

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Faculdade de Medicina
Especialização em Saúde da Família
Turma VI**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 6 a 14 anos assistidos
pela Unidade de Saúde do Coqueiro, Luís Correia-PI.**

Jardel Araújo de Oliveira

Pelotas - 2015

Jardel Araújo de Oliveira

Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 6 a 14 anos assistidos pela Unidade de Saúde do Coqueiro, Luís Correia-PI.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Pelotas - UFPEL, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Luzane Santana da Rocha

Pelotas - 2015

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

O48m Oliveira, Jardel Araújo de

Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 14 anos assistidos pela Unidade de Saúde do Coqueiro, Luís Correia-PI / Jardel Araújo de Oliveira; Luzane Santana Da Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

63 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde Bucal. 4.Escolar. 5.Prevenção. I. Rocha, Luzane Santana Da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico essa vitória a Deus, aos meus pais, à Emília, à minha família, aos amigos e a todos aqueles que de alguma forma, estiveram e estão próximos a mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena!

Agradecimentos

A Deus, pela oportunidade dada, saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio e amor incondicional.

À Emília, minha noiva, sempre presente.

À minha orientadora, Luzane Santana, pelo suporte, correções e incentivo ao longo de todo o curso.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração, pelo excelente curso e estrutura ofertados.

A todos da unidade de saúde, profissionais, gestores e usuários, por terem contribuído com a realização deste trabalho.

*“Aprender é única coisa de que a mente
nunca se cansa
nunca tem medo e
nunca se arrepende.”.*

Leonardo da Vinci.

Lista de figuras

Figura 01 - Foto dos alunos da Unidade Escolares Clarindo de Brito Vêras com os kits de higiene bucal doados.....	45
Figura 02 - Foto dos alunos da Unidade Escolares Clarindo de Brito Vêras com os kits de higiene bucal doados.....	45
Figura 03 - Gráfico indicativo da proporção de escolares examinados na escola..	46
Figura 04 - Gráfico indicativo da proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.....	47
Figura 05 - Gráfico indicativo da proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.....	48
Figura 06 - Gráfico indicativo da proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.	48
Figura 07 - Gráfico indicativo da proporção de escolares com registro atualizado	49
Figura 08 - Gráfico indicativo da proporção de escolares com orientações sobre dieta.....	50

Lista de abreviaturas

ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEO-D	Cariados, perdidos e obturados – dentes.
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	09
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	30
2.3.3 Logística	34
2.3.4 Cronograma	37
3 Relatório da Intervenção	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	43
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	44
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	44
4 Avaliação da intervenção	46

4.1 Resultados	46
4.2 Discussão	51
4.3 Relatório da intervenção para gestores	53
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	55
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	57
6 Bibliografia	59
Anexos	60

Resumo

OLIVEIRA, Jardel Araújo. **Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 14 anos assistidos pela Unidade de Saúde do Coqueiro, Luís Correia-PI.** 2015. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As escolas tem grande influência sobre a saúde dos jovens, sendo ambientes que apoiam e conduzem à promoção da saúde. Entre as crianças, os escolares são considerados o grupo mais favorável para o desenvolvimento de programas de educação em saúde bucal, por apresentarem maior facilidade de aprendizagem e uma melhor coordenação motora. Em virtude disso, a intervenção focou nesse grupo populacional, tendo como objetivo melhorar a Atenção à Saúde Bucal dos escolares da área de abrangência da ESF do Coqueiro no município de Luís Correia-PI. Foram duas as escolas visitadas, a Unidade Escolar Fontenele Machado com 99 alunos e a Unidade Escolar Clarindo de Brito Vêras com 120 escolares. As duas localizam-se na área de abrangência da Unidade de Saúde e atendem a um público de 6 a 14 anos de idade, onde são ministradas aulas para o ensino fundamental menor, do 1º ao 5º ano. No total, 219 alunos frequentam regularmente essas escolas. Foram desenvolvidas atividades educativas, com a realização de palestras sobre higiene bucal e dieta saudável, além da escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor. Nesse período, realizou-se o exame bucal coletivo com finalidade epidemiológica em 219 escolares, 100% do total previsto. Destes, 30% (N=67) foram classificados como de risco à cárie e em 65 procedeu-se a primeira consulta odontológica e conclusão do tratamento odontológico, além de terem suas fichas espelho atualizadas. A ida da equipe de saúde bucal até o ambiente escolar fez com que os alunos se familiarizassem com o atendimento odontológico, levou conhecimento a respeito da saúde bucal e dieta saudável a todos os alunos e facilitou o acesso dos mesmos a realização do tratamento quando necessitavam de acordo com a classificação de risco à cárie realizada em todos. Torna-se totalmente possível a incorporação da intervenção na rotina da unidade, visto que todas as atividades e ações foram possíveis de serem realizadas sem que se tivesse que mudar o que já tínhamos na unidade.

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

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de escolares de 6 a 14 anos da Unidade de Saúde do Coqueiro do município de Luís Correia. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho 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 12 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 Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês Março/2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de Fevereiro, 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/APS

Em toda EFS é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação ao compromisso de resolver boa parte dos problemas da população. Na Unidade Básica de Saúde na qual eu estou alocado, contamos com uma estrutura física deficiente, infelizmente. Isso acaba fazendo com que o nosso trabalho fique um pouco comprometido, afinal, a Odontologia necessita de toda uma estrutura preparada para que se realizem os procedimentos adequadamente. Os problemas se acumulam no período.

A sala de espera da unidade é pequena. O consultório Odontológico é pequeno e pouco arejado, não há luminosidade natural. A cadeira apresenta alguns problemas, o sugador não funciona. A irrigação da caneta de alta rotação nem sempre funciona. Mas com todos esses problemas, o atendimento clínico dos pacientes continua acontecendo, só que com um maior tempo entre os atendimentos. O que nos conforta é saber que uma nova unidade física está preste a ser inaugurada junto dela, será instalado novos equipamento livre dos problemas relatados.

Sempre há um ou outro material que falta e faz com que tenhamos que utilizar aquilo que temos de momento. Nem todos os medicamentos estão disponíveis e os pacientes nem sempre podem adquiri-los na rede particular.

Contraopondo-se a estrutura física, os profissionais lá instalados sempre procuram cumprir sua função da melhor forma possível, indo de encontro às necessidades dos usuários do sistema de saúde. Mesmo com o mau funcionamento dos equipamentos, não deixam de cumprir seus objetivos. Toda a população é ciente do horário de funcionamento da equipe e do processo de marcação de consultas. Além dos atendimentos eletivos, os pacientes que aparecem com algum problema de urgência são acolhidos.

Os gestores municipais de saúde se esforçam para solucionar os problemas encontrados, mas esbarram na burocracia. No momento, está

ocorrendo um processo de reestruturação da saúde do município, o que nos levar a crer na melhora em curto prazo.

Todos os profissionais na UBS se relacionam muito bem com os membros da comunidade. Os agentes comunitários de saúde fazem a ponte entre a população e todos do posto, sendo a porta de entrada para o atendimento. Além disso, as atividades coletivas são regularmente realizadas nas escolas, creches e igreja da área, onde procuramos fazer com que sejam reconhecidos os que necessitam da assistência e trazemos para dentro da unidade, onde será acompanhado por todos os profissionais. Nessas atividades em grupo, procura-se enfatizar a importância da prevenção na manutenção da saúde, afinal, a educação é instrumento de transformação social. Na odontologia, palestras, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor são regularmente realizadas.

Há também as visitas domiciliares, que tiram os profissionais de dentro da estrutura física da unidade de saúde para ir de encontro dos que se encontram mais distantes, procurando entender a realidade dos mesmos e conscientizá-los de que a saúde é um direito de todos.

Só se consegue alcançar saúde dos usuários com uma participação efetiva dos mesmos, profissionais e gestores, todos engajados com uma saúde pública de qualidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Em Luís Correia, litoral norte do estado do Piauí, tem uma população de aproximadamente 29.252 de acordo com o censo demográfico realizado pelo IBGE em 2013. Conta com 18 Unidades de Saúde da Família (UBS) distribuídas na zona urbana e rural do município. Essas unidades contam com o apoio constante do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e com um Centro de Especialidades Odontológicas onde são realizados os procedimentos da atenção secundária da saúde bucal. Há a disponibilidade de atenção especializada, tais como: ginecologia, obstetrícia, psiquiatria, cardiologia, ortopedia, dentre outras. O município conta com uma unidade hospitalar, com atendimento predominantemente ambulatorial. Complementando a saúde da cidade, os exames completos, tais como Raios-X,

tomografia, ultrassom e eletrocardiograma, solicitados são realizados em sua maioria na cidade vizinha, Parnaíba.

Já relacionado à UBS na qual exerce a odontologia, a mesma encontra-se na zona urbana do município, totalmente vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela Estratégia de Saúde da Família, sem vínculo com instituições de ensino. A unidade opera no modelo de atenção de ESF, funcionando apenas com uma equipe de saúde, contando com 7 agentes comunitários de saúde, 1 enfermeira, uma médica, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e uma técnica de enfermagem, além do pessoal administrativo e organizacional. Contamos também com o apoio do NASF (Núcleo de Apoio À Saúde da Família), onde fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, entre outros profissionais realizam atendimento complementar.

Por se tratar de uma estrutura adaptada para receber a UBS, as necessidades e limitações são muitas, que vão desde a falta de banheiro para os usuários a ausência de sala de reuniões. Já na recepção notamos a falta de lugares suficientes para acomodar todos os pacientes agendados, pois a mesma divide o espaço com os locais para a nebulização e outros procedimentos. Não há sala de vacina, almoxarifado, sala para administração/gerência, depósito de limpeza e de lixo, escovário, sala de esterilização, expurgo e sala para os agentes comunitários de saúde.

Dois consultórios fazem parte da unidade, sendo um o odontológico e o outro dividido entre a enfermeira e a médica da equipe. São acomodações pequenas, sem ventilação e iluminação natural. As barreiras arquitetônicas são inúmeras, tornando o acesso àqueles que têm necessidades especiais difíceis.

Há muito que se melhorar na UBS, mas não há espaço físico suficiente para que todas as alocações necessárias sejam criadas. Prioritariamente, pode-se adequar a unidade para que as barreiras arquitetônicas sejam diminuídas e possibilitem o acesso àqueles que contam com alguma dificuldade de locomoção, como a instalação de rampas e corrimões. Outra situação que pode ser resolvida é instalação de janelas para que ocorra uma maior circulação de ar e a iluminação natural. Felizmente uma nova estrutura construída especialmente para alocar a unidade de saúde está sendo construída, onde se espera que os principais problemas estruturais sejam sanados.

Procurando sempre desempenhar o melhor trabalho possível, a equipe de saúde organiza todas as ações voltadas sempre a atender os anseios da população

da área, onde são realizadas campanhas de vacinação, atividades coletivas em saúde, visitas domiciliares regulares e outras ações pertinentes à atenção básica. Os protocolos ou manuais seguidos são baseados naqueles fornecidos pelo Ministério da Saúde, tendo um específico para cada área de atendimento.

A equipe procura conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificando os problemas de saúde e situações de risco mais comuns ao qual aquela população está exposta, além de executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida, sempre procurando estimular o engajamento e a participação popular. Além de realizadas um sistema de referência e contra referência para os casos de maior complexidade.

Em virtude de um problema estrutural e organizacional dos gestores de saúde, algumas ações tornam-se impossibilitadas de serem realizadas. A estrutura física não possibilita espaço suficiente para acomodar todos os usuários, instrumentos e insumos não são suficientes para atender a todos, principalmente devido uma demanda reprimida ainda existente na região.

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), cada equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. A equipe de Saúde do Coqueiro é responsável por aproximadamente 2800 pessoas, distribuídas igualmente por gênero e com concentração maior na faixa etária de 15 a 40 anos, demonstrando ser uma população jovem.

Uma população dentro da média de assistência para um ESF possibilita que todos os usuários da unidade de saúde possam ser assistidos sem que haja um excesso de usuários, pelos os profissionais que lá atendem, apesar de uma demanda reprimida ainda existente.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), acolhimento é a prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas e que pode acontecer de formas variadas. Na UBS na qual estou alocado, procuramos acolher todos os pacientes que procuram atendimento da equipe, sendo este realizado na sala de enfermagem ou nos consultórios do médico, enfermeiro ou odontólogo, apesar de não existir equipe de acolhimento.

Para definir o encaminhamento da demanda dos usuários são utilizadas classificações do risco biológico e de vulnerabilidade social, procurando ir de encontro ao princípio da equidade proposto nas diretrizes do SUS. É comum o surgimento de usuários que solicitam atendimento por estarem com algum problema de saúde agudo ou de atendimento imediato/prioritário para todos os profissionais da unidade, e há o oferecimento desse serviço para esse tipo de demanda, a espontânea. Mas não há excesso de demanda, podendo todos aqueles que procuram o acolhimento serem atendidos.

O tempo de espera geralmente excede os 30 minutos, pois há o atendimento ao pacientes agendados, necessitando desse tempo para adequação do local e profissionais para a demanda espontânea. Infelizmente não é oferecido na unidade serviço de prótese dentária ou atendimento odontológico especializado.

O tempo de espera poderia ser diminuído para atender de forma mais breve os casos agudos e imediatos que surgem se tivessem uma logística mais adequada e que não alterasse o fluxo de pacientes agendados.

Em relação à saúde da criança, as consultas são realizadas todos os dias da semana, porém em apenas um turno, procurando sempre investigar o crescimento e desenvolvimento normal e possíveis alterações que possam está ocorrendo e oferecendo a vacinação em sua época adequada. As mães são sempre instruídas com relação a uma alimentação saudável e higienização da boca.

A atenção à Saúde da Criança na unidade na qual trabalho pode ser classificada como boa, ainda assim, pode ser melhorada em alguns aspectos. Dentre eles, oferecer o atendimento de puericultura em dois turnos com participação de mais profissionais, como educadores físicos, assistente social, psicólogo entre outros.

Os escolares, outro grande grupo da área, são assistidos através do Programa de Saúde na Escola (PSE), mas que infelizmente não promove o acesso dos mesmos ao serviços disponíveis na unidade de saúde, no que se inclui a odontologia. E em virtude disso, a situação da saúde bucal desse grupo é precária, onde muitos necessitam de atendimento, fazendo com que tenhamos uma demanda reprimida.

Deve-se também procurar organizar um arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura com revisão periódica. Grupos de puericultura poderiam ser realizados com mais frequência, reforçando a educação em saúde.

Além de uma maior interação entre os profissionais que fazem parte desse importante serviço da atenção básica.

Pré-Natal é o período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. A Estratégia Saúde da Família (ESF) propicia assistência pré-natal de qualidade, e o vínculo estabelecido entre os profissionais com as gestantes é imprescindível para a adesão das mesmas ao Programa de Assistência Pré-Natal (BALDASSARIS, 2011).

A consulta as gestantes inicia-se ainda no primeiro trimestre de gestação, as consultas são regulares e em número completo, e todas as avaliações propostas são realizadas. Realiza-se também vacinação e suplementação de acordo com a necessidade. Durante o acompanhamento realiza-se o número mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. As gestantes já saem da unidade com a consulta seguinte já agenda pelo profissional. A cada trimestre é reavaliar o risco obstétrico e perinatal, através da discriminação dos fatores de risco existentes no cartão de pré-natal. Além disso, são registradas corretamente as informações que constam na ficha de pré-natal da gestante e nos registros da unidade de saúde. O conteúdo de todas estas anotações é avaliado pelo enfermeiro e serve como sinal de alerta para potenciais situações de perigo. De acordo com os dados da UBS e dos indicadores calculados com o Caderno de Ações Programáticas, 31 gestantes realizaram o pré-natal, representando 74% do estimado para a população assistida.

A principal estratégia utilizada para detecção precoce do câncer de colo uterino no Brasil, e na UBS na qual estou alocado, é através do rastreamento, que significa realizar o exame preventivo, citologia oncótica (Papanicolau), em mulheres sem os sintomas, com o objetivo de identificar aquelas que possam apresentar a doença em fase muito inicial. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%) e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer. O exame citopatológico deve ser realizado prioritariamente em mulheres de 25 a 59 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. O número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área é de 678, destas, 427 (63%) realizaram a prevenção de câncer de colo de útero.

Dentre os meios preventivos do surgimento do câncer de colo do útero, trabalha-se com a intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco, como o estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais e diminuição da exposição ao tabaco. A mulher com situação de risco pode ser identificada durante o acolhimento ou na consulta ginecológica e deve ser acompanhada de maneira mais frequente. Além disso, as mulheres são estimuladas a manter uma atividade física regular, evitar ou limitar a ingestão de bebidas alcoólicas e parar de fumar.

Já o câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61%. (BRASIL, 2006)

Na unidade de saúde realiza-se o exame clínico das mamas, por um médico ou enfermeiro, em todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual. Aproximadamente 76% do número estimado de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na região, de acordo com o Caderno de Ações Programáticas, estão com a mamografia em dias. No exame, procura-se identificar alterações na mama e, se for indicado, serão realizados exames complementares. E mulheres com idade entre 50 a 69 anos de idade realiza-se mamografia, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames. É garantido o acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

A diabetes mellitus no Brasil apontou um índice de 7,6% na população brasileira entre 30-69 anos, atingindo cifras próximas a 20% na população acima dos 70 anos. Cerca de 50% dessas pessoas desconhecem o diagnóstico, e 25% da população diabética não fazem nenhum tratamento. Outro importante problema de saúde pública é a hipertensão arterial, cuja prevalência estimada na população brasileira adulta é de cerca de 20 a 20%, sendo que, entre a população idosa, esta cifra chega a 65%. Entre os hipertensos, cerca de 30% desconhecem serem portadores da doença. É uma doença que apresenta alto custo social, sendo

responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho. (PAIVA et al, 2006)

As ações voltadas para o controle dessas doenças visa à promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permitindo a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos diabéticos e hipertensos. Os grupos de indivíduos com essas condições sistêmicas são atendidos periodicamente, com seus retornos agendados a cada consulta, além de atividades educativas, com participação dos membros da equipe, buscando orientá-los quanto a uma alimentação saudável, praticas regulares de atividade física e de saúde bucal. Quando necessário, exames complementares são solicitados para a investigação de alguns sinais e sintomas das mesmas.

Estima-se que 161 indivíduos acima de 20 anos sejam diabéticos, de acordo com o Caderno de Ações Programáticas, onde 58% são acompanhados pela equipe de saúde da unidade. Já com relação a hipertensão, a estimativa é a de que 562 pessoas sejam hipertensas, porém apenas 185 (33%) estão cadastradas e são acompanhadas pela UBS.

As visitas domiciliares são realizadas aos que apresentam dificuldade em locomoção ou algum problema agudo. As medicações para o tratamento das patologias são distribuídas no posto de saúde após a consulta com o médico da unidade. Os registros são realizados em cartões específicos para hipertenso e ou diabéticos, mas não há um arquivo específico para o armazenamento.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, instituída em 1999, tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação. Busca-se garantir a permanência do idoso no meio em que vive, exercendo de forma independente, suas funções na sociedade (BRASIL, 1999).

A ESF constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliária possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar. Assim, esse grupo populacional deve ter atenção especial, por se tratar de uma época em que muitas modificações ocorrem no corpo, deixando-os mais vulneráveis as injúrias que possam lhe acometer. Diante disso, procuramos fazer com que todos tenham atendimento junto à equipe de saúde, monitorando todos as variáveis

relevantes da saúde, principalmente a pressão arterial e às taxas de glicemia, importantes no diagnóstico da hipertensão e diabetes respectivamente. Além dessas, são realizados grupos com o intuito educativo, onde há participação de toda a equipe e demais profissionais, como nutricionista e fisioterapeuta.

No atendimento aos idosos, há um protocolo de atendimento seguido de acordo com o Ministério da Saúde e Secretária municipal, além de uma interação entre os membros da equipe. Todos os dados são registrados em ficha clínica. Mas não há um registro específico para esse grupo.

Já com relação a saúde bucal, a mesma encontra-se com alguns problemas, principalmente no acesso aos serviços oferecidos. Há uma demanda reprimida, nem todos conseguem atendimento e, aqueles que conseguem, encontram-se em grave situação, necessitando de várias sessões de atendimento para que ocorra uma melhoria.

São realizados todos os procedimentos da atenção básica, que vão desde a simples profilaxia a pequenos procedimentos cirúrgicos. Além disso, procura-se sempre a realização de atividades educativas buscando uma mudança de hábitos e, conseqüentemente, o quadro de saúde bucal da região.

Não restam dúvidas que os maiores desafios são estruturais e organizacionais. Infelizmente, a UBS não conta com uma estrutura física que proporcione um ambiente de trabalho satisfatório para todas as práticas necessárias em uma unidade de saúde e que possam receber os usuários dos serviços de saúde. Já quando se fala no processo organizacional, falta arquivos específicos para determinados grupos populacionais, o que nos impede de realizar busca ativa por faltosos e com consultas em atraso.

Os recursos humanos garante um bom desenvolvimento do trabalho junto aos usuários, enfrentando as dificuldades sempre que possível e fazendo com que o planejamento seja seguido.

O Caderno de Ações Programáticas nos mostrou que em alguns pontos há uma cobertura dos usuários abaixo do que se espera para o tamanho populacional e estimativas propostas. E de uma maneira geral, os questionários nos nortearam em alguns pontos não antes observados, fazendo com que o processo de trabalho fosse sendo melhorado nas deficiências encontradas.

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

Comparando a situação inicial com o que vemos hoje, após a Análise situacional, podemos notar melhorias no processo de trabalho e atendimento aos usuários, buscando o engajamento da população, com sua participação nas decisões e organização das atividades, bem como uma oferta maior de procedimentos junto a atenção básica, que antes não eram vistas como importantes na melhoria do serviço oferecido. Além disso, tivemos crescimento profissional, agregando ao processo de trabalho, trazendo ganhos aos usuários do serviço.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

No que se refere a saúde bucal brasileira, é grave a situação epidemiológica na qual se encontra. Dentre os fatores contribuintes, podemos destacar os escassos investimentos, a condição social e econômica da população e a falta de informação sobre os cuidados básicos. Diante desse contexto, e considerando o baixo custo eo grande impacto público e coletivo, a educação em saúde bucal tem grande potencial para melhorar a condição atual da Odontologia, principalmente em regiões distantes dos grandes centros e das inovações tecnológicas. (PAULETO et al, 2004).

As atividades educativas podem ser desenvolvidas em espaços diversos, como escolas, por exemplo, permitindo a expansão e o fortalecimento da saúde por meio de um trabalho coletivo e participativo com toda a comunidade escolar, sem esquecer que a escola representa um ambiente educacional e social propício para trabalhar conhecimentos e mudanças de comportamento (SÁ & VASCONCELOS, 2009)

O local da unidade é uma estrutura adaptada para receber a UBS. Não há sala de vacina, almoxarifado, sala para administração/gerência, depósito de limpeza e de lixo, escovódromo, sala de esterilização, expurgo e sala para os agentes comunitários de saúde. Dois consultórios fazem parte da unidade, sendo um o odontológico e o outro dividido entre a enfermeira e a médica da equipe. São acomodações pequenas, sem ventilação e iluminação natural. A ESF é composta por um enfermeiro, um médico, um dentista, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de saúde bucal e 7 agentes comunitários de saúde. A população assistida é de aproximadamente 700 famílias, totalizando 2800 pessoas.

As escolas tem grande influência sobre a saúde dos jovens, sendo ambientes que apoiam e conduzam à promoção da saúde. Entre as crianças, os escolares são considerados o grupo mais favorável para o desenvolvimento de programas de educação em saúde bucal, por apresentarem maior facilidade de aprendizagem e uma melhor coordenação motora (FIGUEIRA & LEITE, 2008). Na área adstrita possui 8 escolas frequentada por cerca de 350 alunos de ensino fundamental, com

faixa etária de 6 a 14 anos, devido a esse fato, estendemos a faixa etária do grupo da intervenção de 12 para 14 anos, procurando englobar a maioria dos alunos. Hoje, poucos são os escolares que são assistidos pela odontologia na unidade de saúde, ou seja, há uma demanda reprimida para esse público. Aqueles que são atendidos aderem ao tratamento proposto e não se ausentam das consultas marcadas. Além disso, o único programa atuante nessas escolas é o PSE (Programa de Saúde na Escola) de caráter preventivo, onde não há o complemento com a parte curativa da Odontologia.

Diante do exposto, faz-se necessário uma maior cobertura da Saúde Bucal dos escolares, indo de encontro aos mesmos e levando aqueles que necessitem para dentro da unidade de saúde e submetendo-os ao tratamento adequado. Mas para isso devemos derrubar as barreiras e diminuir a distância entre os profissionais e os alunos, que ainda tem em mente que o tratamento odontológico é dolorido e sofrível. Para isso, vamos ter toda equipe trabalhando junto para ter êxito na intervenção, promovendo e melhorando a saúde bucal.

2.2 Objetivos e metas

Como foco de intervenção, a saúde bucal dos escolares, tem objetivos claros e definidos com relação à cobertura, qualidade, adesão, registro e promoção de saúde.

2.2.1 Objetivo geral:

Melhorar a Atenção à Saúde Bucal dos escolares da área de abrangência da ESF do Coqueiro no município de Luís Correia/PI.

2.2.2 Objetivos específicos:

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

2.2.3- Metas:

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal dos escolares

Meta 1 - Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

Meta 2 - Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 30% dos escolares da escola foco da intervenção.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares

Meta 1 - Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática em 100% dos escolares classificados com necessidade de tratamento (grupos C1, E ou F).

Meta 2 - Realizar pelo menos uma escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

Meta 3 - Realizar pelo menos quatro aplicações de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais (grupos D, E ou F).

Meta 4 - Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta programática.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal

Meta 1 - Fazer busca ativa de 100% dos escolares encaminhados e que não compareceram para a primeira consulta odontológica programática.

Meta 2 - Fazer busca ativa de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática, faltosos às consultas subsequentes.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Meta 1 - Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 5 - Promover a saúde bucal dos escolares

Meta 1 - Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

Meta 2 - Fornecer orientações sobre dieta para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

Durante a intervenção buscaremos alcançar cinco objetivos, nos quais estão divididos em metas. Para alcançar as metas na Saúde Bucal dos Escolares, as ações serão desenvolvidas em quatro eixos de desenvolvimento, sendo os mesmos: *monitoramento e avaliação*, organização e gestão do serviço, engajamento público e eixo da qualificação da prática clínica. Essas ações estão abaixo detalhadas, organizadas de acordo com seus respectivos objetivos e metas.

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

Meta 1 - Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

Para alcançar essa meta, no eixo de monitoramento e avaliação será monitorado e avaliado mensalmente o número de ações coletivas de exame bucal realizadas nas escolas adstritas a UBS, estando atento ao número de ações, garantido que o exame bucal possa está atualizado.

Já no eixo da organização e gestão do serviço identificaremos os espaços escolares adstritos a cada Unidade Básica de Saúde, fazendo a relação das escolas presentes na área de cobertura da unidade e conhecendo as mesmas. Deve-se também organizar as datas das ações coletivas de exame bucal junto à escola, planejando, juntamente com a coordenação escolar, as ações a serem realizadas nas escolas, procurando escolher as melhores datas, fazendo com que seja bom para todos. E, para isso, procuraremos o contato com os espaços escolares para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal, trocando informações junto às escolas, possibilitando conhecer as mesmas e planejar as ações.

No eixo do engajamento público, vamos informar a comunidade sobre a necessidade dos alunos participarem das ações coletivas da escola, realizando palestras junto à comunidade, informando-os do valor da educação em saúde bucal, além de sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica e a importância das ações coletivas, tornando possível a interação entre os membros da equipe de

saúde e os professores e funcionários da escola explicando-lhes a importância das atividades desenvolvida no ambiente escolar.

E finalmente no eixo da qualificação da prática clínica, procuraremos capacitar a equipe para realizar ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, tornando a equipe de saúde, através de palestras, orientações e atualizações, capaz de identificar e realizar as atividades coletivas de exame bucal no âmbito. 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.

Meta 2 - Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 30% dos escolares da escola foco da intervenção.

Monitoraremos e avaliaremos periodicamente a cobertura da primeira consulta odontológica entre os escolares da área de abrangência da UBS, através do cálculo da proporção de escolares com necessidade de tratamento com primeira consulta odontológica e assim comparar os números obtidos com os números almejados no eixo do *monitoramento e avaliação*.

Já no eixo da organização e gestão do serviço, cadastraremos todos os escolares na UBS, organizando a agenda para o atendimento odontológico dos escolares de forma a proporcionar-lhes o acesso e identificaremos o profissional da equipe que fará periodicamente o monitoramento/avaliação do programa, tornando possível a avaliação posterior.

Esclareceremos a comunidade sobre a importância dos escolares realizarem consulta odontológica e sobre a oferta destas consultas na UBS possibilitando alcançar a meta no eixo do engajamento público.

Finalmente no eixo da qualificação da prática clínica, capacitaremos a equipe no acolhimento das crianças e nas orientações para a comunidade e os responsáveis no monitoramento e avaliação do programa.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares.

Meta 1 - Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática em 100% dos escolares classificados com necessidade de tratamento (grupos C1, E ou F).

No eixo de monitoramento e avaliação, para *alcançar essa meta, vamos* monitorar número de escolares com primeira consulta odontológica programática,

avaliação da proporção de escolares com necessidade de tratamento com primeira consulta odontológica.

Já no eixo da organização e gestão do serviço, organizaremos o acolhimento deste escolar na unidade de saúde, recebendo-os bem e ouvindo-os com relação aos seus problemas bucais, procurando resolver com o melhor tratamento disponível. Posteriormente cadastrando-os e organizando agenda de saúde bucal para dos mesmos.

No eixo do engajamento público dos escolares, esclareceremos a comunidade sobre a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos dos escolares, orientando sobre importância desta ação.

Finalmente no eixo da qualificação da prática clínica, capacitaremos a equipe para realizar acolhimento dos escolares e seus responsáveis e realizar cadastramento, e agendamento dos mesmos para o programa, através treinamento da equipe.

Meta 2 - Realizar pelo menos uma escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

No eixo de monitoramento e avaliação, *para alcançar essa meta*, Monitorar-se-á a média de ações coletivas de escovação dental com creme dental supervisionada por escolar, calculando, através da proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental, tornando possível a avaliação do programa.

Já no eixo da organização e gestão do serviço, planejaremos a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades, estando atento ao material utilizado e sua disponibilidade para a realização das ações. Além disso, planejaremos adequadamente a quantidade de alunos e o tempo necessários, com a participação dos coordenadores das escolas, para estimar o número de turnos necessários buscando atingir a meta para os escolares das escolas da área da unidade de saúde e, posteriormente, pactuar com as escolas os horários para realização de ações coletivas de saúde bucal e elaborar listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por escolar.

No eixo do engajamento público dos escolares, informaremos e sensibilizaremos a comunidade sobre turnos de atividades da saúde bucal nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde, além dos professores e

funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas.

Finalmente no eixo da qualificação da prática clínica, vamos capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental com creme dental supervisionada e identificação das crianças de alto risco e na escovação dental com gel fluoretado.

Meta 3 - Realizar pelo menos quatro aplicações de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais (grupos D, E ou F).

No eixo de monitoramento e avaliação, *monitorar-se-á* a média de ações coletivas de escovação dental com gel fluoretado em escolares de alto risco, analisando a proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Já no eixo da organização e gestão do serviço, elaboraremos lista com os nomes dos alunos classificados como de alto risco, criando registro e possibilitando revisão periódica dos escolares assim classificados. Pactuar-se-á com as escolas os horários para realização de ações coletivas de saúde bucal, Planejando e buscando o engajamento dos coordenadores e professores da escola. Além de elaboráramos listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada escolar.

No eixo do engajamento público dos escolares, informaremos e sensibilizaremos a comunidade sobre turnos de atividades da saúde bucal nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde, além dos professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas.

Finalmente no eixo da qualificação da prática clínica, vamos capacitar a equipe na identificação das crianças de alto risco e na escovação dental com gel fluoretado

Meta 4 - Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática

Com esta finalidade, no eixo do monitoramento e avaliação, vamos monitorar a conclusão do tratamento dentário, avaliando através da proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

No eixo da organização e gestão do serviço, estabeleceremos a agenda do atendimento, para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento odontológico dos escolares em dias previamente marcados. Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico. Garantir e pactuar junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos.

No engajamento público, vamos esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento dentário, tirando suas dúvidas e explicando algum que porventura persistir.

Já na qualificação da prática clínica, capacitaremos os profissionais da unidade de saúde, através de palestras, orientações e atualizações enfatizando a ideias contidas nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Treinar a equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais de crianças de 6 a 12 anos. Fornecimento de informações suficientes a todos os membros da equipe através de palestras e atualizações.

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

Meta 1 - Fazer busca ativa de 100% dos escolares encaminhados e que não compareceram para a primeira consulta odontológica programática.

Para alcançar esse fim, no eixo de monitoramento e avaliação, Monitoraremos os faltosos à primeira consulta odontológica programática, realizando a proporção de buscas realizadas aos escolares encaminhados e que não compareceram para a primeira consulta odontológica programática, além de monitorar as buscas, buscando ter informações a respeito dos faltosos e como andam as buscar a esses pacientes.

Para organização e gestão do serviço, organizaremos as visitas domiciliares para busca de faltosos à primeira consulta odontológica programática e organizaremos a agenda para acomodar os faltosos após a busca. Para isso, será planejada a ida as residências buscando os escolares que faltaram a uma das consulta em um dia previamente marcados, permitindo a continuação do tratamento.

A comunidade será ouvida, como forma de engajamento público, sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento, buscando atender suas expectativas, críticas e sugestões a fim de melhorar toda a execução da intervenção.

Já no eixo da qualificação da prática clínica, treinaremos a equipe na identificação e busca dos faltosos à primeira consulta odontológica programática, tendo como objetivo a qualificação de todos os membros, através de palestras,

orientações e atualizações na identificação e busca dos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

Meta 2 - Fazer busca ativa de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática faltosos às consultas subsequentes.

No eixo de monitoramento e avaliação, monitoraremos a periodicidade das consultas, através da revisão periódica da proporção de consultas realizadas e agendadas.

Na organização e gestão do serviço, vamos organizar as visitas domiciliares para busca daqueles que fizeram a primeira consulta odontológica programática e faltaram as subsequentes, procurando entender os motivos que os fizeram se ausentar do tratamento e preparar a agenda para acomodar os faltosos após a busca.

No engajamento público, ouviremos a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento, propondo a criação de ouvidoria eficiente, que busque a opinião dos usuários a respeito da qualidade do serviço prestado.

Já no eixo da qualificação da prática clínica, treinaremos a equipe para esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento odontológico subsequente através de palestras, orientações e atualizações, podendo, assim, tirar as dúvidas da comunidade com a relação ao tratamento odontológico. Além de torna-los qualificados para a identificação e busca dos faltosos às consultas odontológicas subsequentes, através de orientações detalhadas, buscando os mesmo estarem preparados para a identificação e busca dos faltosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 1 - Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática.

No eixo do monitoramento e avaliação, monitoraremos o registro dos escolares com primeira consulta odontológica programática, realizando a revisão periódica dos registros relacionados aos escolares.

Enquanto isso, no eixo da organização e gestão do serviço, implantaremos planilha de saúde bucal e ficha para acompanhamento dos escolares cadastrados.

No engajamento público, para alcançar essa meta, esclareceremos 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.

Finalmente no eixo da qualificação da prática clínica, treinaremos a equipe para adequado preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento, instruindo-os para o correto preenchimento.

Objetivo 5. Promover a saúde bucal dos escolares

Meta 1 - Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

No eixo de monitoramento e avaliação: Monitorar as orientações sobre higiene bucal aos escolares e promoção a saúde.

Já no eixo da organização e gestão do serviço, procuraremos organizar atividades com os escolares buscando orientá-los sobre higiene bucal com todo o material necessário para essas atividades e listar a presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

No engajamento público, divulgaremos as potencialidades das ações trans. e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar, incentivando a importância do autocuidado do escolar promovendo a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares e a participação de membros da comunidade e da escola na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares.

Na qualificação da prática clínica, a equipe será capacitada para atividades de promoção em saúde (higiene bucal e orientação nutricional, atividades de fortalecimento do controle social e o trabalho multidisciplinar).

Meta 2 - Fornecer orientações sobre dieta para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

No monitoramento e avaliação, monitoraremos as orientações sobre dieta aos escolares e promoção a saúde.

Já na organização e gestão do serviço, organizaremos atividades com os escolares para orientação nutricional, todo material necessário para essas atividades e as listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Nos eixos do engajamento público e qualificação da prática clínica, as ações serão as mesmas já listas anteriormente para a meta 5.1.

2.3.2 Indicadores

Para cada meta deste projeto teremos um indicador das proporções alcançadas durante a intervenção. Assim, temos onze indicadores indicados abaixo.

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

Meta 1. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares da escola foco da intervenção

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

Numerador: Número de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal

Denominador: Número de escolares frequentadores da(s) escola(s) foco(s) da intervenção

Meta 2. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 30% dos escolares da escola foco da intervenção.

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

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

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares

Meta 1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática em 100% dos escolares classificados com necessidade de tratamento (grupos C1, E ou F).

Indicador: Proporção de escolares com necessidade de tratamento com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de escolares classificados com necessidade de tratamento moradores da área de abrangência que realizaram a primeira consulta odontológica.

Denominador: Número de escolares classificados com necessidade de tratamento moradores da área de abrangência.

Meta 2. Realizar pelo menos uma escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

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

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

Denominador: Número de escolares frequentadores da(s) escola(s) foco(s) da intervenção.

Meta 3. Realizar pelo menos quatro aplicações de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais (grupos D, E ou F).

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

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

Denominador: Número de escolares frequentadores da(s) escola(s) foco(s) da intervenção classificadas com alto risco.

Meta 4. Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

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

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

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal

Meta 1. Fazer busca ativa de 100% dos escolares encaminhados e que não compareceram para a primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

Meta 2. Fazer busca ativa de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática faltosos às consultas subsequentes.

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

Numerador: Número de crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes e que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas subsequentes.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Indicador: Proporção de escolares com registro atualizado.

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

Denominador: Número total de escolares com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 5. Promover a saúde bucal dos escolares

Meta 1. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

Indicador: Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal.

Numerador: Número de escolares com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de escolares matriculados na(s) escola(s) foco da intervenção.

Meta 2. Fornecer orientações sobre dieta para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

INDICADOR Proporção de escolares com orientações sobre dieta.

Numerador: Número de escolares com orientação sobre dieta.

Denominador: Número de escolares matriculados na(s) escola(s) foco da intervenção.

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção Saúde Bucal dos Escolares, e procurar obter o máximo possível de sucesso da mesma, utilizarei como guia o Caderno de Atenção Básica, nº 17 – Saúde Bucal (2008) proposto pelo Ministério da Saúde. As fichas clínicas já utilizadas pelo município serão utilizadas de forma integral, pois as mesmas preveem a coleta de informações necessárias para o registro, desde o exame clínico e registro dos procedimentos realizados, como o registro epidemiológico baseado no CPO-D e ceo-d. Estima-se a utilização de aproximadamente 380 fichas, referente a todos os alunos da rede pública municipal de educação. Além disso, será utilizada planilha eletrônica para coleta e registro dos dados obtidos e acompanhamento da intervenção.

Para organizar o registro específico, iremos de encontro às escolas, buscando informações a respeito dos alunos, além dos registros já existentes na unidade de

saúde. Todos os alunos terão seus registros realizados ou atualizados conforme necessário. Os mesmos serão organizados de forma a facilitar o monitoramento, buscando sempre localizar aqueles que possuem consultas em atraso ou faltas.

Já definido o protocolo a ser utilizado na intervenção, capacitaremos todos os profissionais responsáveis pelas ações a serem realizadas. As capacitações serão realizadas na própria unidade de saúde, logo após a realização das atividades cotidianas. A capacitação será voltada para preparar todos a exercer as funções, tais como: monitoramento e avaliação, acolhimento das crianças e orientações para a comunidade, realização da classificação de riscos, programas de atividades segundo as necessidades e hierarquização dos encaminhamentos dos escolares para atendimento clínico na unidade de saúde, coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, acolhimento dos escolares e seus responsáveis, cadastramento, e agendamento dos escolares para o programa, preparo do ambiente e desenvolvimento de coletiva de escovação dental com creme dental supervisionada, identificação das crianças de alto risco e na escovação dental com gel fluoretado, atividades de promoção em saúde (higiene bucal e orientação nutricional), atividades de fortalecimento do controle social.

As atividades de monitoramento e avaliação das ações serão realizadas mensalmente pelo dentista, ajudado pela auxiliar de saúde bucal. Todas as fichas clínicas e prontuários serão rigorosamente vistoriados e analisados, buscando o número de ações coletivas de exame bucal, realizadas nas escolas adstritas a UBS, a cobertura da primeira consulta odontológica entre os escolares da área de abrangência da UBS, o número de escolares com primeira consulta odontológica programática, a média de ações coletivas de escovação dental com creme dental supervisionada por escolar, a média de ações coletivas de escovação dental com gel fluoretado em escolares de alto risco, a conclusão do tratamento dentário, os faltosos à primeira consulta odontológica, programática, as buscas, a periodicidade das consultas, o registro dos escolares com primeira consulta odontológica programática, as orientações sobre higiene bucal dos escolares e promoção a saúde, as orientações sobre dieta aos escolares e promoção a saúde.

Além do que, ocorrerá o treinamento de todos os profissionais envolvidos no projeto de intervenção, antes do início do mesmo, buscando torna-los aptos a desenvolver as ações pertinentes como realizar diagnósticos das principais doenças bucais de crianças de 6 a 14 anos, identificar e busca dos faltosos à primeira

consulta odontológica programática, esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento odontológico subsequente, identificar e busca dos faltosos às consultas odontológicas subsequentes, adequado preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento.

As ações de organização serão também realizadas periodicamente pelo dentista em conjunto com a ASB, dentro da unidade de saúde sempre buscando Estabelecer as datas das ações coletivas de exame bucal junto à escola, a agenda para o atendimento odontológico dos escolares, o acolhimento deste escolar na unidade de saúde, a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento, as visitas domiciliares para busca de faltosos à primeira consulta odontológica programática, a agenda para acomodar os faltosos após a busca, as atividades com os escolares para orientar higiene bucal, todo material necessário para essas atividades, as listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Os agentes comunitários de saúde, trabalhando fora da unidade de saúde, buscarão a aproximação das escolas e comunidade com o projeto a ser desenvolvido, buscando a Identificação e contato com espaços escolares adstritos a cada Unidade Básica de Saúde para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal, informar a comunidade sobre a necessidade dos alunos participarem das ações coletivas da escola, esclarecimento junto à comunidade sobre a importância dos escolares realizarem consulta odontológica e sobre a oferta destas consultas na UBS, a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos dos escolares e importância de concluir o tratamento dentário, cadastramento na unidade de saúde os escolares da área de abrangência, ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento, promover a participação de membros da comunidade e da escola na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares e na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares.

O dentista será o responsável por cadastrar todos os escolares na UBS, preenchendo as fichas e prontuários clínicos dentro da própria escola, além de sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica e a importância das ações coletivas. O planejamento quanto à necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades, será realizado antes da intervenção após reunião com o dentista, auxiliar e agente comunitário de saúde.

Juntamente com o coordenador de saúde bucal, buscaremos garantir com o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico e o oferecimento de serviços diagnósticos. E posteriormente, pactuar com os professores e funcionários das escolas os horários para realização de ações coletivas de saúde bucal e, assim, estimar o número de turnos necessários para atingir a meta para os escolares das escolas da área da unidade de saúde.

Todas as demais ações serão desenvolvidas ou dentro da unidade de saúde, mais especificamente no consultório odontológico, ou nas escolas, contando com todos os profissionais, devidamente capacitados, tendo como responsável por toda a intervenção o dentista, por ser o profissional de maior conhecimento a respeito da saúde bucal.

Realização de escovação supervisionada dos alunos da área assistida	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realização de aplicação tópica de flúor dos alunos da área assistida	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realização de palestras educativas com temas sobre saúde bucal e alimentação saudável	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar e/ou avaliar periodicamente as ações da intervenção.				X				X					X
Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos à primeira consulta odontológica programática.				X				X					X
Organizar a agenda para acomodar os faltosos após a busca.				X				X					X

3. Relatório da intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Depois de muito trabalho e esforço, chegamos ao final da intervenção Saúde Bucal dos Escolares. Durante esse período, procuramos alcançar os objetivos antes determinados, superando as dificuldades encontradas, tentando contorná-las na medida do possível, para que pudéssemos contemplar esse grupo.

Foram duas as escolas visitadas, a Unidade Escolar Fontenele Machado com 99 alunos e a Unidade Escolar Clarindo de Brito Vêras com 120 escolares. As duas localizam-se na área de abrangência da Unidade de Saúde e atendem a um público de 6 a 14 anos de idade, onde são ministradas aulas para o ensino fundamental menor, do 1º ao 5º ano. No total, 219 alunos frequentam regularmente essas escolas.

Procuramos seguir uma rotina nas visitas às escolas, atendendo aos objetivos da intervenção. O treinamento e capacitação da equipe foi realizada previamente a realização das demais ações, buscando um trabalho de qualidade. Posteriormente nas escolas, eram realizadas palestras orientando-os sobre higiene bucal adequada, dieta saudável e outros temas relacionados à cavidade bucal e os dentes. Posteriormente, realizávamos a escovação dental supervisionada e exame epidemiológico. A partir desse exame, classificávamos as crianças de acordo com o risco à cárie e procedíamos à aplicação tópica de flúor e encaminhamento para a realização de primeira consulta odontológica.

Realizamos o exame bucal coletivo em 219 escolares, 100% do total previsto. Destes, 30,59% (N=67) foram classificados como de risco à cárie e em 65 foram realizados a primeira consulta odontológica e tiveram suas fichas espelho atualizadas. Além disso, o tratamento foi concluído em 99% daqueles que compareceram a primeira consulta. A taxa de faltosos foi baixa, pois apenas 11 não estiveram presentes, sendo realizada a busca ativa de todos.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Mesmo com algumas dificuldades, conseguimos realizar todas as atividades previstas. Isso fez com que conseguíssemos chegar o mais próximo possível de todos os resultados desejados, atingindo metas e objetivos da intervenção.

3.3 Dificuldades encontradas

Dentre os empecilhos, podemos destacar a falta de planejamento dos gestores para que pudessem nos dar o suporte necessário para as visitas, como a falta de transporte para o deslocamento até as escolas em alguns momentos. Ou ainda, os defeitos apresentados no consultório odontológico, impedindo que ocorresse o atendimento clínico.

Há de se destacar na intervenção, a relação de proximidade com as crianças durante a realização das atividades, criando um vínculo com as mesmas e trazendo um ganho no momento do atendimento, tirando o receio da ida ao dentista, pelo medo da dor.

Com relação ao processamento dos dados, tivemos alguns problemas com a planilha disponibilizada pelo curso. Alguns indicadores não puderam ser calculados em virtude disso, mas conseguimos realizar esses cálculos manualmente sem interferência na interpretação dos dados.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

Espero que as atividades realizadas na intervenção possam virar rotina no cotidiano na Unidade de Saúde. Hoje já se realiza as atividades do Programa Saúde na Escola, onde acontecem palestras e atividades, mas não há a classificação de risco à cárie e o encaminhamento à unidade para o tratamento odontológico. E, talvez, essa tenha sido o maior ganho no projeto Saúde Bucal dos escolares, pois pode facilitar o acesso dos escolares ao dentista e conseqüentemente uma melhora nos níveis de saúde bucal dessa população.



Figura 01: Alunos da Unidade Escolares Clarindo de Brito Vêras com os kits de higiene bucal doados. Luís Correia, 2014. FONTE: OLIVEIRA, 2014.



Figura 02: Alunos da UNIDADE ESCOLARES Clarindo de Brito Vêras com os kits de higiene bucal doados. Luís Correia, 2014. FONTE: OLIVEIRA, 2014.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da Atenção à Saúde Bucal de Escolares, da faixa etária de 6 a 14 anos, matriculados e frequentando regularmente as atividades das escolas. Na área da unidade de saúde, funcionam seis unidades escolares que fornecem o ensino fundamental menor, de 1º ao 5º ano, num total aproximado de 350 alunos, porém o projeto focou nas duas mais frequentadas, a Unidade Escolar Fontenele Machado e a Unidade Escolar Clarindo de Brito Vêras, que juntas somam 219 alunos.

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

Meta 1. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares da escola foco da intervenção

Durante os três meses, com todos os alunos alvo da intervenção, foram realizados palestras sobre higiene bucal e dieta saudável, escovação supervisionada e exame bucal epidemiológico (Figura 03), procurando classifica-los de acordo com o risco à cárie. No primeiro mês da intervenção, examinamos pouco mais da metade dos alunos, num total de 111 (50,7%) alunos participantes de ação coletiva de exame bucal. No segundo, conseguimos chegar a 190 escolares e no terceiro alcançamos a Meta 1 do primeiro objetivo, ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares das escolas foco da intervenção. O alcance desse indicador só foi possível graças à capacitação de toda a equipe para a realização das ações e a sensibilização de professores e funcionários sobre a dinâmica e a importância das ações coletivas, além de informar a comunidade da necessidade da participação dos alunos em todas as atividades.

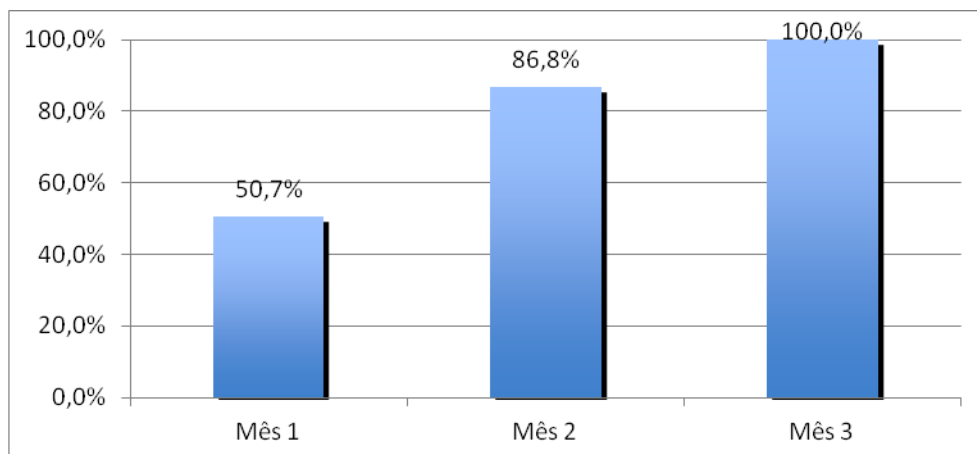


Figura 03: Proporção de escolares examinados na escola. Luís Correia, 2014.(N=219).
 FONTE: OLIVEIRA, 2014

Meta 2. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 30% dos escolares da escola foco da intervenção.

A primeira consulta programática foi executada em 66 escolares classificados como de alto risco à cárie. Logo no primeiro mês, realizou-se esta ação em 31 (27,9%) crianças e adolescentes, número que subiu para 57 (30%) no segundo mês e manteve-se estável no terceiro (Figura 04). Com esses dados, nota-se que a meta 2 do primeiro objetivo foi alcançada, onde se ampliou a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 30% dos escolares das escolas foco da intervenção.

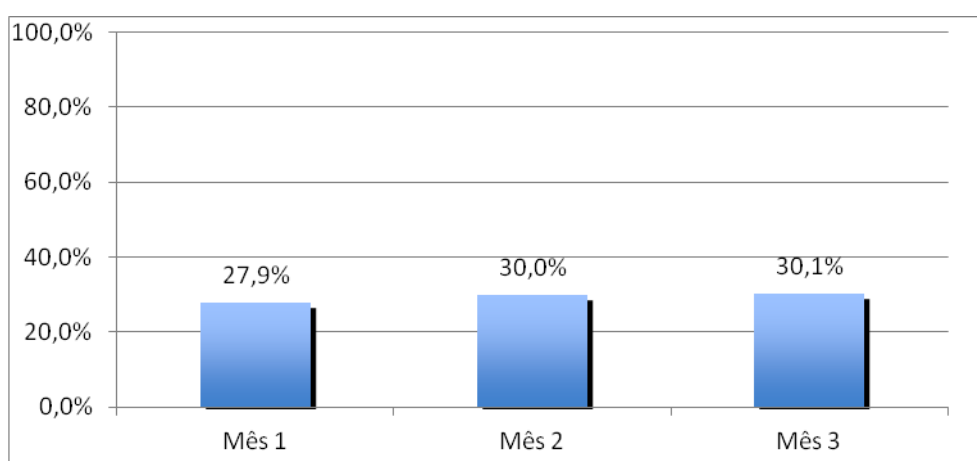


Figura 04: Gráfico da proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica. Luís Correia, 2014.
 (N=219). FONTE: OLIVEIRA, 2014

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares

Meta 1- Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática em 100% dos escolares classificados com necessidade de tratamento (grupos C1, E ou F).

A proporção de escolares classificados de alto risco com primeira consulta odontológica realizada, alcançou o percentual de 96,9% no primeiro mês, ou seja, 31 escolares de alto risco à cárie. No segundo mês, 57 (98,3%) realizaram esse procedimento e chegamos ao número 66 alunos, representando 98,5% de todos os escolares de alto risco que realizaram a primeira consulta (Figura 05). Não conseguimos alcançar a meta 1 do objetivo 2: ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática em 100% dos escolares classificados com necessidade de tratamento, mas nos aproximamos muito. A organização da agenda foi primordial para que se conseguisse chegar a esses números, informando sempre a comunidade sobre a oferta dessas consultas na USB.

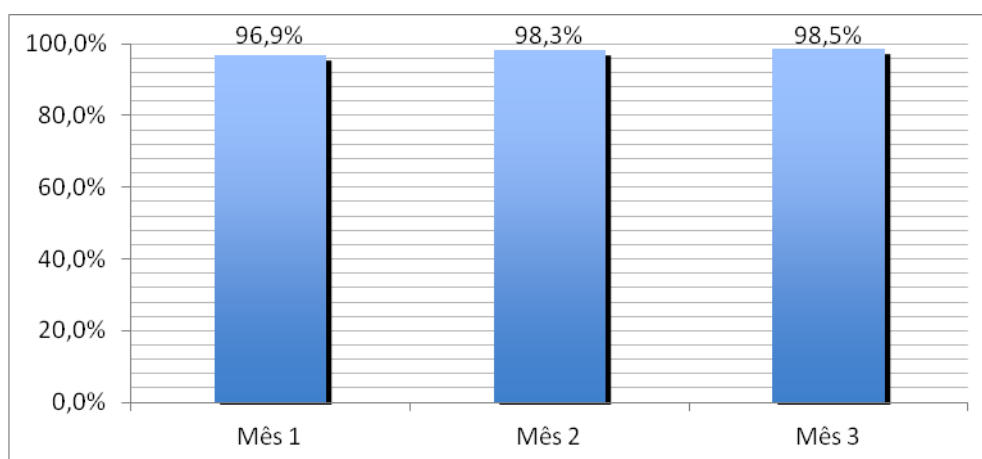


Figura 05: Gráfico da proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica. Luís Correia, 2014. FONTE: OLIVEIRA, 2014.

Meta 2 - Realizar pelo menos uma escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

Com relação à meta 2 do objetivo 2, realizou-se pelo menos uma escovação supervisionada com creme dental em 219 (100%) escolares ao final do terceiro mês de intervenção, sendo que no primeiro, 111 (50,7%) submeteram-se a essa ação e, no segundo, 190 (86,8) alunos (Figura 06).

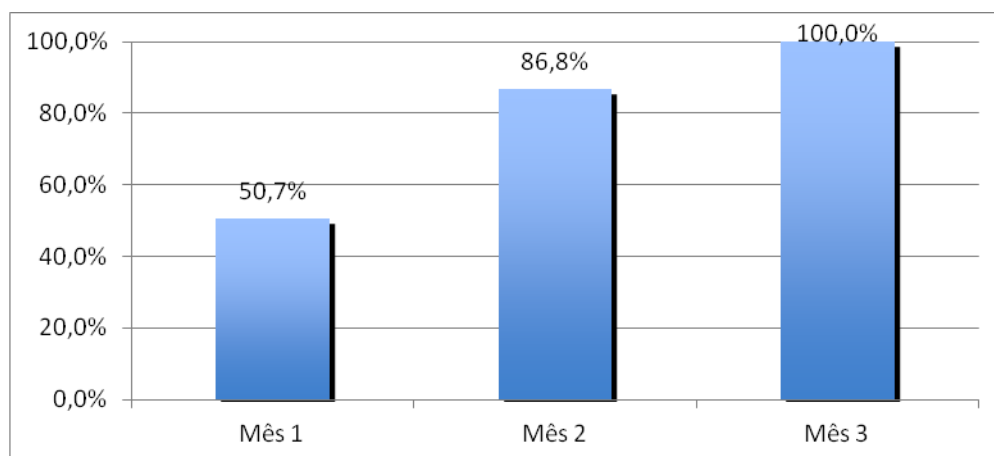


Figura 06: Gráfico da proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental. Luís Correia, 2014. (N=219). FONTE: OLIVEIRA, 2014.

Meta 3 - Realizar pelo menos quatro aplicações de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais (grupos D, E ou F).

Meta 4 - Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta programática.

Durante a intervenção pelo menos quatro aplicações de gel fluoretado com escova dental foram realizadas em todos os escolares de alto risco para doenças bucais e 100% dos alunos com primeira consulta odontológica programática (N=66) tiveram seu tratamento dentário concluído, chegando-se as metas 3 e 4 do objetivo 2, respectivamente.

Para se conseguir os indicadores acima, foram necessárias ações para a organização do acolhimento, estimativa do número de turnos necessários para a realização das atividades no ambiente escolar, pactuação junto aos professores, sensibilizando-os sobre a dinâmica das atividades, além de garantir juntos aos gestores o fornecimento do material necessário e o oferecimento dos serviços de diagnóstico.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal

Meta 1 - Fazer busca ativa de 100% dos escolares encaminhados e que não compareceram para a primeira consulta odontológica programática.

Durante a intervenção, 11(5%) alunos faltaram à primeira consulta programática, destes 5 (2,28%) foram no primeiro mês, depois mais 4 no segundo, somando 9 e outros 2 no terceiro, observado através de um monitoramento constante dos mesmos. Objetivando melhorar a adesão ao atendimento em saúde

bucal e, cumprindo a primeira meta, foi feita a busca ativa de 100% dos escolares encaminhados e que não compareceram durante todos os meses.

Meta 2 - Fazer busca ativa de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática, faltosos às consultas subsequentes.

No primeiro mês, 6 escolares (2,74%) faltaram às consultas subsequentes, no segundo, mais 2 e no terceiro mês não houve faltosos, somando 8 alunos (3,65%) faltosos ao final da intervenção. Como segunda meta do objetivo dois, realizou-se a busca ativa de todos os 8 faltosos (100%). Para busca dos faltosos foram realizadas visitas domiciliares, ouvindo a comunidade sobre as estratégias para melhor acessibilidade e atendimento.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Meta 1 - Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática.

Visando melhorar o registro das informações, quarto objetivo da intervenção, dever-se-ia ter como meta, manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática, porém não conseguimos alcançar esse número, apenas nos aproximamos, chegando-se ao percentual de 91%, ou 59 escolares, sendo 30 (96,8%) no primeiro mês e 54 (96,4%) no segundo (Figura 07). Por mais próximo que se tenha conseguido chegar, faltou um monitoramento eficaz dos registros e esclarecimento dos responsáveis sobre o direito de manutenção dos registros de saúde.

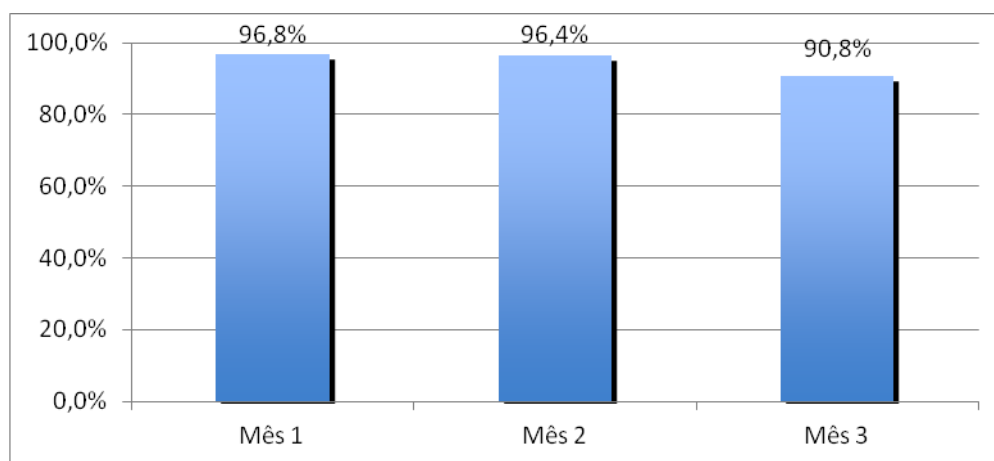


Figura 07: Gráfico da proporção de escolares com registro atualizado. Luís Correia, 2014. (N=219). FONTE: OLIVEIRA, 2014.

Objetivo 5 - Promover a saúde bucal dos escolares

Meta 1 - Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

Meta 2 - Fornecer orientações sobre dieta para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

Como dito anteriormente, realizou-se com todos os alunos alvo da intervenção, palestras sobre higiene bucal e dieta saudável. Logo no primeiro mês chegou a 50,7% com 111 escolares, no segundo mês alcançou 86,8% com 190 e finalizando com uma excelente porcentagem no terceiro mês de 100%, ou 219 alunos (FIGURA 08). Isso se deveu principalmente em virtude do engajamento público, com a participação de membros da comunidade, e qualificação da prática clínica, através dos treinamentos e capacitações. Assim alcançou-se as metas 1 e 2 do quinto objetivo, de fornecer orientações sobre higiene bucal e sobre dieta para 100% dos escolares da escola foco da intervenção, promovendo a saúde, através da educação continuada.

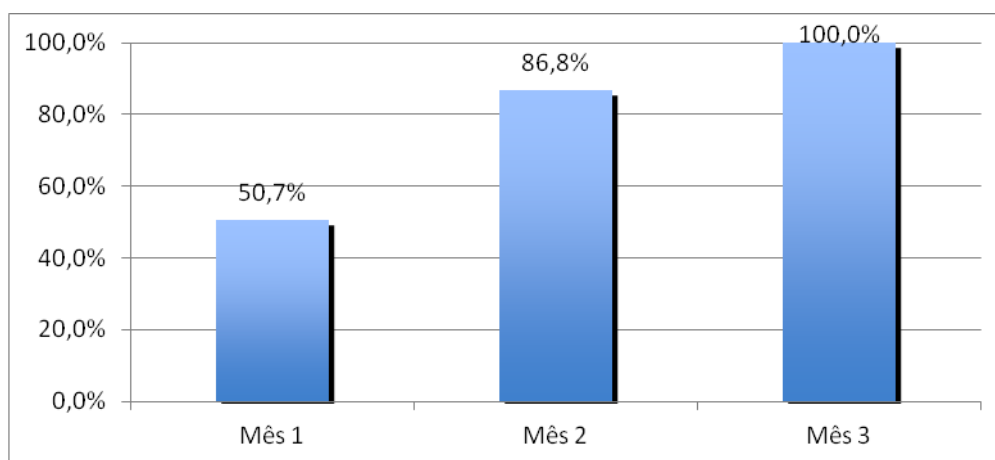


Figura 08: Gráfico da proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal e dieta. Luís Correia, 2014. (N=219). FONTE: OLIVEIRA, 2014.

4.2 Discussão

Durante a intervenção em Saúde Bucal dos Escolares, na qual alcançamos 219 alunos nas Unidades Escolares Clarindo de Brito Vêras e Fontenele Machado, sendo 120 na primeira e 99 na segunda, ampliamos o acesso desse grupo populacional da área de abrangência da Unidade de Saúde aos serviços odontológicos oferecidos, proporcionando a atualização da ficha espelho de todos,

avaliação dos riscos à cárie, aumento do número de primeira consulta programática e tratamento concluído a esse grupo, realização de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor nas escolas, além da promoção de saúde através de palestras educativas sobre higiene bucal e dieta saudável.

Em virtude da intervenção, a equipe capacitou-se para que conseguissem ter o conhecimento suficiente para o melhor aproveitamento das metas e objetivos, podendo alcançar os indicadores previstos, além de proporcionar atendimento adequado e de qualidade a todos que necessitem do serviço odontológico. Isso também tornou possível o conhecimento de conceitos não observados anteriormente, que trouxeram ganho para todos os grupos populacionais da unidade, não só aquele foco da intervenção.

A ida da equipe de saúde bucal até o ambiente escolar fez com que os alunos se familiarizassem com o atendimento odontológico, levou conhecimento a respeito da saúde bucal e dieta saudável a todos os alunos e facilitou o acesso dos mesmos a realização do tratamento quando necessitavam de acordo com a classificação de risco à cárie realizada em todos, fato que se apresentava como a grande dificuldade a esse numeroso grupo.

A comunidade viu com bons olhos a intervenção, pois se sabia da necessidade ao acesso às consultas odontológica dos escolares. Obviamente que alguns se mostraram insatisfeito em virtude da priorização ao atendimento aos alunos, mas não se deixou de atender nenhum outro paciente em detrimento aos escolares. E para compreensão maior de toda a comunidade, procurava-se explicar os objetivos e os benefícios que esse projeto traria à população no futuro, trazendo um impacto direto na saúde das crianças. Outros perguntavam quando seria realizada a intervenção nos outros colégios da região, assistidos pela unidade de saúde, na qual era prontamente respondido, onde falávamos que tínhamos como objetivo estender a todos os escolares da região, incorporando à rotina do serviço.

Mesmo em virtude da avaliação positiva de toda a intervenção, alguns pontos seriam melhorados, principalmente no aumento do número de escolares participantes do projeto, o que poderia esbarrar no pouco tempo de intervenção. Outra mudança estaria relacionada a realização de palestras mais dinâmicas, nas quais poderíamos atrair atenção de todos e fixar os conhecimentos transmitidos. No que se refere ao ambiente da unidade de saúde, estimularíamos maior participação

de todos os membros da equipe, como o médico e enfermeiro, que participaram pouco durante a realização da intervenção.

Torna-se totalmente possível a incorporação da intervenção na rotina da unidade, visto que todas as atividades e ações foram possíveis de serem realizadas sem que se tivesse que mudar o que já tínhamos na unidade. E temos em mente isso, visto que tiveram outras escolas que não foram incluídas na intervenção e que necessitam dos mesmos cuidados.

Esperamos poder ainda este ano, visitar as outras escolas e aproveitar o período de férias para agendar a consulta daqueles classificados como de risco ao desenvolvimento de cárie. Além disso, pretendemos intervir junto as gestantes, puérperas e recém-nascidos, trabalhando o pré-natal odontológico, tratamento odontológico em gestantes e o primeiro atendimento aos recém-nascidos, facilitando o acesso dos mesmos ao serviço odontológico.

4.3 Relatório da intervenção para os gestores

Durante doze semanas do ano de 2014, entre os dias 8 de agosto a 30 de outubro, realizamos a intervenção em Saúde Bucal dos Escolares nas Unidades Escolares Fontenele Machado e Clarindo de Brito Vêras, ambas localizadas na área de cobertura na UBS do Coqueiro do municípios de Luís Correia-PI. As escolas atendem a um público de 6 a 14 anos de idade, onde são ministradas aulas para o ensino fundamental menor, do 1º ao 5º ano. No total, 219 alunos frequentam regularmente essas escolas.

Realizamos nesse período palestras orientando os alunos sobre higiene bucal adequada, dieta saudável e outros temas relacionado à cavidade bucal e aos dentes. Posteriormente, realizávamos a escovação dental supervisionada e exame bucal com finalidade epidemiológico. A partir desse exame, classificávamos as crianças de acordo com o risco à cárie e procedíamos à aplicação tópica de flúor e encaminhamento para a realização de primeira consulta odontológica daqueles que a necessitavam.

O exame bucal coletivo foi feito em 219 escolares, 100% do total previsto. Destes, 29,99% (N=67) foram classificados como de risco à cárie e em 65 foram realizados a primeira consulta odontológica e tiveram suas fichas espelho atualizadas. Além disso, o tratamento foi concluído em 99% daqueles que

compareceram a primeira consulta. A taxa de faltosos foi baixa, pois apenas 11 não estiveram presentes, sendo realizada a busca ativa de todos. Conseguimos realizar todas as atividades previstas, mesmo diante das dificuldades.

Dentre os empecilhos, podemos destacar a falta de transporte para o deslocamento até as escolas em alguns momentos. Ou ainda, os defeitos apresentados no consultório odontológico, impedindo que ocorresse o atendimento clínico. Além disso, poder-se-ia contar com os outros profissionais do posto, para que pudéssemos ter mais ganhos na saúde do público alvo. Porém, há de se destacar na intervenção, a relação de proximidade com as crianças durante a realização das atividades, criando um vínculo com as mesmas e trazendo um ganho no momento do atendimento, tirando o receio da ida ao dentista, pelo medo da dor.

Esperamos que as atividades realizadas na intervenção possam virar rotina no cotidiano na Unidade de Saúde. Hoje já se realiza as atividades do Programa Saúde na Escola, onde acontecem palestras e atividades, mas não há a classificação de risco à cárie e o encaminhamento à unidade para o tratamento odontológico. E, talvez, essa tenha sido o maior ganho no projeto Saúde Bucal dos escolares, pois pôde facilitar o acesso dos escolares ao dentista e conseqüentemente uma melhora nos níveis de saúde bucal dessa população.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Durante doze semanas do ano de 2014, entre os dias 8 de agosto a 30 de outubro, realizamos um projeto com o foco em Saúde Bucal dos alunos das Unidades Escolares Fontenele Machado e Clarindo de Brito Vêras, ambas localizadas próximas à UBS do Coqueiro, no município de Luís Correia-PI, na qual a primeira contava com 99 alunos e a segunda com 120 escolares. As idades desses alunos vão de 6 a 14 anos, que assistem aulas do ensino fundamental menor, do 1º ao 5º ano. No total, 219 alunos frequentam regularmente essas escolas.

Realizamos palestras nas duas escolas, explicando aos alunos sobre os cuidados que devem ter com seus dentes, devendo todos escová-los pelo menos 3 vezes ao dia e usar fio dental. Além disso, falamos sobre todos terem uma alimentação saudável, sendo importante o consumo de frutas, verduras e peixe. Posteriormente, acompanhávamos os escolares durante a escovação, supervisionando os movimentos realizados e mostrando-lhes a maneira correta.

Examinamos após a escovação os alunos e, a partir desse exame, classificávamos as crianças de acordo com a presença de cárie e a necessidade de tratamento odontológico. Depois procedíamos à aplicação tópica de flúor e o encaminhamento para a realização de primeira consulta odontológica na Unidade de Saúde.

Conseguimos nesse período realizar o atendimento de 65 pacientes que se encontravam necessitando de tratamento, aproximadamente 30% dos alunos de ambas as escolas e 98% daqueles que necessitavam. Além disso, 64 alunos tiveram seu tratamento odontológico finalizado, ficando estes saudáveis no que se refere à saúde bucal. Aqueles que faltaram ao tratamento foram buscados.

Conseguimos realizar todas as atividades previstas, mesmo diante das dificuldades. Porém, há de se destacar na intervenção, a relação de proximidade com as crianças durante a realização das atividades, tirando o receio da ida ao dentista, pelo medo da dor.

Nossa intenção é as atividades realizadas na intervenção possam virar rotina no cotidiano na Unidade de Saúde, já que as mesmas melhoraram a saúde bucal da população. E, talvez, o maior ganho no projeto Saúde Bucal dos escolares, pois pode facilitar o acesso dos escolares ao dentista. Agradecemos a toda a população que de alguma forma contribuiu para que pudéssemos chegar a esses números. Obrigado!

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Estamos chegando próximos ao final do curso de Especialização em Saúde da Família, vinculado ao Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB. Durante esse período, pudemos desenvolver um trabalho voltado a Estratégia da Saúde da Família, onde se desenvolve a atenção básica em saúde.

No início, tinha em mente que cursaria uma especialização voltada especialmente ao estudo teórico da estrutura do Sistema Único De Saúde - SUS e como ocorre o desenvolvimento de suas atividades, principalmente na Estratégia da Saúde da Família. Porém, no decorrer da mesma, pude observar aspectos de ensino prático, onde há o incentivo ao desenvolvimento de um projeto de intervenção que favoreça a melhoria de um dos serviços prestados na unidade, depois de uma análise situacional que forneça um quadro da real situação e necessidades da ESF e o estudo clínico de casos de interesse para todos os profissionais.

Assim, pudemos, principalmente através de questionários, conhecer a rotina diária, observando as atividades desenvolvidas, as dificuldades encontradas e o que necessitava ser melhorado para que o usuário usufrísse de um serviço oferecido cada dia melhor.

E, sem dúvidas, o curso proporcionou um embasamento crítico da situação em que se encontrava a unidade de saúde na qual eu estava desenvolvendo o meu trabalho. E isso fez com que eu pudesse melhorar meu desempenho como profissional, melhorando o relacionamento com a comunidade e entendendo suas necessidades e anseios.

E, posteriormente com o desenvolvimento do projeto de intervenção, aprendi a ter um melhor manejo com o público alvo, os escolares, em sua maioria composta por crianças, que ainda alimentam um grande medo com a ida ao dentista, exigindo do mesmo grande desenvoltura no momento do atendimento. Também com a intervenção, conseguimos facilitar o acesso a esse grupo aos serviços da unidade. Além de tudo isso, as atividades semanais estimulam os

alunos no desenvolvimento de uma visão crítica, aprendizado clínico em sua área de atuação e produção científico-acadêmico com o TCC.

Espero, em virtude do conhecimento adquirido durante a especialização em Saúde da Família, ter contribuído de forma eficaz para a melhoria da atenção básica na unidade de saúde em que atuei, proporcionando aos usuários um serviço compatível com suas necessidades, contemplando o maior número de indivíduos e dirimindo as falhas existentes no processo de trabalho.

Bibliografia

BALDASSARIS, M. L. R. M. **A importância do pré-natal realizado na estratégia de saúde da família.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2011. 36f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso.** Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislação/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acessado em: 14 de julho de 2014

_____. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2006.

FIGUEIRA, T. R.; LEITE, I. C. G. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. **RGO**, Porto Alegre, v. 56, n.1, p. 27-32, jan./mar. 2008.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente diabético e/ou hipertenso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2):377-385, fev, 2006

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T, CYRINO, E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciênc. saúde coletiva.** 2004, vol.9, n.1, pp. 121-130.

SÁ, L. O. VASCONCELOS, M. M. V. B A importância da educação em saúde bucal nas escolas de ensino fundamental - Revisão de literatura. **Odontologia. Clín.- Científic.** Recife, 8 (4) 299-303, out./ dez., 2009.

1 Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



