figura 10- Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária

META 5.3: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças

INDICADOR: Proporção de escolares com orientações nutricionais

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: A orientação sobre alimentação é muito valorizada na odontologia e vem ao encontro de meu trabalho de conclusão de curso de especialização em Cirurgia bucomaxilofacial, onde relatamos as influencias dos aspectos nutricionais em paciente com trauma de face. Desta forma, aproveitei pra aumentar os conhecimentos e ampliar a visão sobre a dieta do paciente, que não somente afeta os índices de lesões de cárie, como também altera todo o metabolismo do corpo pra melhor ou pior, a depender do que seja ingerido. Os pacientes gostavam muito de receber estas informações. Já no primeiro mês tivemos 100% dos 55 pacientes orientados neste aspecto na primeira consulta.

1º mês: 55 crianças (100%)

2º mês: 55 crianças (100%)

3º mês: 55 crianças (100%)

4º mês: 55 crianças (100%)

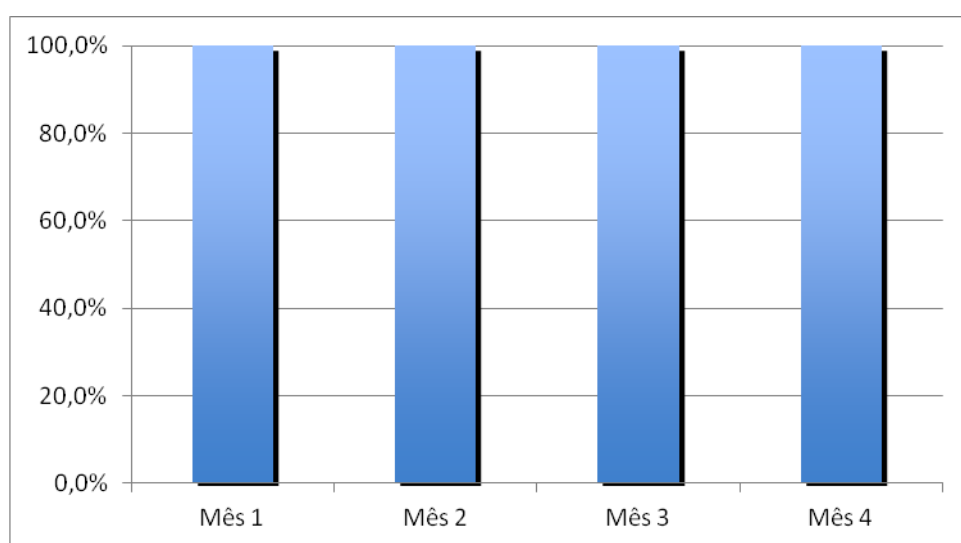


Figura 11 - Proporção de escolares com orientações nutricionais

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos escolares de 06 - 12 anos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame do exame bucal, e aumentou a informação sobre a higiene oral. Com isso houve uma evolução como um todo no quadro odontológico dos pacientes que participaram do projeto.

Em relação à equipe de saúde, foi de fundamental importância, pois conseguimos trabalhar em equipe, sem maiores problemas. Este fato se justifica pelo entrosamento de alguns anos de trabalho juntos. Outro fato que merece destaque foi o maior conhecimento, por parte dos membros da UBS, sobre a odontologia, pois foi necessária uma capacitação para que eles realizassem as palestras, quando solicitadas, para que os pacientes compreendessem a importância da relação da saúde geral com a saúde bucal.

Antes da intervenção, as crianças não tinham o hábito de visitar regularmente o cirurgião-dentista, isso ocorria quando o responsável levava a criança para a unidade ou quando o menor estava com odontalgia, muito poucos iam como consulta de rotina, pois infelizmente na nossa realidade poucos são os pacientes, de qualquer idade ou classe social, que procuram o tratamento odontológico, apenas para uma revisão, triste relatar esse fato, porque tanto o tratamento se torna mais honorável, quanto à possibilidade de manutenção do elemento em boca, mais complexo.

Na comunidade, percebemos que de início houve uma preocupação dos responsáveis sobre o projeto proposto, isso é normal, pois tudo o que é novo geralmente causa certa desconfiança, principalmente em uma população carente, sem acesso a muita informação. Porém com o decorrer do tempo, percebeu-se que a evolução positiva do programa nos escolares, com isso até os próprios participantes e responsáveis se empolgaram e contribuíram para que as faltas fossem reduzidas e o incentivo a higiene bucal melhorado.

O que eu faria de diferente? Tentaria conseguir mais material lúdico, para as palestras, um Datashow, para que as imagens projetadas no notebook fossem mais bem visualizadas pelos pacientes e mais atrativo ao público em questão. Isso ajudaria a prender a atenção dos ouvintes e conseqüentemente a informação prestada seria mais bem entendida.

Existe sim a possibilidade do programa se incorporar a rotina da unidade, porém como explicado anteriormente, pretendo trabalhar com outro grupo de faixa etária, para alcançar o mesmo controle, ou quem sabe até maior que neste trabalho, pois já sabemos as principais dificuldades encontradas, e também o que os pacientes esperam do programa. Isso tende a facilitar ainda mais o projeto.

4.3 Relatório da Intervenção para os gestores

Foi realizada uma intervenção, intitulada de Saúde Bucal do Escolar, na população de 06 (seis) a 12 (doze) anos, onde tínhamos um grupo de 55 alunos, todos da escola pública de ensino fundamental do povoado de Pedras, unidade de saúde onde foi realizado o programa. Nosso trabalho de intervenção teve início no dia 20 setembro de 2013, e prosseguiu até o dia 17 de janeiro de 2014 foram 16 semanas de muito trabalho.

É sabido que é nessa fase que começa a irromper as unidades permanentes, dando início a dentição mista. A população teve uma agenda especial, para poder ter a cobertura necessária, para o bom atendimento e resolução dos objetivos e metas propostas. Com isso melhoramos a qualidade da atenção ofertada a essa classe, diminuindo assim as consequências das perdas precoces. Foram ofertadas palestras, escovações, aplicações de flúor, material lúdico e atendimentos de emergência. A atual situação dos escolares nos remete a uma população bem assistida de todas as áreas, pois a equipe desempenha um papel importante, tanto na prevenção quanto no tratamento das enfermidades que acometem esses pacientes. Atualmente, o quadro que mais atinge a população é a doença carie, onde enfocamos bastante na prevenção, com a mudança de hábitos tanto de higiene, quanto na alimentação. Em tempos remotos, o principal atendimento dessa classe era as odontalgias, abscessos, edemas... Conseguimos mudar e muito esse quadro clínico.

Desenvolvemos inúmeras atividades, em torno do projeto supracitado, com o intuito de agregar informações aos pacientes, para que eles percebam quanto é fundamental a importância da saúde oral, na manutenção do bem estar do ser humano. Ofertamos escovações supervisionadas, para estimular o

habito, tanto nas crianças, quanto na rotina das escolas. As palestras, debatemos inúmeros temas, onde discutimos, questionamos e fomos questionados, gerando uma imensa troca de conhecimentos. Outro ponto, não menos importante, foi o atendimento clínico, onde conseguimos efetivamente, devolver saúde bucal aos pacientes. Assim, buscou-se tratar e educar a criança ao mesmo tempo, com o intuito de que a alcance sucesso nessa manutenção dos cuidados com a saúde oral.

A implementação da ação programada é de fundamental importância, como citado anteriormente, para uma melhor evolução da saúde bucal dos escolares. Com relação à equipe, não nenhum problema, pois esta é muito unida e competente, sempre houve uma cooperação mútua em todas as atividades propostas, e dessa vez não será diferente. A principal dificuldade é o transporte até a escola, pois estamos em época de chuva, e como a estrada é de barro, existe a possibilidade de não chegar de carro até a escola.

Desde o início do projeto, quando foi explicado o programa para a gestora, a mesma se prontificou a ajudar, no que fosse necessário, para que o bom andamento fosse alcançado. Sempre que foi preciso solicitar material, seja de consumo ou interativo, era conseguido. Ao mostrar os resultados, a coordenadora demonstrou interesse em continuar, quando lhe informei a possibilidade de prosseguir com o programa, porém com outras idades.

Em relação aos resultados, podemos citar que alcançamos índices muito satisfatórios, pois trabalhamos com 55 crianças de 06-12 anos, com uma educação bucal não satisfatória, e durante as ações semanais, percebemos uma evolução gradual e satisfatória, com índices cada vez menores de novos casos de lesões de cárie, sangramentos gengivais, presença de biofilme oral. Este fator é muito importante, no ponto de vista motivacional, para o andamento das ações, tanto para o profissional, quanto para o paciente. Os índices alcançados, realmente foram surpreendentes em todos os sentidos, seja no âmbito da higiene oral, da motivação, do comportamento, da autoestima. Tudo melhorou de forma espontânea, apenas com o incentivo da saúde bucal. Ao final das 16 semanas todos os alunos haviam recebido orientações de saúde bucal e de dieta, todos haviam passado por atividades coletivas de escovação e todos tiveram seus tratamentos odontológicos finalizados.

Com relação à equipe, não nenhum problema, pois esta é muita unida e competente, sempre houve uma cooperação mútua em todas as atividades propostas, e dessa vez não será diferente. A principal dificuldade é o transporte até a escola, pois estamos em época de chuva, e como a estrada é de barro, existe a possibilidade de não chegar de carro até a escola. O material lúdico foi solicitado aos gestores, para que as didáticas fossem mais interessantes aos jovens, dentre eles podemos citar a impressão de desenhos para colorir, escovas, cremes dentais. Alguns materiais foram da própria comunidade. Todas as 55 crianças tiveram o atendimento concluído, com índice zero de lesão de cárie, e uma qualidade periodontal ótima. Não houve caso de desistência durante o tratamento. Nos casos de ausência, devido a fatores diversos (transporte, doenças, intercorrências...), os pacientes foram reagendados, para que não houvesse prejuízos no tratamento.

Porém algo que dificultou o projeto, e complica a vida da população, é a carência no transporte público. Este ponto é reforçado sempre, pois as pessoas são muito carentes e muitas vezes existe a necessidade de ir à cidade realizar compras, resolver problemas (bancários, judiciais...) ou visitar a unidade, para realizar consulta ou pegar medicamento.

Futuramente, podemos conversar sobre um programa mais efetivo de informação, sobre os malefícios do cigarro, tanto para os fumantes ativos, quanto os passivos. Outro projeto que estamos analisando é demonstrar para as gestantes a fundamental importância de ótima higiene oral, para auxiliar a saúde da criança em desenvolvimento fetal.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Nosso trabalho de intervenção teve início no dia 20 setembro de 2013, e prosseguiu até o dia 17 de janeiro de 2014 foram 16 semanas de muito trabalho. O público-alvo, foram crianças de 06-12 anos, onde contou com um grupo de 55 alunos. Nossa pretensão inicial foi demonstrar a importância da manutenção de boa saúde bucal, nessa fase da vida, e como consequência, estimular e promover uma melhora na qualidade da saúde bucal desses pacientes.

Foram desenvolvidas inúmeras atividades, no período citado, onde realizamos escovações supervisionadas, palestras e atendimentos clínicos dos pacientes. Cada atividade tem sua importância, no caso das escovações, podemos citar que ela estimula o hábito da higiene, cria-se uma rotina de escovação após as refeições, ajuda a escola entender como é importante ter o espaço de tempo disponível para essa atividade, na hora do intervalo. Já nas palestras, orientamos e tiramos dúvidas, sobre inúmeros temas, tal fato também é vantajoso, pois conseguimos prender a atenção dos alunos, para o tema que eles não julgavam tão interessante. E no atendimento clínico, conseguimos realizar o controle e manutenção das lesões que acometem as crianças, poupando-as de possíveis odontalgias. A comunidade foi beneficiada com intervenção, pois não somente as crianças de 06 a 12 anos eram beneficiadas com as palestras e/ou escovações. Pois foram enfoques das palestras para responsáveis, os seguintes temas: fumo, gravidez, câncer de boca, higiene oral, nutrição, todos sempre correlacionados com a odontologia.

Isso ajuda muito, a tirar o foco da maioria da população, que a odontologia é somente dente. Esta é uma ideia, infelizmente, mantida por profissionais de saúde menos preparados, que esquecem que antes da cavidade oral precisamos cuidar do paciente como um todo.

Conseguimos que dois responsáveis pelos escolares largassem o hábito do fumo, pois foram realizadas palestras sobre o malefício do cigarro para os fumantes passivos. Sabemos o quanto isso é difícil, porém as vantagens superam todas as dificuldades, esse é o ponto chave para que eles criem força de vontade para deixar o cigarro. Além de aumentar a qualidade de vida, higiene bucal e a relação interpessoal.

As atividades causaram algumas alterações na unidade, dentre elas podemos citar como a principal, a "prioridade" aos pacientes participantes, para que o tratamento fosse concluído. De início algumas pessoas podem não ter concordado, porém, com o passar do tempo, não notamos mais esse desconforto. O comentário de todos, era sobre o quanto aquelas crianças tinham melhorado. Este foi um dos fatores, que me fez pensar em continuar o programa, porém com outra faixa etária. Com isso as crianças que já fazem parte da intervenção já ajudariam a incentivar a outra turma, juntamente com os responsáveis.

Foram entrevistadas algumas pessoas da comunidade e elas relataram que gostaram muito da ação de atender essas crianças, pois os pequenos reclamavam muito de dor de dente, rosto inchado, e sempre diziam que não gostavam de escovar muitos os dentes porque era chato, ou porque não poderiam comer depois da higiene oral. Podemos notar que os próprios responsáveis não incentivavam a higiene bucal, pois os mesmos afirmavam que também não gostam de escovar os dentes. Com a intervenção conseguimos mudar esta realidade com o apoio de todos.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

O desenvolvimento do meu trabalho gerou uma grande ansiedade inicial. Desejamos sempre que possível alcançar ótimos resultados. Esse fato em si já é preocupante, devido ao fato de certa obrigação em alcançar o que foi planejado inicialmente.

Desejamos trabalhar com a educação dos escolares de 06-12 anos, com o intuito de oferecer uma melhor atenção à saúde bucal e para que estes jovens tivessem uma visão mais ampla da importância fundamental da saúde bucal para o bom funcionamento do organismo como um todo. Além de ofertar uma atenção maior no tratamento de doenças bucais, provendo e devolvendo função e estética dos elementos dentais que possuíam afecções.

A prática, tanto profissional quanto acadêmica, melhorou a minha concepção sobre o SUS, sobre a importância de reforçar a saúde oral das crianças e atender para os imensos prejuízos causados pela perda ou lesões nas unidades decíduas e/ou permanentes. Sabemos muito sobre as teorias, porém colocar isso na prática é algo muito diferente. Outro fator que posso destacar é que entendi a importância das atividades coletivas. Elas ajudam e muito na motivação de cuidados. Quando temos uma criança que não está querendo realizar uma atividade proposta, ao ver seus colegas fazendo, aos poucos é despertada a vontade de participar e realizar o mesmo que seus amigos.

Outro fator que passei a considerar de suma importância é o acompanhamento dos resultados. É assim que observamos melhorias

progressivas e isso incentiva o profissional a querer melhorar ainda mais. Não somente para almejar resultados melhores mas sim para incentivar ainda mais a saúde como um todo. Perceber semanalmente a regressão das periodontopatias, a ausência de lesões de cárie ou mancha branca, o relato dos familiares dizendo que as crianças pedem para escovar os dentes... Isso tudo cria uma autoestima sem mensurações no profissional de saúde.

O curso de especialização em saúde da família superou e muito as minhas expectativas. Tendo em vista que foi o meu primeiro curso a distancia, fiquei muito contente com a seriedade que foi conduzido, o respeito dos profissionais e a disponibilidade e paciência com que fui tratado durante todo o percurso.

BIBLIOGRAFIA

BEM &WAGNER. Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico.

Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 1, p. 63-71, jan./abr. 2006

FIGUEIRAS. Avaliação do crescimento e desempenho motor de crianças de zero a três anos de idade frequentadoras de creche. UNIMEP, outubro de 2004

BRASIL. Auto-avaliação da saúde e fatores associados. 29 Rev. Saúde Pública 2006;43(Supl. 2):27-37

MOURA, Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):1079-1086, 2007

FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal,*Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1):211-218, 2006

SANTOS, P. A. et al. A avaliação do sentimento de Ansiedade frente ao atendimento Odontológico. *Revista Uniara*, n.20, 2007

NEXOS

Anexo A – Ficha Espelho

SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR

Data de ingresso no programa ____/____/____ Número do prontuário: _____ Carão SUS _____ Data de nascimento ____/____/____
 Nome completo: _____ Nome do pai: _____ Telefones de contato: _____
 Endereço: _____
 Nome da mãe: _____

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

Anexo C – Parecer 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

PÊNDICES

