

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 Municipal Aníbal Limeira na UBS Dr. Teixeira de Vasconcelos, Santa
Rita/PB**

Fabiana Barros Marinho Maia

Pelotas, 2014

Fabiana Barros Marinho Maia

**Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos da
Escola Municipal Aníbal Limeira na UBS Dr. Teixeira de Vasconcelos, Santa
Rita/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Saúde da Família – modalidade a distância –
UNASUS/UFPel, como requisito parcial para
a obtenção do título de especialista em
Saúde da Família.

Orientadora: Camila de Lima Sarmiento

Pelotas, 2014

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

M217m Maia, Fabiana Barros Marinho

Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos da Escola Municipal Aníbal Limeira na UBS Dr. Teixeira de Vasconcelos, Santa Rita/PB / Fabiana Barros Marinho Maia; Camila de Lima Sarmento, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

76 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 4.Escolar 5.Prevenção I. Sarmento, Camila de Lima, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

DEDICATÓRIA

A Deus, por sempre cuidar de mim.

AGRADECIMENTOS

Apenas palavras não seriam suficientes para expressar o tamanho da gratidão que tenho por um número tão grande de pessoas que, de forma direta e até indiretamente, foram essenciais para a realização de mais essa etapa em minha vida. Então aqui fica a minha eterna **GRATIDÃO**.

A Deus,

Pela oportunidade e força de enfrentar mais um desafio, estando comigo todos os dias da minha vida.

“A minha alma te segue de perto, a tua mão direita me sustém.”

Salmo 63:8

Ao meu esposo Alan,

Amor de toda minha vida, por quem meu coração sempre bate mais forte. Obrigada por todo amor, compreensão, e principalmente paciência no dia-a-dia quando nem eu mesma consigo me entender.

Aos meus queridos e amados pais, Augustinho e Rosa,

Os quais com muito amor, dedicação, simplicidade e honestidade me educaram e ensinaram que o conhecimento é o melhor caminho para uma vida melhor. Sei que, cada sonho meu realizado, cada degrau galgado por mim será sempre motivo extremo orgulho para eles. Amo-os.

À minha orientadora Camila,

Pela coragem em ter seguido e levado o curso já em andamento com muito êxito, orientando sempre de forma cuidadosa e bastante profissional. Exemplo de dedicação ao ensino e comprometimento com o meio científico, além de uma pessoa disposta a ajudar.

À minha ajudadora e amiga ASB Lia,

Amiga, você foi essencial para realização de todo esse trabalho. Você me ajudou bastante, conseguia entender e me socorrer em todos os momentos. Admiro-te muito.

Aos meus colegas de curso,

Pelas experiências trocadas no decorrer desse ano através dos fóruns.

Aos alunos e equipe da Escola Aníbal Limeira,

Sem vocês essa intervenção não teria acontecido. Muito obrigada pela participação e compreensão de cada um. Espero ter contribuído para uma melhor saúde bucal.

Assim, meu muitíssimo obrigado, que esses agradecimentos sejam revertidos a todos em amor, saúde, alegria.

**"QUANDO AGENTE PENSA QUE
SABE TODAS RESPOSTAS, VEM A
VIDA E MUDA TODAS AS
PERGUNTAS."**

(Autor Desconhecido)

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal.	49
Figura 2	Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.	50
Figura 3	Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.	51
Figura 4	Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.	52
Figura 5	Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.	53
Figura 6	Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.	54
Figura 7	Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.	55
Figura 8	Proporção de escolares com registro atualizado.	56
Figura 9	Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal.	57
Figura 10	Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.	58
Figura 11	Proporção de escolares com orientações nutricionais.	59
Figura 12	Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.	62

Lista de abreviaturas e siglas

ACS Agente comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

ASB Auxiliar de Saúde Bucal

ATF Aplicação tópica de Flúor

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CD Cirurgião-Dentista

CEO Centro de Especialidade Odontológica

CPO-d Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

ESF Equipe Saúde da Família

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

KM Quilômetro

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS Organização Mundial de Saúde

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PB Paraíba

PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PSE Programa Saúde na Escola

SAE Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS

SUS Sistema Único de Saúde

TCC Trabalho de Conclusão de Curso

UBS Unidade Básica de Saúde

UPA Unidades de Pronto Atendimento

USF Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. Análise situacional.....	13
1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF	13
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	16
1.3 Comentário comparativo	21
2. Análise Estratégica.....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Ações	28
2.3.2 Indicadores.....	38
2.3.3. Logística.....	41
2.3.4. Cronograma	44
3. Relatório da Intervenção	45
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	45
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....	47
3.3 Dificuldades encontradas na coleta.....	47
3.4 Análise da viabilidade.....	48
4. Avaliação da Intervenção	49
4.1. Resultados	49
4.2 Discussão.....	59
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	61
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	63
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	65
6. Bibliografia.....	67
Anexos:	68
Anexo A: Planilha coleta de dados.....	69
Anexo B: Documento do comitê de ética	70
Anexo C: Ficha espelho	71
Apêndice	75
Apêndice A: Carta solicitando autorização dos pais.....	76

RESUMO

MAIA, Fabiana Barros Marinho; SARMENTO, Camila de Lima. **Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 6 a 12 anos da Escola Municipal Aníbal Limeira na UBS Dr. Teixeira de Vasconcelos, Santa Rita/PB.** 2014. 76f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

A odontologia teve um grande avanço em termos científicos e estruturais, porém a cárie continua sendo uma doença que atinge precocemente a população, fazendo com que as crianças percam seus dentes permanentes, chegando à adolescência desdentadas. O presente estudo teve o objetivo de Melhorar a atenção à saúde bucal de escolares da Escola Municipal Aníbal Limeira na Unidade Dr. Teixeira de Vasconcelos, Santa Rita-PB. Para coleta de dados foi utilizado como técnicas o preenchimento de uma ficha espelho e o exame bucal para identificação das condições de saúde bucal, necessidade de tratamento e condições de higiene bucal baseando-se no Caderno de Atenção Básica da Saúde Bucal - n.º 17. A amostra deste estudo foi composta por 80 escolares na faixa etária de 6-12 anos, de ambos os gêneros, matriculados e regularmente ativos na Escola e que fazem parte da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS). Os dados foram coletados e processados quantitativamente na Planilha Excel de coleta de dados produzida pela especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Os resultados mostram que durante os quatro meses de intervenção, 100% dos escolares participaram da ação coletiva de exame bucal e que esses escolares moradores da área de abrangência da UBS tiveram sua primeira consulta odontológica realizada, inclusive os que fazem parte do grupo de alto risco. Houve a busca ativa de 100% aos faltosos, embora esses tenham sido um pequeno número, já que tivemos uma excelente adesão. A realização da escovação supervisionada e a aplicação de gel fluoretado com escova dental também foram realizadas com 100% dos escolares participantes. Infelizmente o tratamento dentário concluído só alcançou 18,8% deles, embora os 100% estivessem com os registros em planilha e prontuário atualizados, devido ao pouco tempo dispensado para atendimento clínico, juntamente com a grande quantidade de procedimentos que cada escolar possuía. De acordo com os resultados obtidos, pode-se concluir que a população possuía e ainda possui um acesso precário aos serviços de atendimento em Saúde Bucal, principalmente pela baixa proporção de tratamento dentário concluído, já que os participantes apresentavam uma saúde bucal deficiente, necessitando urgente de tratamento dentário. Esse baixo índice de tratamentos concluídos pode ser atribuído ao pouco tempo de intervenção, e principalmente à falta de material de insumos para que todos os tratamentos fossem realizados. Porém, a mudança de hábitos e a promoção e prevenção da saúde bucal foram trabalhados durante a intervenção, visto que todos os escolares tiveram orientações sobre higiene bucal, cárie dentária e nutricional.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Saúde Bucal do Escolar.

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção à saúde bucal de escolares da Unidade de Saúde Dr. Teixeira de Vasconcelos do município de Santa Rita/ Paraíba.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 16 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) mostra os resultados alcançados através de uma intervenção que realizamos no município, com atenção voltada à saúde bucal dos escolares na faixa etária de 6-12 anos os quais estão matriculados na Escola Municipal Aníbal Limeira próximo a Unidade Básica de Saúde (UBS), que conta com 80 alunos dessa idade que residem na área de abrangência.

A intervenção contou com atividades educativas e também com atendimento clínico, onde essas crianças tinham a oportunidade de estarem superando alguns medos e traumas que antes nunca haviam tido essa experiência.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2013, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de abril de 2014, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1. Análise situacional

1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF

É triste quando lemos os depoimentos dos colegas e percebemos a chocante realidade em que estamos inseridos. É certo que em todas as Unidades existem problemas a serem resolvidos, e em alguns deles, só falta boa vontade da Coordenação de Saúde. É pura falta de interesse em contribuir com a saúde e conseqüentemente com a vida da sociedade local.

Em minha opinião, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda se encontra numa fase como se estivesse prestes a desabrochar, mostrar seus frutos, mas encontra bastante resistência em frutificar por parte da gestão pública que o comanda; nós profissionais do serviço público – e acredito que a maioria talvez pense assim – estamos engajados em buscar sempre melhorias para a população, nem que seja dando aquele “jeitinho brasileiro” para que o embate saúde-doença tenha um saldo positivo, e nossos usuários recebam um atendimento minimamente satisfatório.

Assim, fica a indagação, de quem será a culpa? Nós profissionais que nos sensibilizamos com nossa comunidade e queremos dar a única coisa que temos de melhor e que eles necessitam, que é o conhecimento adquirido na nossa formação acadêmica para ajudá-los, ou será dos gestores do município, que não se comprometem em fazer do Sistema de Saúde um atendimento de qualidade baseado nos princípios que regem o SUS.

Enfim, vamos falar sobre a minha Unidade de Saúde. Atualmente, em 06 de abril de 2013 ela está situada em um Bairro com notório índice de violência do Município de Santa Rita, chamado Tibirí II, região Metropolitana de João Pessoa/PB, antes ela era instalada em um imóvel com estrutura de residência, o que dificultava bastante o trabalho. Mas quando fui designada para ali trabalhar, a estrutura já estava organizada fisicamente, fornecendo espaços adequados aos profissionais.

De frente para a porta principal da Unidade de Saúde da Família (USF) está uma rua que dá acesso a principal rua do bairro. A Unidade de Saúde arquiteteta-se com uma pequena área coberta na entrada, uma sala de recepção ampla e cheia de

cadeiras, sem divisória a qual tem duas portas de entrada para adentrar nas salas de consulta; de um lado da porta, tem a nova sala de consulta médica bem ampla, uma sala de vacina, a sala da enfermeira e a sala de curativos; adentrando no outro lado do corredor da recepção, observa-se uma sala de reuniões bem ampla e ventilada, o gabinete odontológico com uma salinha de esterilização acoplada; existem ainda dois banheiros direcionados ao público, vizinho encontra-se a farmácia e a cozinha, e um jardim com algumas plantas no centro de toda essa estrutura. Uma área externa ao redor da Unidade cheia de plantas, matos e um cajueiro, bem abandonada.

Compomos uma equipe de Modalidade I, trabalham na Unidade 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 técnica de enfermagem, 1 enfermeira, 1 médico, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário (que me ajuda bastante) e 1 auxiliar de limpeza. Esses profissionais formam uma equipe de Saúde da Família e uma equipe de Saúde Bucal, sendo responsáveis por atender uma população de aproximadamente 4800 pessoas. Também existe o apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na nossa USF.

Essa enorme quantidade de pessoas a serem atendidas em uma única Unidade gera uma concentração de atendimentos, não sendo possível fazer um acompanhamento satisfatório com cada paciente. Trabalhamos com demanda espontânea diariamente, sem haver nenhum tipo de triagem ou acolhimento, embora os usuários cheguem muito cedo para pegar ficha, eles preferem assim, a ser por agendamento. Habitualmente, a partir das 4 horas da manhã, já se encontra os primeiros usuários. Cada integrante da fila pode marcar atendimento para si ou para alguém da família, respeitando a "regra" de uma pessoa por prontuário de família. A implantação do agendamento já foi tentada e não obteve sucesso, usuários vêm de outras áreas em busca de atendido na nossa Unidade porque na dele foi agendado para outro dia e ele está precisando desse atendimento imediatamente.

Na odontologia, existe um dia de ação programática: para os diabéticos, hipertensos, gestantes e idosos, a marcação é feita pelos ACS, e também temos um turno para realização de Visitas Domiciliares e possíveis visitas as escolas para realização de ações preventivas com os alunos da comunidade. Já a enfermagem, existe ações programáticas com agenda aberta, ou seja, gestantes, lactantes e seus filhos, portadores de hipertensão e/ou diabetes e acamados tinham consultas programadas conforme comparecimento ao posto de saúde. Para o pré-natal e

puericultura, quando a paciente sai do consultório médico ou de enfermagem, já agenda a próxima consulta. Também existem as visitas domiciliares realizadas pelo médico acompanhado da enfermeira ou da técnica de enfermagem.

Na minha USF, observo que existem todos os problemas juntos, o primeiro e mais grave é a falta de água constantemente; no verão, pelo menos 2 vezes na semana falta água. Embora exista uma caixa de água no imóvel, há muito tempo que ela está quebrada. Já foram encaminhados vários ofícios comunicando o fato e até agora nada foi resolvido. E como não podemos parar de atender os usuários, nos limitamos a atender com a pouca água que chega, na medida do possível.

A falta de material de consumo, também se faz presente na nossa Unidade, os pedidos realizados desde o mês de dezembro não chegaram, e nós restam pouquíssimos materiais, por exemplo, o amálgama acabou ontem, temos menos de 15 tubetes de anestésicos, fio de sutura já não existe mais. Sem falar de alguns instrumentais que já estão enferrujados. Todas as nossas alavancas reta de Seldin estão com ferrugem nas pontas. Agora mesmo, os equipamentos estão funcionando bem, mas quando acontece de qualquer um deles apresentar defeito, é um sufoco para haver a reposição de peças. É difícil trabalhar com tantas limitações, e o pior é que essas ausências o paciente não entende, e pensa que é desculpa do dentista para não trabalhar.

Outra grande deficiência é que existe a implantação de programas governamentais como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com todas as suas cobranças, exigências e metas a serem atingidas, porém não existe o legítimo repasse monetário para os profissionais. Não é nos dado nem condições para que possamos alcançar as metas; falta papel para fazermos as primeiras consultas, quase nunca tem escova dental para fazermos a escovação supervisionada, e assim por diante.

A falta de reajuste salarial também é vergonhosa. Trabalhamos 40h semanais, sem nenhuma folga e sem uma remuneração compatível. Ainda nos encontramos com o drama de sermos demitidos a qualquer momento, porque no meu caso, sou contratada pela Prefeitura, e não concursada.

Nossa relação com a comunidade é pacífica, embora elogiada por uns e muito criticada por outros. Na medida do possível procuramos atender a todos que nos procuram, temos um Médico bastante competente, que faz até pequenas cirurgias em ambientes ambulatorial com materiais e instrumentais pertencentes a

ele. Temos comemorações das datas simbólicas, sempre com distribuição de brindes, e isso nos aproxima muito da comunidade, fazer essas atividades que tiram eles da rotina.

Sei que muitos problemas existem e que as soluções são “fáceis” de se resolver desde que haja boa vontade e um mínimo de consciência. Vejo que o que está faltando é uma gestão mais comprometida com a saúde pública.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Sou cirurgiã-dentista e atuo no município de Santa Rita localizado na Região Metropolitana a 11 Km da Capital João Pessoa, estado da Paraíba. A população do município foi estimada para 2013 como sendo de 125.278 habitantes, segundo dados do Censo Demográfico 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) distribuídos em 726 km² de área. A rede de saúde santa-ritense conta com 40 UBS, todas elas com cobertura do Programa Saúde da Família, embora algumas estejam atualmente com deficiência de algum profissional para completar a equipe; existem quatro equipes completa do NASF, as quais são distribuídas para prestar assistência a essas UBSs; contamos também com um Centro de Especialidade Odontológica (CEO), situado no centro da cidade, temos quatro Unidades de Saúde na cidade que dispõem de algumas especialidades, um Hospital e Maternidade regional, uma Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), um Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e laboratórios conveniados com a Prefeitura que fazem os exames laboratoriais, algumas unidades especializadas também têm o laboratório anexado.

Minha USF, Dr. Teixeira de Vasconcelos, é urbana, situada em um bairro com notório índice de violência do Município de Santa Rita, chamado Tibiri II, situada na zona sul da cidade, existindo no bairro 8.010 habitações com população de 29.968 habitantes em 2008. A USF possui vínculo com instituições privadas de ensino: uma Faculdade de Medicina e uma Escola de Técnicos de Enfermagem. A USF é composta por uma Equipe de Modalidade I, trabalham na Unidade 12 ACS, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, um médico, uma cirurgiã-dentista, um auxiliar de consultório dentário, um recepcionista, um auxiliar de limpeza. No bairro

existem outras UBS que dividem conosco o atendimento a essa população, estando dividida por área adstrita.

A USF está situada em uma rua que dá acesso à principal rua do bairro, na Unidade de Saúde a porta de entrada dá acesso à recepção, a qual é ampla e equipada com muitas cadeiras, sem divisória. Existem duas portas para acesso às salas de consulta; de um lado da porta, tem a nova sala de consulta médica bem ampla, uma sala de vacina, a sala da enfermeira e a sala de curativos; adentrando no outro lado do corredor da recepção, observa-se uma sala de reuniões bem ampla e ventilada, o consultório odontológico com uma salinha de esterilização acoplada; existem ainda dois banheiros direcionados ao público, vizinho encontra-se a farmácia e a cozinha, e um jardim com algumas plantas no centro de toda essa estrutura. Uma área externa ao redor da Unidade cheia de plantas, matos e um cajueiro. Esses ambientes físicos nos fornecem suporte suficiente para desenvolvermos um bom trabalho, inclusive houve a pintura de toda a Unidade recentemente, porém o que necessitamos são de melhorias quanto a equipamentos e manutenção nas salas, como na sala de nebulização que falta os nebulizadores, o compressor encontra-se quebrado; o médico traz seus instrumentais para poder realizar as pequenas cirurgias; na sala da odontologia falta uma caneta de baixa rotação e a de alta encontra-se com defeito, porém funcionando. Assim sendo, são os equipamentos de trabalho que estão precisando de reposição e/ou manutenção.

Temos um aspecto bastante positivo com relação aos recursos humanos, pois formamos uma equipe unida que apesar das limitações impostas, estamos diariamente atendendo e tentando fazer com que as limitações não nos impeçam de buscar ajudar quem nos procura. Atualmente o que mais tem limitado nosso atendimento é a falta de material de consumo, o que já foi devidamente informado à Secretaria de Saúde por meio dos vários pedidos, e a gestão nos informa que já estão sendo providenciados; outra dificuldade encontrada é a demora na marcação de alguns exames de alta complexidade, fazendo com que os usuários precisem ir várias vezes na Secretaria de Saúde em busca de marcar tais exames e retornem várias vezes na Unidade para consulta médica até resolverem seus problemas de saúde.

Nesse momento, 03 de julho de 2013, contamos com um total de 4800 pessoas na área adstrita, total esse que cresceu bastante nos últimos anos. Considero que a população possui um grande número de jovens/adultos 3.110

peessoas de 15 a 59 anos com equilíbrio entre os sexos. Um aspecto preocupante é que devido à grande demanda, perdemos um pouco da totalidade de cobertura das ações programáticas. Assim sendo, tentamos fazer com que além dos grupos específicos que já frequentam a Unidade, as demais pessoas, que não se enquadram nesses grupos, passem a procurar a Unidade para realização de pelo menos as consultas preventivas, quando elas vão acompanhando alguém até a Unidade, orientamos acerca da importância de estarem fazendo suas consultas, como também os ACSs fazem esse trabalho de conscientização nos domicílios.

Atendemos demanda espontânea diariamente, sem haver nenhum tipo de triagem ou acolhimento, embora os usuários cheguem muito cedo para conseguir pegar ficha de atendimento do dia, eles preferem assim, a ser por agendamento. Habitualmente, a partir das 4 horas da manhã, já chegam os primeiros usuários em busca das fichas. Cada integrante da fila pode marcar atendimento para si ou para alguém da família, respeitando a "regra" de uma pessoa por prontuário de família. A implantação do agendamento já foi tentada e não obteve sucesso. Observamos que vários usuários vêm de outras áreas em busca de atendimento na nossa Unidade porque nas suas foi agendado o atendimento para outro dia e ele julga estar precisando desse atendimento imediatamente.

Enfrentamos dificuldades diante do excesso de demanda principalmente para a consulta médica, o que nos leva dependendo do quadro clínico solicitar para o paciente voltar um pouco mais tarde, ou então fazemos um encaixe desse paciente no dia seguinte; lembrando que existem os grupos específicos que têm a prioridade de atendimento nos seus dias.

A ação de atenção à saúde da criança (puericultura) mais frequentada é aquela realizada no dia da pesagem da criança para o Programa Bolsa Família. Quando as crianças vêm à Unidade para o Dia do Peso, elas primeiro passam pelos ACSs para medição do peso e altura, depois vão pra avaliação com a enfermeira, a qual procura saber se houve alguma alteração no cotidiano da criança durante o decorrer do mês, pergunta sobre as vacinas e também sobre alimentação, e se houver necessidade, ela encaminha para o atendimento médico, e por último vai para a cirurgiã-dentista fazer a 1ª consulta programática e a prevenção com aplicação tópica de flúor. Realizamos sempre essa Aplicação tópica de Flúor (ATF) em virtude das crianças não apresentarem o Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-d) igual a zero, sempre estarem necessitando

de algum tipo de tratamento odontológico. Mesmo seguindo essa ordem, não existe um protocolo específico para a ação, e o que for realizado é registrado no prontuário clínico da criança, não havendo monitoramento específico das ações. O que percebemos é que nesse dia existe uma boa adesão dos pais às ações, pois as crianças já se encontram na Unidade e não necessitam esperar muito para serem atendidas, porém quando orientamos os pais da necessidade de procurarem um serviço especializado, ou retornarem outro dia para dar continuidade ao tratamento, muitos falham nesse retorno. Embora toda a equipe se mobilize em agilizar o atendimento às crianças, estamos engatinhando nessa ação, pois não dispomos de nenhum protocolo específico de atendimento. Não realizamos o monitoramento dessas ações, apenas estamos nos empenhando em passar para os pais a responsabilidade de estar sempre tratando seus filhos, consultando uma equipe de saúde preferencialmente de forma preventiva. Também realizamos algumas atividades lúdicas e de informação de higiene para as crianças de faixas etárias maiores.

Quanto ao pré-natal, são realizadas prioritariamente as sete consultas programáticas de pré-natal, as usuárias já saem com os retornos agendados, recebem as medicações como o ácido fólico, sulfato ferroso, também têm suas vacinas necessárias aplicadas em dia. A enfermeira encaminha a paciente para consulta odontológica, onde também existe o acompanhamento para a conclusão do tratamento. Se a gestante deixar de comparecer às consultas, realizamos a busca ativa com ajuda dos ACSs. Todas as ações que são realizadas com essas usuárias são objeto de registro em prontuário e nas fichas de acompanhamento das gestantes, porém, infelizmente, não existe o monitoramento regular das ações realizadas com elas. Um aspecto positivo que contempla esse grupo é a abrangência do programa que conta com boa adesão, as gestantes se mostram bastante interessadas em receber acompanhamento e participarem das atividades realizadas na Unidade.

O controle do Câncer da Mama é realizado na Unidade no mesmo momento em que é feito o citológico para a prevenção do Câncer de Colo de Útero. Antes do exame, a enfermeira atualiza o prontuário, preenche os papéis necessários e realiza o exame de toque nas mamas, como também orienta e ensina a paciente a sempre fazer o autoexame de forma preventiva, e o médico faz a solicitação da mamografia. Esses exames, como por exemplo o citológico que é realizado toda semana e

demora aproximadamente uns 30 dias para chegar o resultado, o que é considerado um período de espera breve quando comparado a outros exames, o que facilita e atrai as mulheres a estarem sempre fazendo a prevenção. Eventualmente ocorre de a paciente ter de aguardar um pouco mais para conseguir a marcação da mamografia, sem contar que recebe o resultado com uns 50 dias. As consultas são registradas nos prontuários clínicos, não existindo monitoramento dessas ações. Temos uma boa adesão da comunidade, pois sempre que a equipe marca alguma atividade coletiva com as mulheres, elas comparecem e estão sempre procurando se tratar de forma preventiva e bastante receptiva às informações.

A atenção aos usuários hipertensos e diabéticos é realizada de forma bastante eficaz na comunidade. Talvez seja o grupo que mais frequenta a USF, e são os mais cuidadosos com a saúde. Eles procuram consultar com os profissionais da equipe e mostram bastante cuidado em manter controlada a medicação diária. Esse grupo é assistido também com atividades coletivas, distribuição de materiais educativos e exames de controle diário. Suas ações seguem de acordo com o Protocolo do Hiperdia, registrando nos prontuários e no cartão que fica com o paciente, porém não existe monitoramento regular destas ações. Existe boa cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos com a entrega de medicamentos, porém não são mais disponibilizadas as fitas para a verificação da glicemia. As ações realizadas com esse grupo envolve toda a equipe, inclusive o NASF, que nos oferece bastante apoio nas atividades coletivas.

Os idosos da comunidade são sempre alvo de atividades voltadas especificamente para eles. A equipe realiza alongamentos, mantém grupos de danças, passeios, caminhadas e palestras educativas, sem contar que ultimamente as campanhas de vacinação dos idosos que tem tido ótima cobertura, existindo também uma boa adesão a todas as atividades voltadas à esse grupo. Eles sempre vão para a Unidade portando o Cartão do Idoso, e suas consultas sempre são registradas nos prontuários, não utilizamos protocolo de atendimento nem realizamos o monitoramento das ações realizadas. Uma certa dificuldade encontrada, é a falta de um transporte para conduzi-los à Unidade, pois muitos apresentam dificuldade de locomoção e dependem de alguém que possa levá-los à USF, ou então solicitam uma visita domiciliar.

Diante de tudo que estudamos até agora, na minha concepção nosso maior desafio será a implantação do Acolhimento na nossa Unidade. O tema já foi até

discutido em reuniões com a gestão como plano futuro para todo município. Outro grande desafio é conseguir atender apenas os usuários da área, uma vez que em função de outras USFs vizinhas estarem com equipes deficitárias, nossa Unidade termina sobrecarregada com usuários advindos das áreas próximas. O melhor recurso de que dispomos é a estrutura física que nos foi concedida, pois temos áreas bem definidas e espaçosas, porém sem equipamentos e material de consumo adequado para o desenvolvimento de um atendimento de qualidade. O que mais me chamou atenção nas questões reflexivas é que nos dados referentes aos registros nós não temos como precisar essas informações com 100% de fidelidade, pois não dispomos de sistema computadorizado, o que muitas vezes nos deixa em dúvida de como fazer as ações serem realizadas de forma efetiva. Também o número de usuários mostrou-se quase sempre abaixo da estimativa preconizada pelo Censo 2010 (IBGE, 2012), o que nos instiga a estarmos sempre procurando melhorar a nossa cobertura, na medida do possível, fazendo busca ativa com apoio dos ACSs. A aplicação do questionário serviu para conscientizarmos de pontos específicos que precisamos melhorar e até expandir algumas atividades para outros espaços sociais fora da Unidade de Saúde.

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

Ao ler o texto Inicial sobre a situação da ESF percebo poucas mudanças em minha Unidade, muitos desafios ainda existem, porém hoje consigo ver esses desafios com outros olhos e numa melhor perspectiva, pois com esse período de curso, consegui avançar e aprender mais sobre determinadas situações que enfrentamos no nosso dia a dia, e sei que hoje tenho mais conhecimento para lidar com a população e experiências para tentar implantar/reformular ações que até então avançam lentamente na nossa USF. A situação de saúde do município, não só da nossa Unidade, está tão complicada que já houve a troca três vezes de secretário de saúde, e só agora que temos coordenador de saúde bucal. Sei que a intervenção que realizamos para o TCC está sendo de imensa valia para a comunidade, pois além dessa intervenção, nossa equipe necessitará a cada dia aprimorar mais os conhecimentos e por em prática cada lição para melhorar nossa atuação em equipe na comunidade. Comparando meu pensamento de hoje com o do início do curso,

percebo que problemas que antes não via solução, hoje consigo encontrar “ferramentas” que ajudem na melhoria da UBS. Sinto que minha visão em relação à unidade ampliou de forma considerável, e me encontro motivada em promover modificações para os problemas apresentados.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A escolha em trabalhar a Saúde Bucal dos escolares de 6 a 12 anos, foi motivada pelo fato de ser uma população que não possui uma ação programática voltada a cuidar da saúde bucal desses escolares. Algum tempo atrás, realizamos uma avaliação da saúde geral desses escolares, e referente à saúde bucal pude perceber o quanto necessitam de uma atenção voltada a elas, pois possuem um alto índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D¹), muitos com medo de ir ao dentista, e a maioria são adolescentes que já estão com os dentes ântero-superiores com cárie extensa. Diante dessa realidade, gostaria de estar intervindo nessa realidade para oferecer a esses escolares uma saúde bucal de qualidade.

A cárie dentária é um problema que tem acometido populações em grande parte do mundo, é a doença de maior prevalência da cavidade bucal, gerando graves consequências econômicas e sociais. Ela vem sendo estudada ao longo do tempo em diferentes países com o emprego de diversos índices geralmente para o conhecimento de sua prevalência, a avaliação de medidas preventivas e o adequado planejamento das ações e serviços de saúde bucal (PERIN et al., 2004).

Os levantamentos básicos de saúde bucal fornecem uma base importante para a estimativa do estado atual da saúde bucal de uma população e suas necessidades futuras de cuidados de saúde bucal. Produzindo dados básicos de confiança para o desenvolvimento de programas nacionais ou regionais de saúde bucal e para o planejamento do número e do tipo apropriado de profissionais adequados para o tratamento bucal (WHO, 1997).

A Organização Mundial de Saúde (1999) confere grande importância aos levantamentos de saúde bucal, por fornecerem uma base sólida para as estimativas

¹Os índices, coeficientes, taxas e razões são instrumentos amplamente utilizados na investigação epidemiológica; em relação à cárie dentária, embora tenham sido propostos vários instrumentos para sua mensuração em populações, os índices mais frequentemente utilizados são o CPO-D (Dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), descrito por Klein e Palmer em 1937 para dentes permanentes.

das condições atuais de saúde bucal de uma população, bem como suas futuras necessidades quanto aos cuidados de saúde bucal.

Desenvolver ações de saúde bucal dirigidas a grupos populacionais implica conhecimento da sua situação epidemiológica, e isto pode ser conseguido por meio de levantamentos epidemiológicos, para os quais se utilizam diversos instrumentos, de acordo com as características de cada doença ou agravo (NARVAI, et al., 2001).

Três grandes levantamentos epidemiológicos nacionais foram realizados no Brasil visando retratar a saúde bucal da população. No primeiro levantamento epidemiológico de cárie dentária realizado em 1986, foi encontrado um CPO-D aos 12 anos de 6,7. Após dez anos, em 1996, encontrou-se um CPO-D de 3,1. Em 2003, o Projeto SB Brasil encontrou um CPO-D aos 12 anos de 2,8, e no último levantamento epidemiológico realizado no Brasil em 2010, o CPO-D aos 12 anos é de 2,07. Essa redução é em parte, devida à utilização, por algumas cidades, do tripé de saúde bucal: prevenção nas escolas, escovação com dentifrícios fluoretados e adição de flúor nas águas de abastecimento público. Outras causas importantes seriam em alguns países, o consumo diferenciado de açúcares e a melhoria nas condições de vida da população (BRASIL, 2004; ANTUNES; PERES, 2006; BRASIL, 2011).

Na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Teixeira de Vasconcelos possuímos aproximadamente 600 crianças entre 6 e 12 anos em toda a área adstrita da Unidade e na nossa intervenção contemplamos apenas 80 escolares que frequentam a Escola e moram na área de abrangência da Unidade. Temos uma cobertura baixíssima, menos de 10% dessas crianças frequentam regularmente o dentista, e esse percentual ainda é menor com relação às crianças que concluíram o tratamento, necessitando de uma intervenção urgente para que essas crianças não continuem perdendo seus dentes permanentes.

Como não existia nenhuma ação programática específica voltada para o atendimento da Saúde Bucal dos escolares de 6 a 12 anos, tornou-se um empecilho na implantação do tratamento médico para construção do(s) plano(s) terapêutico(s) com a equipe da UBS, cada profissional atende isoladamente a criança, quando a mesma juntamente com seu responsável, procura a unidade como demanda espontânea, para um determinado caso específico. O que mais dificultou a implantação desta ação programática é o elevado número de habitantes da área, totalizando 4800 habitantes na área, havendo muito atendimento ambulatorial,

fazendo com que a prevenção e a promoção da saúde não sejam priorizados, tornando-se uma prática meramente curativa.

Colocando em prática esse trabalho com os escolares, realizaremos uma intervenção na Unidade e diante dessa nova ação procuraremos disponibilizar um turno para o atendimento a esses escolares. Com a intervenção direcionada aos escolares de 6 a 12 anos procuraremos melhorar a atenção à saúde bucal dessas crianças, estimulando crianças, pais e professoras a entender a necessidade de estar visitando regularmente o dentista, além da criação do hábito de realizar higiene bucal diariamente, para que a promoção à Saúde Bucal seja conseguida num futuro breve.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde bucal de escolares da Escola Municipal Aníbal Limeira na Unidade Dr. Teixeira de Vasconcelos, Santa Rita-PB.

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

RELATIVA AO OBJETIVO 1

- **Meta 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.
- **Meta 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.

- **Meta 3:** Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

RELATIVA AO OBJETIVO 2

- **Meta 4 :** Fazer busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

RELATIVA AO OBJETIVO 3

- **Meta 5 :** Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.
- **Meta 6 :** Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais..
- **Meta 7 :** Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

RELATIVA AO OBJETIVO 4

- **Meta 8:** Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área.

RELATIVA AO OBJETIVO 5

- **Meta 9:** Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.
- **Meta 10:** Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças.
- **Meta 11:** Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

2.3 Metodologia

Iniciamos as atividades com planejamento estrutural das ações, com divisão de atividades entre membros da equipe, como conseguinte treinamos todos os envolvidos no processo de reformulação da intervenção em atenção à saúde bucal dos escolares.

Programamos ações envolvendo a equipe de saúde da unidade, coordenadora da unidade básica, ACS, e principalmente a população usuária da unidade. Essas ações seguiram as prioridades em relação ao desenvolvimento da intervenção, com o objetivo de aumentar a eficácia e contemplar as metas estabelecidas.

Cirurgiã-Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) realizaram ações coletivas com temas relacionados à saúde bucal e outros temas serão ministrados com a participação do NASF, em seguida fizemos a escovação dental supervisionada juntamente com a aplicação tópica de flúor gel e os exames clínicos de primeira consulta.

Mantivemos os atendimentos dos usuários que frequentam a unidade, apenas separando um turno da semana para o atendimento exclusivo aos escolares. Com relação às visitas domiciliares de busca ativa, sempre que foi necessário realizá-las, solicitamos aos ACS que nos acompanhassem ou os ACS realizavam.

Para realizar estas atividades, foi necessário promover um planejamento de como registrar os dados, ou seja, formalizar uma ficha espelho padrão, que foi cedida pelo curso, a qual envolve dados de saúde bucal e um planejamento para execução do plano de tratamento de cada escolar. Todas as atividades que foram realizadas, tiveram registros referentes ao escolar e foram atualizados ao final de cada turno de atendimento

Abrimos espaço para que as comunidades em geral também se pronunciem sobre estratégias para melhorar a acessibilidade e o atendimento deles, de forma a melhorar o vínculo com a Unidade e que estes saibam a quem procurar numa urgência. E da importância de começarem e concluírem o tratamento programado.

Assim, nossa pretensão foi realizar um trabalho com efetivo valor para os escolares, pois com certeza a quantidade de crianças que conseguirmos fazer sorrir já valerá à pena, e com o depoimento dos colegas de escola, elas sentirão a necessidade de estarem também cuidando da sua saúde bucal.

2.3.1 Ações

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

Meta 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.

Monitoramento e avaliação

Monitorar a situação de risco dos escolares para doenças bucais.

- Serão alimentadas na planilha, prontuários e na ficha espelho os exames clínicos odontológicos que realizaremos, detectando a situação de saúde bucal dos escolares.

Organização e gestão do serviço

Identificação dos espaços escolares adstritos a cada Unidade Básica de Saúde;
Contato com os espaços escolares para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal;

Organizar agenda de saúde bucal para atividades nas escolas e atendimento prioritário a escolares.

- Iremos até a escola conhecer o ambiente onde vamos trabalhar com escolares, mostramos nossa proposta de intervenção a diretora da escola e com ela os dias que começaremos fazer as atividades.

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.

- Conversaremos com a comunidade e em outro momento com as professoras sobre a importância do atendimento prioritário aos escolares, de modo que eles cooperem em disponibilizar horários para que as crianças possam participar das atividades propostas.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para realização coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica.

Capacitar a equipe para realizar classificação de riscos, programação de atividades segundo as necessidades e hierarquização dos encaminhamentos dos escolares para atendimento clínico na unidade de saúde.

- Realizaremos um treinamento com a equipe de saúde bucal (CD e ASB) para conhecer os procedimentos que vamos realizar com os escolares.

Meta 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.

Monitoramento e avaliação

Monitorar número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta.

- Através da alimentação na planilha, prontuários e na ficha espelho realizaremos a primeira consulta e monitoramos os escolares moradores da área de abrangência.

Organização e gestão do serviço

Organizar acolhimento deste escolar na unidade de saúde;
Cadastrar na unidade de saúde os escolares da área de abrangência;
Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos escolares.

- Com a primeira consulta realizada e definida a ordem de prioridade do atendimento por sala de aula, organizaremos a agenda para realização do atendimento aos escolares.

Engajamento Público

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos dos escolares;

Capacitar a equipe para realizar acolhimento dos escolares e seus responsáveis;
Capacitar a equipe para realizar cadastramento, e agendamento dos escolares para o programa.

- A comunidade será sempre alertada da necessidade da intervenção que irá ocorrer na Unidade e a equipe se responsabilizará em estar realizando o acolhimento e agendamento dos escolares para o atendimento clínico.

Meta 3: Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área

classificados como alto risco para doenças bucais.

Monitoramento e avaliação

Monitorar número de escolares que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica.

- Conseguiremos o cadastro dos escolares, e assim realizaremos a primeira consulta odontológica com plano de tratamento sendo descrito, analisaremos o CPO-d e verificaremos os escolares que são de alto risco, sempre atualizando os dados na planilha, prontuários e na ficha espelho separados odontológica

Organização e gestão do serviço

Organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento aos escolares de alto risco.

- Os escolares que apresentarem maior CPO-d ou referir dor terão a prioridade de atendimento.

Engajamento Público

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos dos escolares de alto risco.

- A comunidade estará ciente da necessidade de priorização do atendimento de alguns escolares.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para realizar acolhimento dos escolares e seus responsáveis;

Capacitar a equipe para realizar cadastramento e agendamento dos escolares de alto risco para o programa.

- A equipe se responsabilizará em estar realizando o acolhimento e agendamento dos escolares para o atendimento clínico.

Objetivo 2: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

Meta 4 : Fazer busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

Monitoramento e avaliação

Monitorar a periodicidade das consultas;

Monitorar os faltosos;

Monitorar as buscas realizadas pelo programa de atenção a saúde bucal do escolar.

- Com os registros sempre atualizados, observaremos o escolar, pois aqueles que começar o atendimento iria continuar até concluir, e se ele faltar à consulta, com duas faltas vamos fazer a busca ativa.

Organização e gestão do serviço

Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos;

Organizar a agenda para acomodar os faltosos após a busca.

- Se houver duas faltas, vamos organizar as visitas domiciliares, e como não terá ainda concluído o tratamento, sua vaga continuará reservada. Na terceira falta, perderá a vaga.

Engajamento Público

Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento.

- Nas conversas com a comunidade sobre a intervenção, sempre procuraremos ouvir as sugestões e críticas que eles nos alertar.

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.

- As buscas aos escolares faltosos serão realizadas com a presença da equipe de saúde bucal, para melhor explicar a importância da continuidade ao tratamento clínico.

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

Meta 5 : Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

Monitoramento e avaliação

Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por escolar.

- A cada ação os registros serão atualizados e assim conseguiremos monitorar todos os alunos farão a escovação dental supervisionada.

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.

- As escovas utilizadas na ação serão levadas pelos próprios alunos, e a escovação será organizada por sala de aula. A cada ação realizada, vamos fazer uma atividade coletiva, onde anotaremos todos os participantes.

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.

- As professoras de cada sala participará das atividades coletivas para saberem da importância da continuidade da ação de escovação dental.

Qualificação da Prática Clínica

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

- O único ambiente escolar onde será possível realizar a escovação dental supervisionada será o banheiro. Comunicaremos antes à escola que iremos utilizar o ambiente, para que haja uma limpeza prévia.

Meta 6 : Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais.

Monitoramento e avaliação

Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por escolar.

- A cada ação os registros serão atualizados e assim conseguiremos monitorar todos os alunos farão a escovação dental supervisionada.

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.

- As escovas utilizadas na ação serão levadas pelos próprios alunos, e a escovação será organizada por sala de aula. A cada ação realizada faremos uma atividade coletiva, onde vamos anotar todos os participantes.

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.

- As professoras de cada sala participarão das atividades coletivas para saberem da importância da continuidade da ação de escovação dental.

Qualificação da Prática Clínica

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

- O único ambiente escolar onde será possível realizar a escovação dental supervisionada será o banheiro. Já comunicamos antes a escola que vamos utilizar o ambiente, para que haja uma limpeza prévia.

Meta 7: Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Monitoramento e avaliação

Monitorar a conclusão do tratamento dentário.

- A cada tratamento clínico realizado haverá o registro na planilha, prontuários e na ficha espelho, sendo registrado também todo escolar que concluirá seu tratamento.

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.

- A agenda será organizada de forma que haja a governabilidade para a conclusão do tratamento, mas não existe garantia de tempo suficiente para a conclusão de todos os escolares. O nosso principal impasse será conseguir o fornecimento do material necessário para o atendimento junto ao gestor.

Engajamento Público

Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento dentário.

- Comunidade estará ciente da importância da conclusão do tratamento dentário.

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.

- A equipe de saúde bucal estará orientada de acordo com o Caderno de Atenção Básica da Saúde Bucal - n.º 17.

Objetivo 4: Melhorar registro das informações.

Meta 8: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área.

Monitoramento e avaliação

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

- Será realizado o monitoramento através de atualização na planilha disponibilizada pelo curso desde o primeiro momento em que será desenvolvida as atividades com os escolares.

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.

- Cada escolar terá sua ficha clínica e nome na planilha os quais serão alimentados a cada tratamento realizado e nas reuniões da equipe, os dados alcançados serão compartilhados com a equipe.

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.

- No início do tratamento os escolares e seus responsáveis serão orientados sobre os registros de saúde gerados nessa ação e suas implicações.

Qualificação da Prática Clínica

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

- Será realizado o treinamento com a equipe de saúde bucal para haver o perfeito preenchimento dos prontuários, planilhas e fichas, para não deixar de preencher dados importantes.

Objetivo 5: Promover a saúde bucal dos escolares.

Meta 9: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.

Meta 10: Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças.

Meta 11: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

Monitorar as atividades educativas coletivas.

- A equipe de saúde bucal se responsabilizará em fazer o registro na planilha dos escolares que participarão das atividades educativas coletivas.

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.

- A equipe de saúde bucal se responsabilizará por organizar o agendamento do atendimento, de forma a não atrapalhar as atividades educativas, identificar os conteúdos a ser trabalhados organizando todo material necessário e passando a lista de presença para realização das atividades educativas coletivas.

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.

- Nas ações de atividades educativas coletivas convidaremos para participar das atividades alguns membros da comunidade, professores para podermos incentivar a promoção e, saúde bucal.

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.

- A equipe estará sendo treinada nessas atividades para participar ativamente de outras atividades educativas.

A nossa proposta de ação será dividida em ações coordenadas entre os profissionais da equipe, embora aja maior concentração de atividades para o CD e ASB. Dessa maneira, desenvolveremos um fluxo de ação em várias frentes subdivididas em: gestores, médica, enfermeira, técnica de enfermagem, recepcionista, equipe de saúde bucal, agentes de saúde.

Conseqüiremos ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica indo ao encontro dos escolares em seu ambiente de

estudo e realizando esses exames na própria escola, assim também conseguiremos ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico realizado, classificando aqueles que são de alto risco para doenças bucais, e fazendo a escovação dental supervisionada e a aplicação tópica de flúor. A melhor adesão ao atendimento em saúde bucal será conseguida através das buscas ativas que realizaremos juntamente com os ACSs da área de abrangência do referido aluno. A monitoração da conclusão do tratamento dentário, será realizada através da planilha em excel de coleta de dados produzida pela UFPEL e das fichas espelhos, e através dessas planilhas também será possível manter os registros atualizados dos escolares participantes da intervenção após cada atendimento realizado. A organização da agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento será realizada reservando um turno semanal voltado ao atendimento clínico desses escolares. Para a promoção em saúde bucal dos escolares desenvolveremos atividades educativas em grupo na escola.

As ações serão definidas em ordem de prioridade, tanto em relação ao desenvolvimento do projeto, quanto na eficiência e eficácia das ações. Desse modo, esperamos diminuir a resistência geralmente encontrada quando se propõe mudanças em fluxo de trabalho ou incremento de gastos pela administração.

À equipe da Unidade Básica de Saúde caberá:

- Manter os canais de comunicação abertos para promover troca de experiências e sugestões entre os profissionais envolvidos no projeto;
- Definir e aperfeiçoar ferramentas de monitorização de forma otimizada e regular;
- Realizar atividades de capacitação e aperfeiçoamento na ação programática;
- Realização de atividades educativas, provocando maior engajamento da comunidade na estratégia;
- Realizar visitas domiciliares para atingir pacientes faltosos;
- Organização do agendamento;
- Atuar junto à gestão para termos acesso a maiores subsídios no que concerne a materiais de trabalho, insumos e escovas dentárias.

Aos profissionais da gestão caberá:

- Atuar nos determinantes sociais da saúde bucal;
- Prover material de insumos que nos permita realizar o atendimento clínico e as ações de escovação dentária e aplicação tópica de flúor;
- Prover consultas de profissionais especialistas no CEO quando assim for necessário;
- Promover evento do dia da saúde “aos cuidados da saúde básica”;

Ao profissional médico e de enfermagem caberá:

- Auxiliar na manutenção da intervenção;
- Informar a comunidade sobre o programa, através de contato com escolares durante as consultas;
- Pactuar com funcionários da Secretaria de Saúde para alimentar os dados;

Aos agentes comunitários de saúde caberá:

- Realizar busca ativa na comunidade;
- Procurar casos de pacientes faltosos;
- Informar à comunidade sobre o programa e hábitos que tem o potencial de melhorar a saúde bucal dos escolares.

2.3.2 Indicadores

Meta 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 1: Proporção de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal.

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

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

Meta 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 2: Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

- **Numerador:** Número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta odontológica.
- **Denominador:** Número total de crianças que frequentam a escola e são moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3: Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Indicador 3: Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

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

Meta 4: Fazer busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

Indicador 4: 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 5: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

Indicador 5: Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

- **Númerador:** Número de escolares com escovação supervisionada com creme dental.
- **Denominador:** Número de crianças de 6 a 12 anos frequentadores da escola foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6: Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais.

Indicador 6: Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

- **Númerador:** 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 7: Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Indicador 7: 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.

Meta 8: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática realizada.

Indicador 8: Proporção de escolares com registro atualizado.

- **Numerador:** Número de escolares da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.
- **Denominador:** Número total de escolares da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Meta 9: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.

Indicador 9: 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 escola foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 10: Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças.

Indicador 10: 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 escola foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 11: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

Indicador 11: 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 escola foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no programa “Saúde Bucal dos Escolares” adotamos a leitura do Caderno de Atenção Básica da Saúde Bucal - n.º 17 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Elaboramos uma ficha espelho (Anexo C) baseada nas outras fichas cedidas pelo curso e que contemplasse os requisitos necessários para o preenchimento da planilha da coleta de dados criada pela UFPEL para o acompanhamento mensal da intervenção.

Para organização dessa intervenção, a CD foi à escola pedir o consentimento da escola e dos pais dos alunos. Procuramos ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal, para isto a equipe de saúde bucal, composta de um examinador (Cirurgiã-Dentista) e um auxiliar-anotador (Auxiliar de Saúde Bucal), que utilizou instrumentos, cuja finalidade foi auxiliar no exame visual e tátil dos tecidos bucais, aos quais foram 15 jogos clínicos compostos por espelho bucal plano e sonda periodontal da Organização Mundial da Saúde (OMS), que são instrumentos padronizados pela Organização Mundial da Saúde, separados em pacotes individuais, dentro das normas de biossegurança prevista pelo Ministério da Saúde. Essas fichas foram de inteira responsabilidade da dentista. A planilha eletrônica de coleta de dados foi alimentada a cada visita a escola e/ou a cada intervenção odontológica que o escolar foi submetido.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção na escola, onde será reservado um turno e iremos de sala em sala fazendo as orientações sobre higiene oral, cárie e outros temas pertinentes até percebermos que os escolares querem cuidar da saúde bucal.

Para análise do alto risco utilizaremos os critérios descritos no “Caderno de Atenção Básica da Saúde Bucal - n.º 17” , que são eles: Fatores culturais e sócio-econômicos; Falta de acesso ao flúor; Deficiente controle mecânico do biofilme; Consumo excessivo e freqüente de açúcar.

A equipe de saúde bucal juntamente com a direção da escola organizou as visitas para começar a realização dos exames bucais, das atividades educativas e das ações de escovação e aplicação tópica de flúor. Na própria escola ou na UBS, a equipe de saúde bucal realizou o acolhimento dos escolares e seus responsáveis de forma a incentivá-los a vir ao atendimento odontológico.

Os escolares que iniciaram o tratamento odontológico saíram da UBS com a próxima consulta agendada até que este tenha concluído o tratamento e abra uma vaga para o próximo aluno da sequência. Se no decorrer de duas semanas essa criança faltar à consulta, realizamos a busca ativa com ajuda do ACS da área, ou fomos à escola saber o motivo da falta desse aluno. Ao fazer a busca já agendávamos a criança para um horário de sua conveniência.

Desde sempre, estávamos conversando com a comunidade sobre a reserva de um único turno só para atender os escolares, mostrando-lhes a importância de estar cuidando da saúde bucal das suas crianças.

Mantivemos contato com o gestor municipal para dispor do material necessário para realizar essas intervenções, de forma que não faltassem esses materiais para que não prejudicasse nossa intervenção. Procuramos juntamente com o almoxarifado do município estar sempre realizando os pedidos dos materiais com antecedência para que estes não viessem a faltar. Porém esse foi um fato preocupante, pois até o presente momento se encontra em falta esse material de insumo para estar realizando o atendimento clínico a essas crianças. Quanto aos kits de escova e pasta, também não chegaram.

A Unidade não é informatizada, então acabei utilizando meu Notebook para estar sempre alimentando a planilha após cada atividade realizada.

2.3.4. Cronograma

Atividades	Semanas															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação da ASB sobre o preenchimento e alimentação dos dados da Planilha, ficha espelho e prontuário odontológico.	x	x														
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática		x														
Contato com a diretoria da escola para cadastramento de todos escolares de 6 a 12 anos matriculados na Escola Aníbal Limeira		x														
Realização de exame bucal para conhecer a saúde bucal dos escolares.			X	x												
Contato com os usuários que frequentam a Unidade para falar sobre a importância da ação programática da saúde bucal dos escolares solicitando apoio para o atendimento clínico e para as demais estratégias que serão implementadas.	x	x	X	x	X	X	x	x	x	X	x	x	x	x	x	
Grupos de atividades coletivas para realização de escovação supervisionada e ATF			X	x	X	X	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Atendimento clínico aos escolares							x	x	x	X	x	x	x	x	x	
Fazer o registro na planilha			x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos escolares faltosos								x								
Busca ativa dos escolares faltosos às consultas							x	x	x	X	x	x	x	x		
Avaliação da intervenção com a equipe				x				x				x				x
Monitoramento da intervenção							x	x	x	X	x	x	x	x	x	x

3. Relatório da Intervenção

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

Antes da intervenção, as atividades de atenção à saúde bucal do escolar eram realizadas de forma desordenada, a equipe de saúde bucal se programava esporadicamente para realizar atividades com eles.

A escolha de trabalharmos com os escolares da Escola Municipal Aníbal Limeira, na faixa etária de 6 a 12 anos de idade, partiu da necessidade sentida pela equipe de Saúde Bucal através de algumas atividades que desenvolvíamos, pois observávamos um alto índice de cárie e condições inadequadas de higiene bucal.

As metas e ações executadas seguiram um planejamento anterior dentro de quatro eixos pedagógicos do curso: Organização e Gestão dos Serviços, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Após concluir o período de intervenção chegamos ao momento de refletir todos os procedimentos realizados nesta etapa de atividade.

Começamos a intervenção com algumas dificuldades que não foram suficientes para inibir nossas atividades, pelo contrário, tentamos romper essas barreiras e fazer com que nossa intervenção adquirisse resultados positivos com os escolares e seus responsáveis.

A CD e ASB realizaram o monitoramento do número de escolares com faixa etária de 6 -12 anos que frequentavam a escola e que fosse morador da área de abrangência. Nas divisões de atividades para o progresso da intervenção conforme a metodologia, contamos com o apoio de toda a equipe em auxiliar nas nossas ações. O recepcionista estava sempre contatando com a comunidade sobre o turno que ficou reservado para o atendimento dos escolares; o NASF nos apoiando nas atividades educativas; a enfermeira sempre viabilizando as reuniões em equipe e nos ajudando nos monitoramento dos escolares da área de abrangência.

Para facilitar e tentarmos atingir os 100%, usamos a alternativa de ir fazendo essa atividade de sala em sala, já que cada sala tinha um número reduzido de

escolares, logo após já realizávamos a escovação supervisionada e a aplicação tópica de flúor, e aproveitando que eles estavam com os dentes escovados, íamos para a sala de leitura que geralmente estava disponível e preenchíamos uma ficha com dados do escolar.

Através do acolhimento, realizamos a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico descrito, assim conseguimos organizar a agenda de saúde bucal para atendê-los. Sempre trabalhando em equipe na realização das ações e nos agendamentos, para que a população possa entender a importância da intervenção odontológica com esse grupo.

Realizamos ações coletivas de escovação supervisionada juntamente com a aplicação tópica de flúor gel para todos os alunos na faixa etária estipulada, sempre planejando a necessidade de materiais para realização dessas atividades, de forma que não prejudique nos horários da escola e nem do atendimento ao público na unidade de saúde. Elaboramos listas de presença para podermos acompanhar quais são os escolares que estão participando das atividades propostas. Estando a equipe de saúde bucal preparada para estar realizando essas ações coletivas voltadas para que os escolares criem o hábito de estarem sempre realizando a higiene bucal.

Durante o tratamento odontológico, estava também indo buscar os alunos na escola para que eles não faltassem às consultas, e o bom que deu super certo, pois a maioria queria vir, só quando era a parte de exodontias que eles faziam corpo mole; às vezes conseguia convencê-los de vir e outras vezes não, o pior era quando eles vinham, mas na hora do procedimento eles não cooperavam. Diante desse manejo, não realizamos muitas buscas ativas aos faltosos, pois não tinham faltosas as consultas, apenas no período de férias, aonde eles vinham com os pais/responsáveis até a Unidade, e assim que percebemos que eles estavam sem vir concluir o tratamento, fazíamos a busca com ajuda das ACSs da área.

No decorrer de todo tratamento clínico, estivemos trabalhando com atividades educativas coletivas, no ambiente escolar, identificando e organizando os conteúdos a serem trabalhados, tais como orientação sobre higiene bucal, cárie dentária, gengivite, e também nutricional. Além de outros temas interessantes e relacionados à saúde bucal e geral, incentivando-os a importância do autocuidado.

Através da organização da agenda foi possível programar o agendamento da próxima consulta, até que seja concluído o tratamento desse escolar. Porém,

ressalto a dificuldade na conclusão dos tratamentos, devido ao fornecimento irregular de materiais de insumos para a realização dos atendimentos, que visam realizar procedimentos clínicos, também para encaminhamentos a serviços diagnósticos.

Durante todas as 16 semanas realizamos o monitoramento das ações realizadas através de reuniões semanais, onde, geralmente toda a equipe sugeria ideias para melhoria da logística de atendimento, visando sempre melhorar a acolhida do paciente.

O trabalho continua, estamos dispostos a realizar 100% das metas propostas e fazer com que a intervenção ganhe força e reconhecimento da gestão, pois esta deixou muito a desejar, pois não tivemos apoio/incentivo para realizar as atividades.

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

A maioria das ações previstas no projeto foi executada, entretanto, infelizmente não conseguimos com a gestão os insumos necessários para estarmos realizando o atendimento clínico com eficácia conforme tínhamos planejado.

Terminando este período de 16 semanas conseguimos atingir praticamente todas as ações estabelecidas dentro dos quatro eixos, e as que não foram atingidas, não está relacionada à falta de desempenho da equipe da unidade, mas principalmente à falta dos materiais de insumos que não foram disponibilizados pela gestão, e também devido ao alto número de escolares que fazem parte do grupo de alto risco, os quais necessitam de várias consultas para concluir o tratamento, porém conseguimos obter resultado considerado excelente pela equipe que sempre esteve priorizando as ações da intervenção.

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

Quanto aos dados relativos aos alunos, tivemos dificuldade no preenchimento da “Ficha Espelho”, pois muitos não sabiam nome dos pais, apenas

os apelidos, nem da rua e da ACS, na falta desses dados, começamos a pegar na caderneta individual de cada aluno.

O item referente aos indicadores foi o de mais difícil entendimento. Entretanto, para a coleta de dados foi necessário levar notebook pessoal, pois a USF não dispunha de computador e nem de impressora. Trata-se de uma dificuldade para sistematizar os dados, pois nem sempre era possível levá-lo para a unidade.

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.

Existe sim a viabilidade das ações que desenvolvemos nessas 16 semanas sejam incorporadas à rotina na Unidade, e a partir de agora estaremos fazendo alguns ajustes. Decidimos que não iremos mais buscar os escolares para realização do tratamento, e sim, eles vão vir acompanhados dos seus responsáveis, assim como também, estaremos anotando os procedimentos realizados apenas na ficha clínica do paciente, e a partir de agora, à medida que concluimos o tratamento, passaremos a orientá-los melhor quanto ao cuidado do paciente com sua saúde bucal, criando assim o compromisso com a higiene bucal. Queremos abranger a faixa etária para além dos 12 anos, pois a necessidade de tratamento é muito evidente, e percebi que os maiores já se encontram com a necessidade de exodontias de dentes permanentes. Iremos também abordar outros temas relacionados não só a saúde bucal, mas temas interessantes ao público correspondente.

Hoje, infelizmente na cidade de Santa Rita, o cenário político tem prejudicado o prosseguimento das ações em saúde. Na nossa Unidade não temos material de insumo, o que precariza o trabalho, impedindo o prosseguimento das ações. Frise-se ainda que inclusive a educação sofreu abalo, vez que a escola passou um bom tempo em greve. O prefeito municipal foi cassado pela Câmara de vereadores e, com a posse do vice, aguardamos melhorias pela nova equipe. Dessa forma nossa intervenção foi interrompida mas, assim que houver possibilidade, daremos continuidade à nossa intervenção.

4. Avaliação da Intervenção

4.1. Resultados

Ao descrever esses resultados, ver as metas propostas e obtidas encontro-me feliz em saber que com bastante esforço e empenho, nosso primeiro passo foi realizado com sucesso, porém analisando que na área adstrita a USF temos uma média de 750 crianças na faixa de 6-12 anos, percebo que ainda temos muito a fazer por essas crianças.

Nossa intervenção procurou a todo o momento melhorar a atenção em saúde bucal dos escolares na faixa etária de 6-12 anos que estão matriculados na Escola Municipal Aníbal Limeira próxima UBS, que conta com 80 alunos dessa idade que residem na área de abrangência.

Abaixo, apresento os gráficos com os resultados obtidos durante a intervenção.

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

META 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.

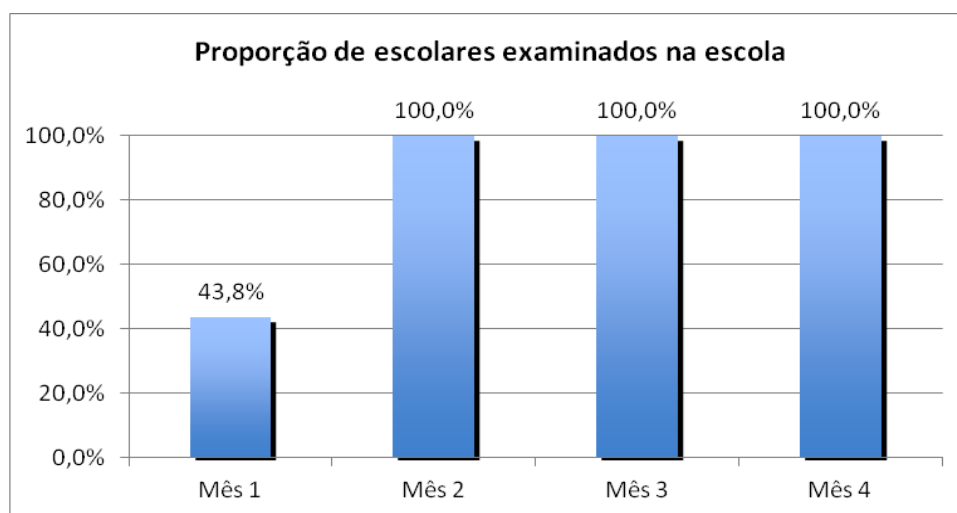


Figura 1. Proporção de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal

No primeiro mês de intervenção realizamos o exame bucal para tentar monitorar a situação de risco dos escolares para doenças bucais, e conseguimos com 35 escolares, que corresponde a 43,8%, e já no segundo mês, conseguimos obter 80 exames, isso é, um percentual de 100% de examinados na escola, atingindo assim a meta preconizada. Indicador esse que nos permite conhecer cada aluno foco da intervenção, sabendo melhor como se encontra a saúde bucal de cada escolar. A facilidade em obter esse indicador foi o fato de irmos a escola fazer o exame individual e a única dificuldade foi que alguns alunos não queriam abrir a boca, diante do trauma em realizar qualquer procedimento odontológico, por mais simples que seja o exame, alguns se sentiam receosos até em abrir a boca.

META 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.

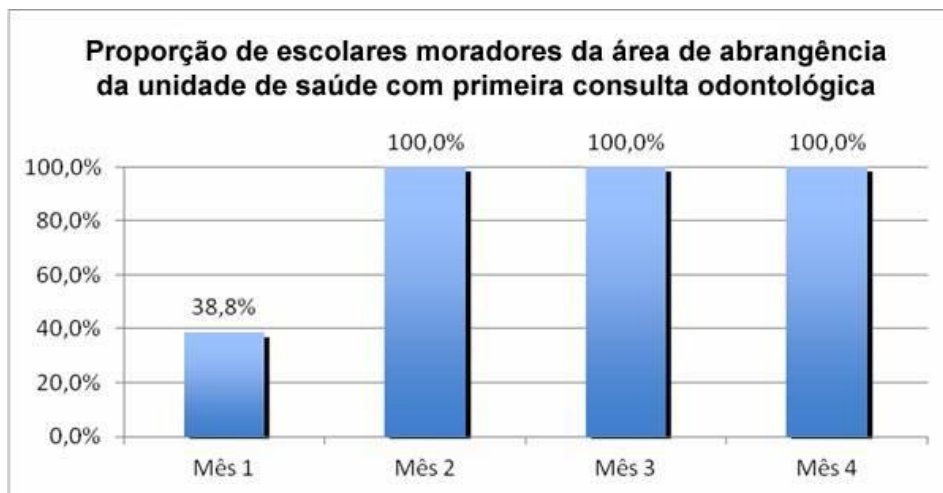


Figura 2. Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Baseando-se na primeira consulta odontológica dos escolares da área de abrangência, realizamos no primeiro mês a consulta com 31 (38.8%) escolares consultados e no decorrer da intervenção conseguimos no mês 2 que 80 (100%) dos escolares já estivessem com essa consulta realizada e a meta atingida. Com esse indicador pretendemos monitorar quantos escolares da área de abrangência estão com a primeira consulta realizada. Ao realizar o exame bucal acima relatado no item 1.1, já fazíamos a primeira consulta deles, só faltou fazer com 4 crianças que fizeram

o exame bucal no primeiro mês, e assim conseguimos que nossa meta fosse cumprida e que tivéssemos esses escolares com sua situação bucal já conhecida pela equipe para que pudéssemos começar a planejar o atendimento específico a cada escolar.

META 3: Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco

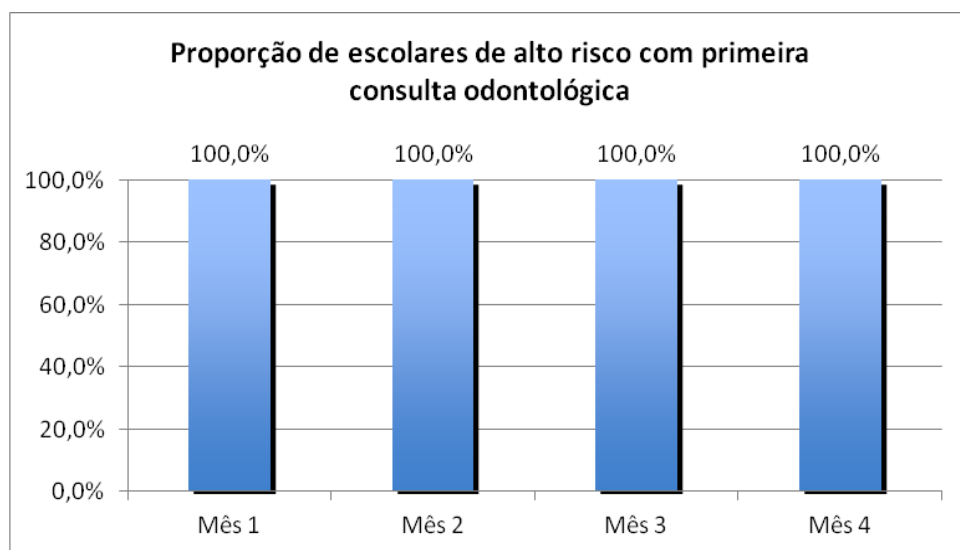


Figura 3. Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

Para realização dessa primeira consulta odontológica para os escolares classificados como alto risco, tivemos bastante cuidado em analisar os dados, pois a maioria dos escolares 74 (92,5%) é classificada como de alto risco. Realizamos a consulta com 25 (100%) dos escolares no primeiro mês de intervenção e atingimos a meta com os 74 (100%) dos escolares de alto risco já no segundo mês. O bom desse indicador é que conhecemos a real necessidade de saúde bucal dessa criança, e tentamos priorizar o tratamento mais urgente. Foi através dessa ação que pudemos perceber o quanto a população abrangente da nossa área é carente de tratamento odontológico e a partir dessa intervenção orientamos cada escolar sobre a necessidade de cuidar de sua saúde bucal de forma preventiva, para tentar evitar procedimentos invasivos.

OBJETIVO 2: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal

META 4: Fazer busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

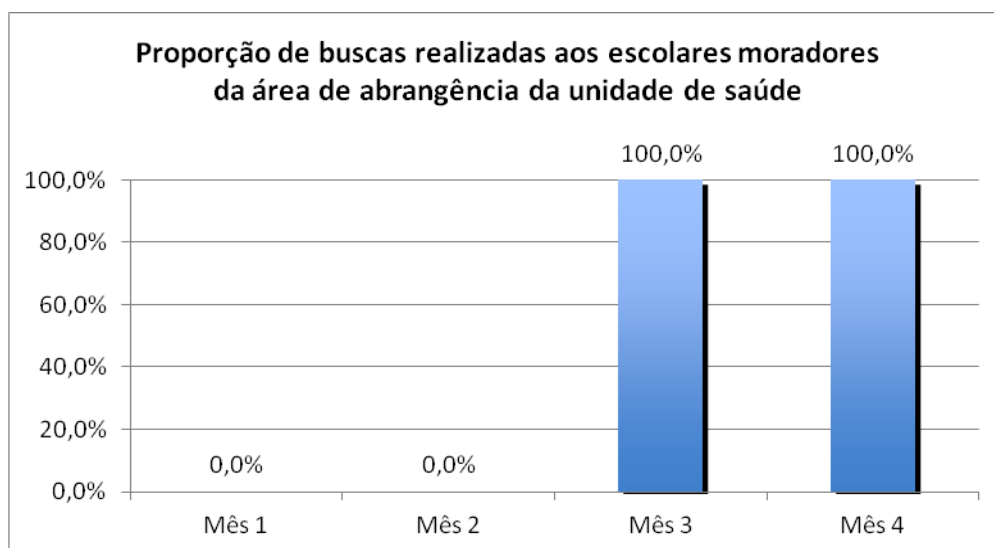


Figura 4. Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

O que aconteceu com esse indicador para justificar que as faltas foram poucas, foi que eu estava indo buscar as crianças na escola em seus horários de aulas, pois temia que houvesse pouca demanda de alunos se eu deixasse esse primeiro encontro livre para eles virem. Sendo assim, no início não houve falta, apenas quando chegaramas férias é que eles deveriam vir com os responsáveis e teve algumas faltas, onde com a ajuda das ACSs, eles nos levavam até a residência do escolar para que conseguimos realizar a busca ativa aos faltosos. No terceiro mês, faltaram 2 e fomos a busca desses 2 (100%), já no ultimo mês, faltaram 8 e procedemos do mesmo modo, fizemos a busca desses 8 (100%). Esse indicador é importante, pois faz com que o escolar não abandone o tratamento, fazendo com que essa ação seja importante para a criança, embora seja bem “trabalhosa” para o profissional, ter que ir ate a residência e procurar saber o motivo das faltas.

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

META 5: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

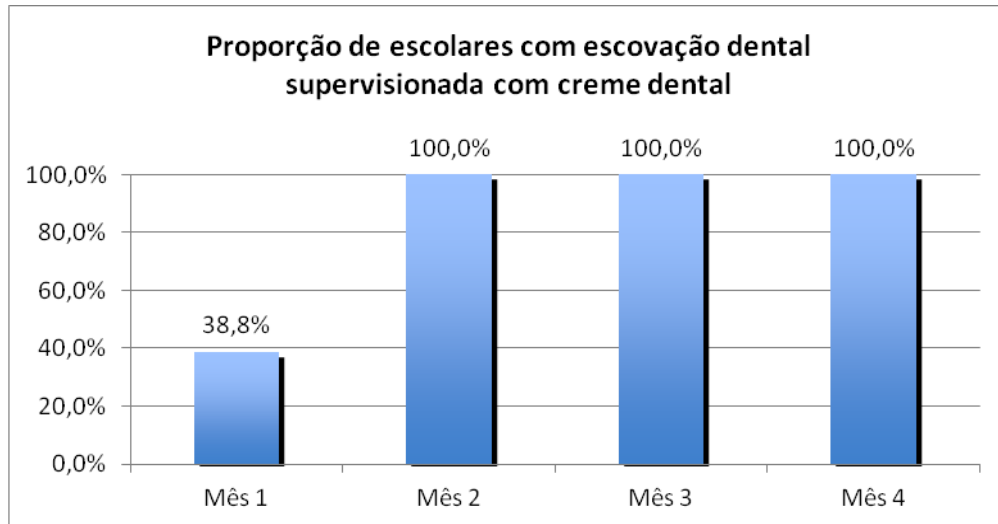


Figura5. Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

Essa parte da intervenção foi muito boa de fazer, pois depois que fazíamos a atividade coletiva ensinando como escovar os dentes, chamávamos alguns alunos para treinar no macromodelo, e geralmente todos queriam ir demonstrar, então eu dizia que todos iam fazer, porém na sua boca. Depois da explicação, nos íamos ao banheiro e em grupo de cinco escolares, fazíamos a escovação dental supervisionada. No primeiro mês, conseguimos fazer a escovação com 31 (38.8%) dos escolares, já no segundo mês conseguimos atingir nossa meta com (80) 100% dos escolares foco da intervenção. Esse indicador foi bem desenvolvido e aprimorado por cada escolar, pois muitos alunos não sabiam nem pegar direito na escova, e com o treinamento, conseguimos fazer com que eles entendessem a importância de se fazer uma boa escovação. Foi tranquilo conseguir atingir a meta pelo fato de aproveitarmos o horário escolar deles para realizar a escovação, a única dificuldade era que às vezes eles esqueciam as escovas e tínhamos que darmos uma chance deles trazerem um outro dia.

META 6: Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais.

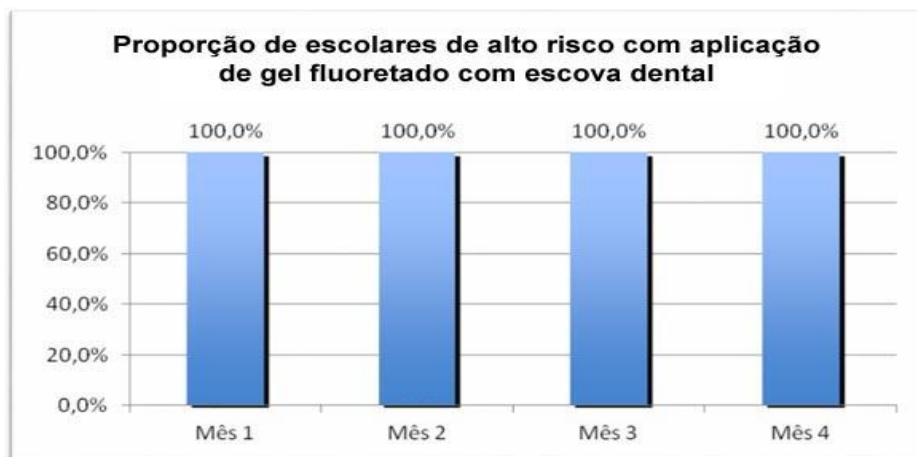


Figura 6. Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Seguindo o mesmo critério da escovação, conseguimos atingir a média prevista com 25 (100%) dos escolares de alto risco no primeiro mês de intervenção e fechamos os 74 (100%) dos escolares de alto risco já no segundo mês. Após a escovação, já aplicávamos o flúor gel tópico com a própria escova do aluno; como era feito tudo na escola, conseguimos que todos os alunos que participavam na intervenção tivessem a oportunidade de também fazer a aplicação do flúor. A aplicação do flúor é uma boa iniciativa dos alunos fortalecerem os dentes, mas infelizmente se não houver a programação com algumas sessões de reaplicação para aqueles de alto risco, não surtirá muito efeito, sabendo também que o escolar tem que fazer uso de outros meios tópicos de flúor, como por exemplo o flúor presente no dentífrico. Por fazer parte da sequência já prevista após a escovação foi tranquilo conseguir aplicar nos escolares, a única coisa ruim é que só tínhamos o flúor gel acidulado, e como o gosto é ruim, eles reclamavam e deixavam os outros alunos sem querer fazer a aplicação.

META 7: Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

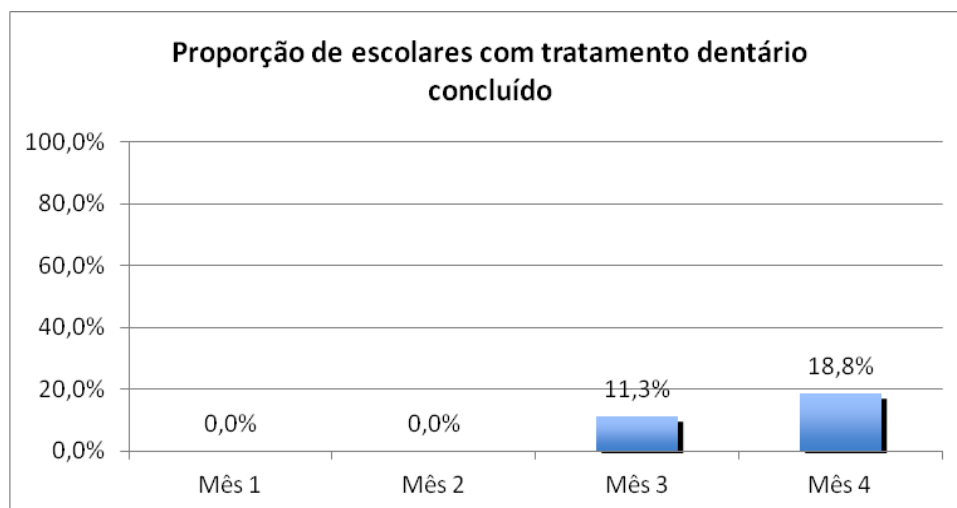


Figura7. Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

Em relação ao tratamento concluído, realmente demoramos um pouco para que esse indicador fosse contabilizado, pois só depois das atividades coletivas, escovação e aplicação de flúor é que começamos a atender no segundo mês as crianças, e já que iniciamos com as menores, seis anos, foi um pouco demorado, pois tínhamos que ter bastante paciência, até porque a maioria deles nunca tinham ido a um atendimento odontológico. Apenas no terceiro mês conseguimos com que 9 (11,3%) dos escolares estivessem com o tratamento concluído e dando continuidade encerramos nossos cálculos na planilha com 15 (18,8%) de tratamento dentário concluído. Infelizmente não conseguimos atingir a meta dos 100%, mas continuamos o trabalho, para que todos os alunos possam ter tratamento odontológico realizado. Esse indicador é de suma importância, pois todas as crianças tem que estar com uma boa saúde bucal para que haja um bom desenvolvimento psicossocial e que não venha a ser um adulto traumatizado com seu sorriso. Essa parte da intervenção foi a que mais demorou e também requereu maior trabalho, pois foi bastante difícil realizar os tratamentos dentários nessas crianças, pois a maioria tinha medo e não cooperava, quando conseguíamos fazer uma pequena restauração, já era considerada uma vitória, e até que essa criança se sentisse ambientado na cadeira do dentista e deixasse realizar o tratamento, isso gastou bastante tempo, o que justifica a dificuldade em atingir a meta. E quando se tratava de exodontias, essa sempre foi a pior parte. Já no último mês, eles já estavam mais tranquilos, sem dor e até gostando de vir ao dentista. Também merece destaque o fato de estar faltando material de insumo na Unidade, durante todo tratamento clínico dos escolares realizamos a parte de restaurações utilizando o Ionômero de Vidro Restaurador.

OBJETIVO 4: Melhorar registro das informações

META 8: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática realizada.



Figura 8. Proporção de escolares com registro atualizado.

Iniciamos a atualização da planilha à medida que começamos a realizar a primeira consulta programática de cada escolar. Marcávamos na planilha a opção de registro atualizado, pois confirmávamos os dados do paciente e a cada consulta fazíamos o registro necessário. Sempre ao final de cada turno de atendimento de intervenção, fazíamos a alimentação da planilha e prontuário de cada escolar atendido. No primeiro mês, conseguimos fazer o registro com 31 (38.8%) dos escolares. No segundo mês conseguimos atingir nossa meta com (80) 100% dos escolares que participaram da intervenção e que tinham planilha atualizada, que eram os que estavam faltando realizar a primeira consulta odontológica. Esse indicador de atualizar os dados é interessante porque nos ajuda na hora da precisão a buscar algum dado desse paciente caso surja alguma dúvida quanto aos procedimentos que esse escolar participou e também quanto aos procedimentos a serem executados. Seguir essa atualização de dados não foi complicado porque adotamos a disciplina de sempre registrar após cada turno de atendimento, a única dificuldade que podemos citar é apenas a necessidade de adotar o hábito de realizar/atualizar todos os registros referentes ao escolar a cada atividade realizada.

OBJETIVO 5: Promover a saúde bucal dos escolares

META 9: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.

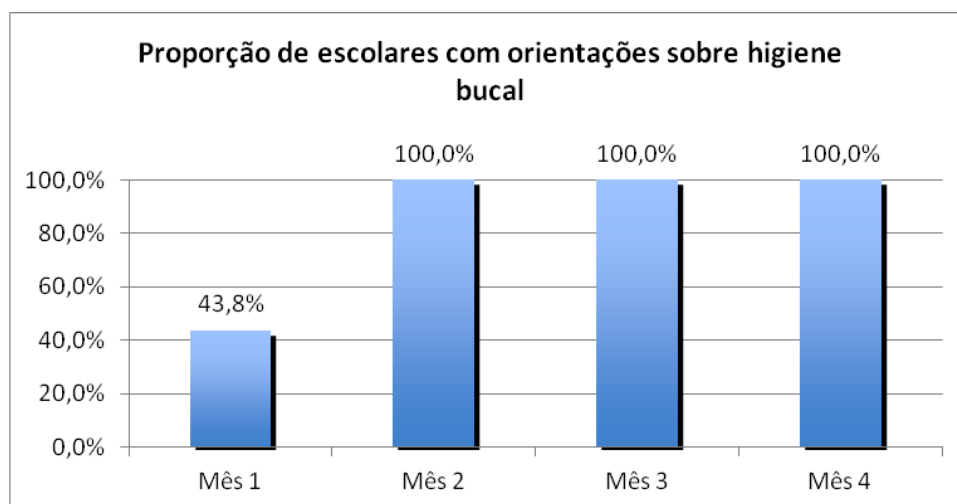


Figura 9. Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal.

Essas orientações de higiene bucal foram as primeiras atividades que realizamos, pois precisávamos iniciar conversando com os escolares de como se encontrava sua saúde bucal para poder cuidar e também qual a experiência que eles tinham com o dentista. No primeiro mês, realizamos essa atividade coletiva com duas turmas, isso é, com 35 (43,8%) escolares, e já no segundo mês conseguimos obter a meta e completamos os 80(100%) de orientações sobre higiene bucal. Esse indicador nos permite transmitir maior segurança ao paciente à medida que eles nos conhecem e também nos faz avaliar o público alvo que iremos trabalhar. Essa ação é tranquila de se realizar quando se trata de escolares pequenos, pois todos prestam atenção e participam das atividades.

META 10: Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças.

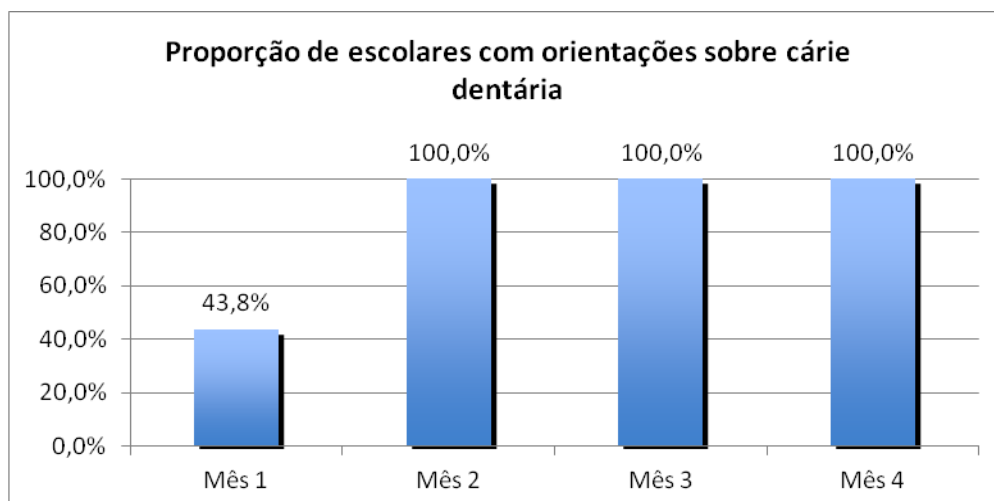


Figura 10. Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças.

Essas orientações sobre cárie dentária também foram realizadas juntamente com as orientações de higiene bucal, aproveitamos o mesmo momento já que se trata de um tema afim. Os dados foram os mesmos, pois já no primeiro mês, realizamos essa atividade coletiva com duas turmas, isso é, com 35 (43,8%) escolares, e já no segundo mês conseguimos obter a meta e completamos os 80 (100%) de orientações sobre a cárie dentária. Esse indicador é interessante, pois conscientiza à criança sobre a necessidade de haver o cuidado com a higiene bucal para evitar que ela venha a sofrer por causa de problemas bucais, como a cárie dentária, bem como torná-la sabedora do significado e repercussões dessa doença. Essa ação tornou-se fácil de executar, pois apresentamos através de álbum seriado os desenhos, ilustrando os dentes cariados e sua evolução, de modo que os impactassem para cuidar de sua saúde bucal.

META 11: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

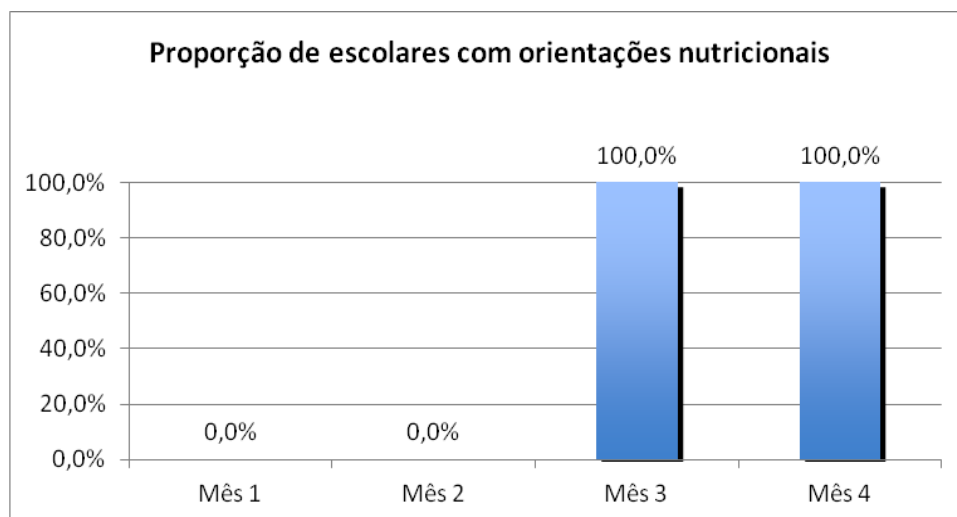


Figura 11. Proporção de escolares com orientações nutricionais.

Essa parte de orientação nutricional foi realizada em um momento único com os escolares no terceiro mês de intervenção, pegamos um momento festivo da escola em que todos eles estavam reunidos e fizemos a atividade coletiva de orientação nutricional atingindo a meta e conseguimos os 80 (100%) escolares. Esse indicador nos fez mostrar aos escolares a importância de uma alimentação saudável para que possa manter bem não só sua saúde bucal, mas também a saúde geral, mostrando-lhes os alimentos que são saudáveis e o que eles devem comer, assim como, os alimentos que não fazem tão bem a saúde, lembrando que sempre após as alimentações eles devem escovar os dentes. Foi uma ação que escolhemos o momento certo de realizar, mas erramos em colocar todos os escolares juntos. Em minha opinião, foi à ação que menos obteve resultado positivo.

4.2 Discussão

Essa intervenção me fez despertar a necessidade de incentivarmos, no caso em questão, as crianças, de cuidar dos dentes, mostrando-lhes que a higiene oral diária bem feita é necessária para prevenir problemas dentários mais complexos, sempre na intenção de melhorar a atenção à saúde bucal de escolares.

Diante da intervenção desenvolvida na Unidade Básica de Saúde percebemos que ela trouxe a contribuição no processo de cuidado em saúde bucal de alguns escolares da Escola Municipal Aníbal Limeira, nos mostrando a necessidade de ampliar essa faixa etária diante de tantos alunos classificados como

alto risco, melhorando assim, a situação de saúde bucal e mostrando-lhes a necessidade do cuidado pessoal com a higiene oral.

Depois da implantação da intervenção, o atendimento aos escolares tornou-se semanal e de forma planejada com agendamento, pois ele existia de maneira bastante precária e sem muita preocupação em seguir uma linha de cuidado com os escolares, pois fazíamos de forma esporádica. Com o registro de todos os escolares, conseguimos fazer com que todos participassem de uma atividade coletiva de orientação sobre a saúde bucal e a partir de então estamos fazendo o atendimento clínico. Não conseguimos estabelecer com ordem de prioridade, pois a maioria faz parte do grupo de alto risco, então estamos organizando os grupos por salas de aulas e estamos atendendo e conseguindo fazer a conclusão do tratamento dentário com alguns escolares focos da intervenção.

O impacto da intervenção já é bem percebido e valorizado pelos escolares como também pelos seus pais; não ainda pela comunidade em geral, até porque alguns indagam o motivo de reservar um turno só para esse público. Pude perceber nas semanas de férias escolares, que quando os pais levavam as crianças ao atendimento, eles agradeciam ou comentava da importância de estarmos atendendo seu filho. Esse reconhecimento por parte deles é gratificante, e nos impulsionam a continuar fazendo esse atendimento.

Nossa intervenção começou aos poucos e ganhou aprovação. Hoje, integrando a intervenção à rotina da Unidade, vou deixar que os pais e/ou responsáveis se responsabilizem em trazer seus filhos a Unidade, pois algumas crianças não colaboravam na hora do procedimento, e quando os pais acompanhavam, eles deixavam realizar o tratamento, até porque algumas vezes os pais tem que usar de autoridade para que eles cooperem na hora do atendimento clínico. Também tentarei inserir na Escola, o momento de escovação dentária após o horário da merenda. Estou só esperando chegar à Unidade os kits com pastas e escovas.

Existe total viabilidade de a intervenção ser incorporada a rotina do serviço. Vou procurar mais ajuda do NASF, para que essa equipe trabalhe na escola com temas voltados a realidade das crianças, não só a saúde bucal delas, mas abordar também problemas sociais inerentes a essa comunidade. Também vamos atualizar a ficha espelho, colocando apenas os dados necessários que não existem na ficha clínica disponibilizada pela prefeitura.

Quando concluirmos o tratamento com os escolares de 6-12 anos, pretendemos expandir essa faixa etária, de forma que abranja outros escolares, até que toda a escola esteja com a intervenção em prática e com os tratamentos dentários concluídos e a partir daí poderemos realizar apenas a parte preventiva com esses escolares e a curativa com os alunos novatos.

Assim, podemos perceber que a intervenção foi bem aceita e tem produzidos bons frutos com os escolares. Diante desses resultados positivos, temos boas intenções que nosso projeto se espalhe também a outras Unidades e que possamos ter uma melhor saúde bucal dos nossos escolares.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Conforme permissão concedida pelo gestor de saúde do município de Santa Rita responsável no período de fevereiro de 2013, iniciamos uma intervenção em saúde bucal na nossa UBS Dr. Teixeira de Vasconcelos, mediada pela Universidade Federal de Pelotas onde trabalhamos com os Escolares na faixa etária de 6-12 anos da Escola Municipal Aníbal Limeira cujo objetivo geral é Melhorar a atenção à saúde bucal de escolares.

Fomos à escola, apresentamos nosso projeto à diretora a qual nos foi bastante receptiva e a partir daí iniciamos nossa atividade na escola. Iniciamos realizando várias ações coletivas de atenção voltada para a saúde bucal, depois fizemos escovação dentária supervisionada, aplicação tópica de flúor e em seguida já realizávamos o exame bucal de cada criança, para só então levarmos elas para o consultório odontológico e iniciarmos o tratamento dentário, pois o exame realizado nos permite a identificação das necessidades de saúde bucal individual de cada criança possibilitando o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Esses escolares nos mostraram a necessidade de investirmos pesado na saúde bucal deles, pois a maioria além de ter medo de ir ao dentista, já teve experiência desagradável de dor de dente. É um público que realmente precisa de muito cuidado, pois a maioria, 74 escolares, dos 80 cadastrados, fazem parte do grupo de alto risco necessitando de vários procedimentos clínicos em sua boca. Durante o tratamento odontológico, estávamos também indo buscar os alunos na escola para que eles não faltassem às consultas. Conseguimos realizar o “Tratamento Concluído” utilizando apenas o Cimento de Ionômero de Vidro, já que

Amálgama, Resina, Anestésico estavam em falta no município, com apenas 15(18,8%) escolares (conforme figura abaixo), num universo de 80 crianças, mostrando que necessitamos de materiais de insumos para podermos realizar o tratamento dentário com qualidade. Diante de muitas crianças sentindo dor e necessitando de exodontias, a CD comprou anestésicos para poder solucionar essa necessidade de urgência. Realmente é uma intervenção que requer tempo, planejamento, cuidado, várias sessões, materiais de insumos para que um aluno possa ter alta da parte odontológica.

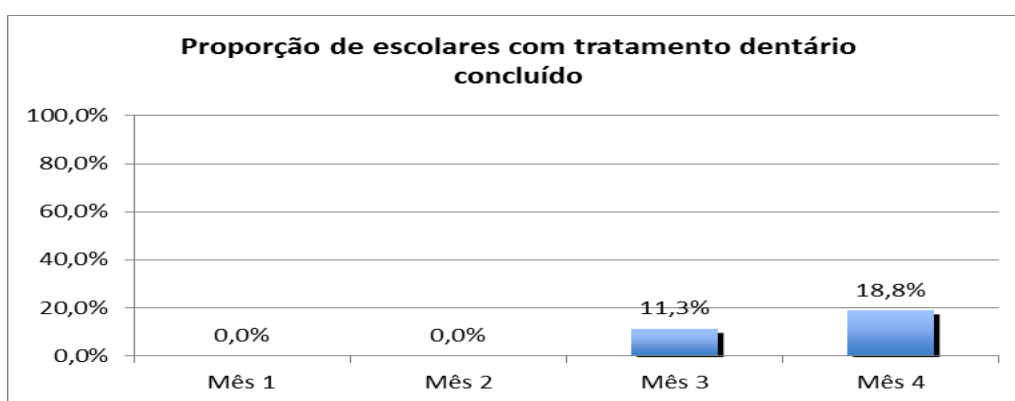


Figura12. Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

Percebemos também uma grande satisfação por parte dos pais dos escolares, quando eles vinham trazer seus filhos ao atendimento, eles agradeciam e comentavam a diferença que percebiam nos dentes dos filhos, principalmente com aquelas crianças que acordavam pela madrugada chorando com dor de dente e que agora não choram por esse motivo, algumas até perderam o medo de vir ao dentista e propagam aos irmãos o cuidado que se deve ter com a saúde bucal.

Diante dos resultados alcançados pretendemos continuar realizando nossa intervenção com esses escolares a ponto de ampliarmos essa faixa etária e contando sempre com o apoio da Secretária Municipal de Saúde em estar dispendo materiais educativos, de consumo como amálgama, resina, flúor, kits de escova e pasta para que diante do Programa Saúde na Escola (PSE) possamos mostrar bons resultados relacionados à saúde bucal.

Necessitamos dar prosseguimento a essa intervenção, pois com apenas quatro meses de atividade, constatamos imensas melhorias na vida daqueles que participaram das nossas atividades.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Assim como alguns usuários perceberam, separamos um turno para atender algumas crianças na idade de 6-12 anos que estão matriculados na Escola Municipal Aníbal Limeira que fica localizada aqui atrás da Unidade de Saúde.

Fizemos atividades com 80 alunos, dos quais 74 se encontravam com alto risco para as doenças bucais. Todos eles participaram das atividades, e alguns ainda realizam tratamento clínico, sendo que 15 alunos tiveram seu tratamento dentário concluído.

Com esses alunos, tivemos vários momentos de atividades educativas relacionado à saúde bucal, escovação dentária, aplicação tópica de flúor até que chegasse o momento de trazê-los a Unidade para realizar o tratamento aqui no consultório odontológico de forma individual com cada criança e é por isso que separamos esse turno exclusivo para elas.

Ao iniciar as atividades com as crianças na escola, percebemos que elas tinham muito medo de vir ao dentista, muitas delas, até de abrir a boca para a gente avaliar foi difícil, já choravam e com isso percebemos a importância em trabalharmos desde já a saúde bucal desses escolares, até mesmo porque a grande maioria já teve experiência com a dor de dente.

E foi vendo essa realidade, que decidimos que precisamos trabalhar com essas crianças, e assim, esperamos que elas tenham uma melhor saúde bucal e possam propagar para seus familiares a necessidade de cuidar não só dos dentes, mas da boca toda.

Esse trabalho com as crianças ira favorecer alguém de sua família, seja seu filho(a), sobrinho(a), primo(a) trazendo para ele(a) benefícios que serão sentido não só em relação a saúde bucal, mas trará resultados positivos na saúde geral da criança que irão repercutir durante toda a vida, até mesmo quando chegarem a vida adulta.

Assim, esperamos que vocês compreendam nossa necessidade de melhorar a saúde bucal de suas crianças junto à escola e contamos com o apoio para que vocês tragam seus filhos na data previamente marcada, incentivem eles em casa a fazer a escovação após a alimentação para que juntos possamos melhorar essa

realidade, pois a partir de agora sempre haverá um horário reservado para o atendimento exclusivo as crianças da escola.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

O desenvolver do curso me trouxe experiências jamais vivenciadas antes. No início do curso, pensei que fosse algo que seria rápido e bem lógico de realizar, mas logo no início deu para notar que não se trata de um simples curso, mas algo que exigia comprometimento e dedicação, e desde o início tenho me surpreendido com tanta excelência que o curso nos oferece.

Cada etapa que o curso nos guia é algo novo e surpreendente, pois nos orienta e com os relatórios que fazemos semanalmente, somos capazes de auto-analisar nosso trabalho, fazendo com que sempre busquemos a melhoria em relação ao desenvolvimento da intervenção. Hoje, com certeza, me encontro mais preparada para realizar uma ação, tenho ciência da necessidade de um planejamento e da importância de fazer toda programação e ir acompanhando cada dado obtido, sempre propondo metas a serem alcançadas.

Em minha prática profissional, posso dizer que o grande significado do curso pra mim é que todo trabalho tem que ter um objetivo. Não adianta números, sem qualidade. Temos que investir no público alvo e tentar fazer com que esse pessoal sinta diferença e se agrade da ação a ponto de propagar positivamente as benfeitorias recebidas por nós profissionais da saúde. Hoje vejo que existem crianças que perderam o medo de ir ao dentista, outras que já não sentem dor de dente e a maioria difundindo aos irmãos a importância de cuidar da higiene oral. Esses detalhes nos fazem perceber que realmente conseguimos nosso objetivo e nos mostra a importância de continuar fazendo para que “a grande maioria” tenha condições de fazer parte de um grupo que recebe cuidados.

Aprendizados que tive no curso me acompanharão ao longo da prática clínica. Hoje sei que o atendimento tranquilo com as crianças precisam de um envolvimento além do consultório, precisamos mostrar a elas quem realmente somos, e não apenas o lado dentista de ser; necessitamos mostrar carinho para com elas, para que se sintam confiantes e nos permitam ajeitar seus dentes. Comprovei que não adianta ter todos os recursos, se não existir equipe concentrada em fazer acontecer à intervenção, não adianta. E sempre ter disciplina para realizar os objetivos.

Graças a uma série de orientações semanais, conseguimos realizar a intervenção e conhecer necessidades que são comuns a vários grupos, nos dando arcabouço suficiente para realizar planejamentos que beneficiem a população.

6. Bibliografia

ANTUNES José Leopoldo Ferreira; PERES, Marco Aurélio Anselmo. Epidemiologia em saúde bucal. In: _____. **Levantamentos epidemiológicos em Saúde Bucal no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.33 -48;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002- 2003**. Resultados principais. 2004;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. 2011;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 17; Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012

Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=251370&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>

Acesso em: 04/09/2013;

NARVAI, P. C.; BIAZEVIC, M. G. H.; JUNQUEIRA, S. R.; PONTES, E. R. C. J. Diagnóstico da cárie dentária: comparação dos resultados de três levantamentos epidemiológicos numa mesma população. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 72-80, Aug., 2001;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 4. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1999;

PERIN, P. C. P. et al. Percepção e condição de saúde bucal em crianças numa instituição na cidade de Lins/SP. **Rev. Fac. Odontol. Lins**, Piracicaba, v.16, n. 2, p. 33-38, jul./dez, 2004;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.

ANEXOS:

ANEXO A: PLANILHA COLETA DE DADOS

Microsoft Excel - Planilha de coleta de dados Saúde Bucal escolares

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Ferramentas Dados Janela Ajuda Digite uma pergunta

50% Calibri 11

				Indicadores de saúde bucal - Mês 1												
Dados para Coleta	Número da escolar	Nome da Escolar	Idade da escolar	O escolar é morador da área de abrangência da unidade de saúde?	O escolar foi classificado como alta risco para saúde bucal?	O escolar morador da área de abrangência está com primeira consulta odontológica realizada?	O escolar morador da área de abrangência classificado como alta risco está com primeira consulta odontológica realizada?	Número de consultas odontológicas não realizadas	Número de bucares realizados ou escolar faltara à consulta	O escolar participou de escovação supervisionada com creme dental?	O escolar de alta risco recebeu aplicação de gel fluorada com escova dental?	O escolar está com tratamento odontológico concluído?	O escolar está com registro de saúde bucal atualizado?	O escolar / familiar recebeu orientação sobre higiene bucal?	O escolar / familiar recebeu orientação dentária?	O escolar / familiar recebeu orientação nutricional
Orientações de preenchimento	De 1 até o total de escolares cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Nenhuma	0 - Nenhuma	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1															
2	2															
3	3															
4	4															
5	5															
6	6															
7	7															
8	8															
9	9															
10	10															
11	11															
12	12															
13	13															
14	14															
15	15															
16	16															
17	17															
18	18															
19	19															
20	20															
21	21															
22	22															
23	23															
24	24															
25	25															
26	26															
27	27															
28	28															
29	29															
30	30															
31	31															
32	32															
33	33															
34	34															
35	35															
36	36															
37	37															
38	38															
39	39															
40	40															
41	41															
42	42															
43	43															
44	44															
45	45															
46	46															
47	47															
48	48															

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

Pronto

ANEXO B: DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma 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.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

ANEXO C: FICHA ESPELHO



PROGRAMA DE PREVENÇÃO A SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES

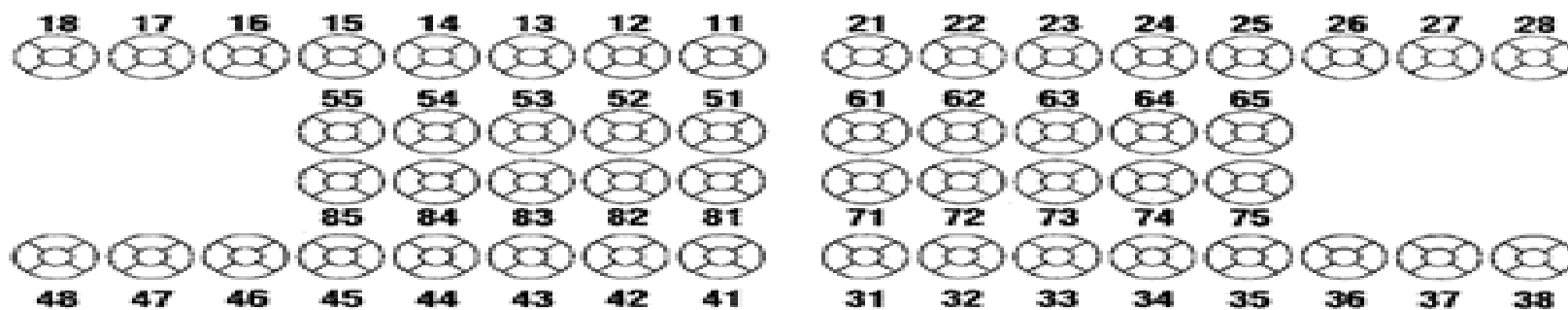
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa: ___ / ___ / ___ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____ Sexo: _____

Nome completo: _____ Idade: _____ Data de nascimento: ___ / ___ / _____

Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____ Nome do ACS: _____

Endereço: _____ Telefone: _____ / _____



LEGENDA:

○ - CARIADO / - INDICADO EXTRAÇÃO; ● - RESTAURADO; X - EXTRAÍDO

CPO-D: _____

CEO-D: _____

APÊNDICE

Apêndice A: CARTA SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO DOS PAIS

Srs. Pais ou Responsáveis,

Dando continuidade ao acompanhamento de Saúde Bucal que estamos realizando com o escolar, gostaria de solicitar a vossa autorização para realizar Tratamento odontológico no seu filho(a), o qual será realizado no PSF Dr. Teixeira de Vasconcelos.

Deixando-os cientes que qualquer procedimento só será realizado se a **criança cooperar** e houver a **vossa autorização**, juntamente com o **nº do cartão do SUS** e **nº do Registro de nascimento**.

Autorizado: Sim Não

Assinatura do Responsável:

Endereço:

Cartão do SUS: _____

Número do Registro de Nascimento: _____

Data de Nascimento: __/__/____