

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Curso de Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 4



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da Atenção à em Saúde Bucal de Escolares de 6 a 12 anos da
Unidade de Saúde José Cézar Batista de Oliveira em Ruy Barbosa/BA**

Ruany Amorim da Silva

Pelotas, 2014

Ruany Amorim da Silva

**Qualificação da Atenção à em Saúde Bucal de Escolares de 6 a 12 anos da
Unidade de Saúde José Cézar Batista de Oliveira em Ruy Barbosa/BA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em saúde da Família – Modalidade a
distância - UFPel/UNASUS, como
requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Fábio Renato Manzolli Leite

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S586q Silva, Ruany Amorim da

Qualificação da atenção à em saúde bucal de escolares de 6 a 12 anos da Unidade de Saúde José César Batista de Oliveira em Ruy Barbosa/BA / Ruany Amorim da Silva ; Fábio Renato Manzolli Leite, orientador. — Pelotas, 2014.

65 f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde bucal do escolar. I. Leite, Fábio Renato Manzolli, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Dedico este trabalho aos meus pais Francisco e Valdinea pelo amor e carinho à mim concedidos ao longo desses anos e ao primeiro e grande amor de minha vida Alison Sampaio por estar sempre ao meu lado.

Agradecimentos

À Deus, ao Seu Filho Amado Jesus Cristo e ao divino Espírito Santo por se fazerem presentes em minha vida em todos os momentos; aos membros da Unidade de Saúde da Família José Cezar Batista de Oliveira, em especial à enfermeira Jomilessia Almeida e auxiliar de saúde bucal Luciana Rosa pelo apoio prestado; aos funcionários das escolas Olivia Oliveira, Celina Coelho, Angélica Alvim e Saló Cardoso pelo empenho durante o trabalho; aos representantes dos distritos de Tapiraípe, Colobró e Riacho Dantas pelo auxílio; à equipe pedagógica do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, em especial ao meu orientador Fábio Renato Manzolli Leite, pelas instruções a mim concedidas durante esta jornada.

Lista de figuras

Figura 1- Mapa de abrangência da Unidade de Saúde da Família José Cezar Batista de Oliveira, distrito de Tapiraípe, município de Ruy Barbosa/BA.	8
Figura 2 - Gráfico da proporção dos escolares da área de abrangência examinados durante o exame epidemiológico de saúde bucal.	40
Figura 3 - Gráfico da proporção dos escolares da área de abrangência com primeira consulta odontológica.....	41
Figura 4 - Gráfico da proporção dos escolares da área de abrangência classificados como alto risco à saúde bucal com primeira consulta odontológica.....	41
Figura 5 - Gráfico da proporção de busca ativa realizadas aos escolares moradores da área de abrangência.	41
Figura 6 - Gráfico da proporção dos escolares da área de abrangência classificados como alto risco à saúde bucal com aplicação de gel fluoretado com escova dental.	42
Figura 7 - Gráfico da proporção de escolares com tratamento concluído.	42
Figura 8 - Gráfico da proporção de escolares com registro atualizado.	43
Figura 9 - Gráfico da proporção de escolares com orientação sobre higiene oral	44
Figura 10 - Gráfico da proporção de escolares com orientação sobre cárie dentária e informações nutricionais.....	44

Listas de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CA	Câncer
ceo	Índice epidemiológico para dentição decídua: cariado, extraído e obturado
CPO-D	Índice epidemiológico para dentição permanente: cariados, perdidos e obturados.
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
JCBO	José Cezar Batista de Oliveira
MS	Ministério da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

1 Análise situacional.....	8
1.1 Texto inicial sobre a situação de ESF/APS	8
1.2 Relatório da análise situacional.....	10
2 Análise estratégica – Projeto de Intervenção	17
2.1 Justificativa.....	17
2.2 Objetivos e metas.....	18
2.2.1 Objetivo geral	18
2.2.2 Objetivos específicos.....	19
2.2.3 Metas.....	19
2.3 Metodologia.....	20
2.3.1 Detalhamento das ações.....	20
2.3.2 Indicadores.....	25
2.3.3 Logística	27
2.3.4 Cronograma	30
3 Relatório da Intervenção	31
4 Avaliação da intervenção	38
4.1 Resultados	38
4.2 Discussão.....	45
4.3 Relatório da intervenção para os gestores	48
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade	51
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	53
Anexos	56
Apêndice	60

Resumo

SILVA, Ruany Amorim; LEITE, Fábio Renato Manzolli. **Qualificação da Atenção à em Saúde Bucal de Escolares de 6 a 12 anos da Unidade de Saúde José César Batista de Oliveira em Ruy Barbosa/BA.** 2014. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

O presente trabalho apresenta uma intervenção realizada no distrito de Tapiraípe, município de Ruy Barbosa/Bahia com escolares de 6-12 anos moradores da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família José Cezar Batista de Oliveira. Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde bucal dos escolares. Realizamos o planejamento das ações bem como a avaliação e o monitoramento utilizando as Diretrizes do Caderno de Atenção à Saúde Bucal nº 17 do Ministério da Saúde, 2012. A população-alvo consta de 347 escolares em quatro escolas da área de abrangência. Como resultados obtivemos a ampliação da cobertura de saúde bucal para 31,2%, aumento do acesso aos tratamentos e ao uso de flúor tópico, organização da agenda do serviço de odontologia bem como atualização dos registros em saúde bucal e identificação dos pacientes de risco. Além disso, fortalecemos as ações intersetoriais ao articular a saúde com o setor de educação. Melhoramos também o vínculo entre a Equipe de Saúde Bucal e a comunidade. A intervenção foi incorporada à rotina do serviço.

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

Apresentação

Este volume trata da Unidade de Saúde da Família José Cezar Batista de Oliveira, localizada no distrito de Tapiraípe, município de Ruy Barbosa-BA. Mostra a metodologia utilizada, os indicadores, as ações e metas estabelecidas para o projeto de intervenção que foi realizado entre os meses de Setembro de 2013 à Janeiro de 2014, com o objetivo de melhorar da atenção em saúde bucal dos escolares de 06 a 12 anos da área de abrangência.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma. Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma. O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação de ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) José Cezar Batista de Oliveira (JCBO), localizada no distrito de Tapiraípe, zona rural da cidade de Ruy Barbosa-BA. A unidade funciona com 01 Equipe Saúde da Família (ESF) composta por médico, enfermeira, odontóloga, auxiliar de saúde bucal (ASB) sem formação técnica, técnica de enfermagem, 07 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de recepcionista e auxiliar de serviços gerais. A ESF presta assistência a outros postos satélites: Colobró (22 km), Humaitá (19 km) e Riacho Dantas (13 km) (Figura 1).



Figura 1- Mapa de abrangência da Unidade de Saúde da Família José Cezar Batista de Oliveira, distrito de Tapiraípe, município de Ruy Barbosa/BA.

A estrutura física da UBS JCBO possui 01 sala para curativos, 01 sala de espera, 01 sala de observação, 01 sala de vacina, 01 consultório médico, 01 farmácia, 01 espaço para palestra e reuniões, 04 banheiros, 01 copa, 01 consultório de enfermagem e 01 consultório odontológico. O posto do Colobró possui, apenas, 01 sala de vacina (onde são dispensados os medicamentos por não possuir farmácia), 02 banheiros, 01 sala de espera, 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem e outro de odontologia. O posto do Humaitá possui 01 sala de recepção, 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem e 01 copa. Por fim, o posto do Riacho Dantas, que possuía apenas 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem e 01 recepção, está atualmente passando por reformas para construção de nova unidade bem mais estruturada.

O atendimento é de demanda espontânea, agendada e referenciada. As marcações de primeira consulta odontológica são feitas pelos ACS, sendo que as remarcações são feitas pela própria dentista a depender da necessidade do paciente. As marcações com o médico e de enfermagem são feitas semanalmente. Para ambos os profissionais são reservadas vagas de urgência e, também, para o atendimento às áreas descobertas.

Além do atendimento na UBS JCBO, um turno pela semana os profissionais de nível superior da ESF se deslocam para os postos satélites. Apenas nos postos do Riacho Dantas e Humaitá a dentista não se desloca, pois como já visto, não há consultório odontológico. O atendimento com a dentista para os usuários dessas comunidades é feito na UBS de Tapiraípe.

As formas de controle social se dão através das campanhas de vacinação, programas de prevenção e promoção da saúde, como saúde da criança, do adulto, da mulher, idoso e bucal. São utilizados espaços comunitários para as campanhas de mobilização, informação, cultura e lazer. Realizamos levantamentos epidemiológicos e/ou triagem acerca das preocupações pertinentes à saúde da mulher, saúde bucal e saúde do idoso. São feitas, também, visitas domiciliares por todos os profissionais de nível superior à acamados, deficientes, idosos, dentre outros que necessitarem. Quando há alguma reclamação ou interesse coletivo por alguma melhoria, essas queixas são feitas a um representante ou à coordenação da unidade de saúde (enfermeira) que acabam lutando pelo interesse coletivo.

As principais dificuldades encontradas em nosso serviço são: o suporte aos postos satélites que são de difícil acesso e demandam um tempo de deslocamento considerável, o que influencia no atendimento e também na disposição dos profissionais; a grande demanda tanto por parte das áreas cobertas como as descobertas; o acesso à unidade central pelos usuários das regiões distantes e áreas descobertas, a falta de insumos que em alguns momentos causam transtornos ao serviço, principalmente no que tange ao serviço odontológico.

As principais facilidades encontradas são a disposição e empenho da equipe em oferecer o melhor serviço possível, a atuação em equipe em sincronia com o ideal de atender bem a comunidade, o grande empenho dos ACS em seus serviços, a gestão que, sempre que possível, oferece formas para que o processo de trabalho caminhe de forma à prestar o melhor serviço aos usuários.

No que tange a relação da equipe com a comunidade desenvolve-se cada vez mais estreitada. Há um importante vínculo da enfermeira com a comunidade, por ela ser moradora da comunidade. Podemos considerar isso como um fator importante, pois além do cuidado ético-profissional da enfermagem, o interesse pelo bem estar da comunidade envolve, também, um sentimento de gratidão e respeito. A comunidade também participa ativamente das atividades realizadas pela equipe nas campanhas e programas do Ministério da Saúde.

1.2 Relatório da análise situacional

Ruy Barbosa é um município do estado da Bahia. Localiza-se na Microrregião de Itaberaba e na Mesorregião do Centro-Norte Baiano. Sua população estimada em 2012, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística era de 30.010 habitantes. Atualmente o município compõe-se nos distritos: Sede, Santa Clara e Tapiraípe (Paraíso), povoados de Riacho Dantas, Zuca, Morro das Flores, Caldeirão do Morro, Humaitá e Nova Conquista (Colobró).

O distrito de Tapiraípe, mais conhecido como Paraíso, zona rural, localizado à 40 km da cidade de Ruy Barbosa, possui uma densidade demográfica de 1717 habitantes. Os povoados do Humaitá, Colobró e Riacho Dantas possuem, respectivamente, 455, 545 e 282 habitantes, totalizando uma população 2.999 habitantes pertencentes à área coberta da ESF da USF JCBO que cobre esta área, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em junho de 2013. Além disso, há várias fazendas e povoados que faz fronteira com outros

municípios. Estima-se que essa área descoberta corresponda 2 à 3 mil habitantes o que eleva a demanda da ESF JCBO.

O distrito possui uma UBS central composta por 01 ESF e postos satélites em cada um dos povoados adjacentes ao distrito. O município de Ruy Barbosa possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 hospital de médio porte, um Centro de Especialidades Médicas e um Centro de Referência de Assistência Social. O município não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família, nem unidades com suporte para a atenção terciária. O agendamento de exames complementares e para atenção secundária e terciária é feito pela Central de Regulação. A ordem de prioridades para as marcações nesta Central é feita pela data de solicitação ou por emergência/urgência.

A UBS JCBO atende a população da área de abrangência de forma agendada e, também, por demanda espontânea e referenciada. A natureza da administração é direta – Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - e não está vinculada a nenhuma instituição de ensino. O modelo de atenção é pela ESF. A UBS possui uma ESF tipo I constituída por uma Equipe da Saúde Bucal (ESB) tipo I, 01 médico clínico, 01 odontóloga, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 ASB, 07 ACS, 01 auxiliar de serviços gerais e 01 recepcionista.

A UBS JCBO apresenta estrutura física interna composta de 19 cômodos, totalizando uma área de aproximadamente 350m². Possui um espaço amplo que, se bem aproveitado, favorece a realização das ações de atividades educativas. Entretanto, alguns espaços estão inadequados apresentando-se em uma dimensão inferior ao recomendado pelo MS para uma UBS com uma ESF tipo I, como a sala de curativos/procedimentos, o consultório odontológico, a sala de recepção, a sala de lavagem e descontaminação de material e a farmácia. Todas as pias com torneira na unidade estão inadequadas, pois não dispensam uso das mãos impedindo que haja um controle de infecção adequado; a ambiência da unidade encontra-se prejudicada, uma vez que alguns espaços não apresentam ventilação e iluminação apropriadas e, também, pela inexistência de um balcão na recepção com acesso facilitado aos prontuários.

A unidade não tem acesso adequado para pessoas com algum tipo de deficiência. Os espaços não são compartilhados fazendo com que a equipe não funcione como uma ESF. O lixo não possui armazenamento nem coleta da forma

correta. Recentemente foram colocadas sinalizações em alguns espaços. Sabendo-se que as limitações estruturais citadas podem interferir na qualidade da assistência prestada aos usuários, cabe à equipe responsabilizar-se em apresentar essas dificuldades aos gestores, por meio de relatórios consistentes baseados no ideal preconizado pelo MS, solicitando melhorias na atenção à saúde pela adequação da estrutura de seus serviços.

Além disso, outra grande problemática é a falta de insumos materiais e instrumentos, e a quantidade insuficiente de medicamentos que prejudicam o atendimento adequado à população. O serviço de odontologia é vítima constante da falta de insumos, equipamentos com defeito e inadequados para realização de procedimentos, obrigando o odontólogo à realizar procedimentos em condições precárias. A enfermagem sofre com a constante falta de medicamentos, principalmente aqueles destinados ao controle da hipertensão e diabetes, analgésico e antibióticos. Há carência constante, também, de fita para teste rápido de glicemia o que impede a correta identificação de descompensação e controle do diabetes. Esta situação, sempre alertada aos gestores, é foco constante de inúmeras reclamações dos usuários e, também, das pautas em reuniões com a gestão.

Com relação à atribuição dos profissionais, nem todos os componentes da equipe estão engajados no trabalho de fortalecer o SUS. O médico não participa e, também, não deseja participar desse objetivo, muito menos cumpre a carga horária deixando a população desassistida algumas vezes. Dois ACS não desenvolvem seu trabalho com completude e um deles, inclusive, não é aceito pela comunidade, fazendo com que gere dúvidas quanto aos dados informados no SIAB. Graças à competência da enfermagem, há uma fiscalização mais intensificada nessas áreas, pois são as que apresentam menor cobertura vacinal. Além disso, a recepcionista é antipatizada pela comunidade e age de forma a não acolher bem o paciente. Demais membros da equipe, no entanto, esforçam-se em acolher bem o paciente fazendo com que isso se torne um problema minoritário. As reuniões de equipe eram esporádicas e sem periodicidade definida porém, recentemente, realizamos reuniões mensais para a discussão e avaliação do processo de trabalho. Ainda não há atividades voltadas para o fortalecimento do controle social, entretanto, esse tema vem sempre sendo alvo de discussões por parte dos administradores. A educação permanente é utilizada como estratégia de gestão para discussão de temas relevantes à atenção à saúde.

Como já mencionado acima, a USF JCBO oferece assistência aos 1.717 habitantes de Tapiraípe e aos povoados de Humaitá, Colobró e Riacho Dantas totalizando uma população de 2.999 pessoas. A maior parte dos indivíduos é do gênero masculino (1555), irregularmente distribuída e que apresenta uma tendência de aumento do número de indivíduos adultos e idosos. Assim, conclui-se que o número de equipe é adequado para a população da área de abrangência.

Existe, no entanto, uma demanda espontânea de indivíduos provenientes das áreas descobertas que aumentam a demanda para uma população em torno de 05 a 06 mil habitantes. Para superar esse excesso de procura, a unidade trabalha com demanda espontânea e agendada para melhor acolher o usuário. São observadas por meio da avaliação de risco, as prioridades e necessidades de cada indivíduo particularmente através da escuta qualificada. A organização da agenda é feita por turnos, nove no total, onde é distribuída por povoado e linhas de cuidado – Hiperdia, puericultura e pré-natal. Além da consulta agendada, a demanda espontânea é atendida deixando-se vagas extras já para o atendimento desses indivíduos e, quando há uma demanda além da capacidade, eles são agendados para outro dia.

A população total para menores de um ano é de 42 crianças (SIAB, junho, 2013) estando um pouco abaixo do estimado para a população, que seria de 56 indivíduos. As ações de puericultura são desenvolvidas de acordo com o protocolo construído pela coordenação de atenção básica do município, incluindo o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, a imunização, a prevenção da anemia, a promoção de aleitamento materno, a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de saúde bucal (orientações individuais pela enfermagem) e, também, o teste do pezinho. A adesão dos usuários é positiva segundo a avaliação mensal feita pela equipe. As ações são desenvolvidas, em sua maioria, pela enfermagem e pelos ACS. Não há vinculação, como rotina, dos profissionais médico e odontólogo nas ações. Existe registro próprio específico que é constantemente avaliado e monitorado pela enfermagem, observando-se as visitas periódicas recomendadas, a atualização do programa vacinal, as medidas antropométricas e o tipo de aleitamento materno. Não há atividades coletivas de educação em saúde com enfoque neste grupo.

Em relação à população total de gestantes, temos 36 identificadas na área, estando um pouco abaixo do estimado baseado nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. As ações de pré-natal e puerpério são desenvolvidas

seguindo criteriosamente o protocolo da SMS. Dentre as ações podemos citar o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos e de saúde bucal, controle do câncer de colo, imunizações, planejamento familiar, solicitação de exames complementares, promoção de aleitamento materno, promoção de aleitamento materno e de hábitos alimentares saudáveis, prevenção da anemia, promoção de saúde bucal (orientações individuais pela odontóloga) e de atividades físicas. A adesão ao programa é positiva de acordo com a avaliação mensal do programa pela equipe, porém, há muita dificuldade de adesão das gestantes ao pré-natal odontológico (45%), tanto pela barreira geográfica, quanto pelo medo do atendimento odontológico na gestação por parte dessas mulheres. As ações são desenvolvidas, em conjunto, pela técnica de enfermagem, odontóloga, enfermeira e pelos ACS. Existe registro próprio específico que é constantemente avaliado e monitorado pela enfermagem. Há atividades coletivas de educação em saúde com enfoque neste grupo, que, também, é de responsabilidade da enfermagem. Os registros específicos do programa são bem elaborados e constantemente atualizados pela equipe.

Para o programa de controle do câncer (CA) de colo, a população total de mulheres entre 25 e 64 anos é de aproximadamente 676 habitantes (SIAB, junho, 2013) estando um pouco abaixo dos 794 estimados, resultando em uma cobertura de 85%. Já com relação ao programa de controle ao câncer de mama, as mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos são de 346 habitantes, estando um pouco acima dos 234 estimados. Somente as ações para o controle do CA de colo são feitas de forma programática, seguindo-se um protocolo da SMS e possui registro específico que é monitorado e acompanhado regularmente. O controle do CA de colo e de mama é feito, apenas, de caráter individual ou por campanhas do MS. Apenas os profissionais de enfermagem e ACS estão envolvidos. As ações implementadas no programa de controle de CA de colo são palestras, solicitação de exames complementares e busca ativa. As dificuldades encontradas são a falta de recursos, demora na liberação de exames, pacientes resistentes e a falta de participação de membros da equipe. Já para o CA de mama não são desenvolvidas atividades práticas de educação permanente. Para este, o cuidado é individualizado e segue-se um protocolo específico. É solicitado exame diante da suspeita ou quando há campanhas do MS.

Quanto à atenção aos hipertensos, a população total com mais de 20 anos é de 387 hipertensos, estando abaixo dos 643 estimados, resultando em uma cobertura de 60% do programa. Já com relação à atenção aos diabéticos, a população total com mais de 20 anos é de 71 pacientes estando bem abaixo dos 184 estimados, resultando em uma cobertura de 39% do programa. As ações são realizadas de forma programática e de acordo com protocolos específicos de atenção à esses grupos. Dentro do programa é preconizada a avaliação de risco, solicitação de exames complementares, monitoramento da glicemia capilar e da pressão arterial. Também é feita promoção de atividades física e combate ao sedentarismo, alcoolismo e obesidade. As ações envolvem a equipe de enfermagem e a médica clínica. Não há vinculação do programa com ações de saúde bucal. As dificuldades encontradas para o bom funcionamento das ações incluem a constante falta de recursos e medicamentos. Parece haver um subdiagnóstico.

Já com relação a atenção à saúde do idoso, a população total é de 516 pacientes, valor acima dos 336 estimados, resultando em uma cobertura de 156%. As ações voltadas para esta população incluem diagnóstico e tratamento de problemas clínicos e de saúde bucal, imunização, prevenção de acidentes, prevenção do sedentarismo, alcoolismo e obesidade, promoção de hábitos alimentares saudáveis e atividades física regulares. As ações não são realizadas em caráter programático e há envolvimento de toda a equipe. Não existe registro específico para este grupo. Não são realizados grupos de atividades educativas nem de promoção de saúde bucal, tendo as orientações caráter individual.

Quanto à atenção ao escolar, não há um programa específico para esse público no âmbito da Atenção à Saúde Bucal. Tal inexistência dessa atenção reflete a baixa cobertura de atenção à saúde bucal do escolar antes do projeto de intervenção (3%). As ações para esse público é realizado de forma individualizada ou esporádica (quando na forma coletiva) nos programas de Saúde nas Escolas e ações coletivas de escovação supervisionadas e palestras.

Em suma, diante do exposto, a maioria dos programas são desenvolvidas em caráter individual, espelhando a forma como a equipe ainda se mantém individualizada, não caracterizando um ESF. As maiores dificuldades vivenciadas pela equipe são a falta de recursos que inviabiliza a atenção à saúde, influenciando na capacidade de resolutividade. Recentemente, a equipe, com exceção ao médico, está realizando atividades de educação permanente, estratégia utilizada pela gestão

para melhorar o programa. Durante as semanas de análise situacional, a UBS recebeu placas de sinalização e houve intensificação da vinculação da odontologia com os programas de pré-natal e puericultura.

1.3 Comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional

A análise minuciosa e detalhada da nossa UBS comparando com o texto inicial mostra o quanto não estamos realmente engajados como equipe. Ser uma equipe não significa estar inserido num grupo executando seu papel social e, sim, dividir responsabilidades. O cuidado é realizado mecanicamente e não é compartilhada com todos, apenas com alguns. A ausência de reuniões que abordem a avaliação e a melhoria do processo de trabalho contribui para que essa individualização se mantenha. Enquanto determinados profissionais promovem um vínculo mais estreitado com a comunidade, outros se distanciam. Isto se deve ao fato de, por exemplo, o médico eximir-se da responsabilidade de médico da família fazendo apenas seu papel prático. E outros profissionais que agem de forma contrária a que se determina agir como equipe de saúde da família. Temos muito a melhorar.

2 Análise estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A cárie dentária e a doença periodontal têm sido os principais agravos que acometem a saúde bucal da população brasileira, segundo o SB Brasil em 2003. Por isso, é de suma importância que a equipe de saúde bucal local preocupe-se com a melhoria das condições bucais da sua população, influenciando positivamente na melhoria da saúde bucal brasileira. O campo de atuação da equipe de saúde bucal vai muito além das ações assistenciais. Este deve organizar-se de modo a abranger não somente as ações que respondam à demanda, como também, envolver outras áreas para que sua atuação tenha mais resolutividade. Tais ações devem ser desenvolvidas no campo intersetorial, educativas e de promoção à saúde.

As ações interssetoriais envolvem práticas que visem à mudança das condições socioambientais que afetam coletivamente uma população criando ambientes saudáveis. Dentre estas práticas podemos citar aquelas que contribuam para o trabalho transversal de conteúdos em saúde bucal no currículo escolar, através do aproveitamento da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB - Lei no 9394/96). Especificamente em relação à LDB, significaria discutir a saúde bucal em vários momentos e disciplinas escolares, de acordo com a realidade de cada escola, contribuindo para a construção de escolas saudáveis. As ações educativas devem utilizar a educação em saúde bucal como base, fornecendo instrumentos que fortaleçam a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. Já as ações de Promoção à Saúde são entendidas como um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre as

condições sociais que são importantes para melhorar a situação de saúde e de vida das pessoas.

Os indivíduos alvo da intervenção são escolares entre 6 à 12 anos que estudam nas escolas da área de abrangência da UBS. Totalizando são 6 escolas: duas no Tapiraípe, duas no Colobró, uma no Humaitá e uma no Riacho Dantas. Atualmente, a atenção aos escolares vem se organizando, pois vivemos um período longo de deficiência de material e de estrutura. Já são desenvolvidas atividades educativas pela equipe de saúde bucal com aplicação tópica de flúor nas escolas, porém de forma irregular.

A equipe de saúde bucal possui um vínculo que é favorável com as escolas e são bem aceitas todas as atividades propostas à melhoria a saúde bucal dos escolares. A intervenção atingirá não só regiões adstritas da UBS como também, áreas onde será necessário o deslocamento da equipe de saúde bucal e o deslocamento dos escolares de áreas distantes para serem atendidos na UBS. Para tanto a agenda deverá ser bastante organizada mesmo diante da grande demanda e a comunidade ciente da importância da intervenção. Outra dificuldade em vista é com a manutenção dos insumos necessários para atingir as metas.

Esta intervenção torna-se importante pelo fato de que a atenção à saúde bucal dos escolares tem sido feito, apenas, no âmbito assistencial e ainda de forma desorganizada. Como já foi exposto acima, tal ação não tem uma abrangência tão efetiva quando realizada isoladamente. Essa intervenção se torna importante na medida em que, ao utilizar-se das práticas de promoção e a prevenção de saúde em conjunto com as ações assistenciais, viabiliza a melhoria da saúde bucal dos escolares gerando adultos com hábitos de vida saudáveis. O uso de tecnologias leves em saúde é um recurso altamente viável e com baixo custo podendo ser utilizado de forma abrangente e com a capacidade, quando bem elaborada executada, realizar mudanças permanentes.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde bucal das crianças de 6 a 12 anos das escolas da área de abrangência da USF José Cesar Batista de Oliveira.

2.2.2 Objetivos específicos

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

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo específico 1:

- 1.1 Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de 6 a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.
- 1.2 Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 40% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.
- 1.3 Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais

Relativas ao objetivo específico 2:

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

Relativas ao objetivo específico 3:

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

Relativas ao objetivo específico 4:

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

Relativas ao objetivo específico 5:

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

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

5.3 Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das ações

Para ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares, no eixo organização e gestão do serviço, inicialmente, serão identificados os espaços escolares adstritos da USF através de uma reunião com os ACS. Em seguida, a ESB estabelecerá contato com as escolas, previamente ao período da intervenção, realizará reunião com os professores e diretores para expor as propostas do projeto e ajustar as datas das atividades educativas de acordo com o calendário escolar. As escolas enviarão uma lista com o nome de todos os alunos e suas respectivas idades para que seja estabelecida a população alvo.

A ESB realizará um levantamento epidemiológico das crianças com as fichas de inquérito epidemiológico onde serão anotados os dados da criança como nome, sexo, idade, índice de CPO-D e ceo, e a condição de higiene oral. Esta etapa se faz importante uma vez que os dados epidemiológicos subsidiarão o encaminhamento e o estabelecimento da ordem de prioridade de atendimento individual. Serão critérios para o encaminhamento ao atendimento individualizado: presença de cárie ativa/inativa, gengivite, mancha branca ativa/inativa, presença/ausência de placa, abscesso dento-alveolar, dor, fratura, trauma, sendo que a ordem de prioridade se estabelecerá de acordo com a classificação segundo os critérios de avaliação de risco à cárie adotado pelo estado de São Paulo, em 2001. Os escolares serão classificados por risco, segundo as seguintes possíveis situações abaixo (Tabela 1):

Tabela 1 - Classificação segundo os critérios de avaliação de risco à saúde bucal criados e adotados pela unidade

Classificação	Grupo	Situação individual
Baixo Risco	A	Ausência de lesão de cárie sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
Risco Moderado	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou mancha branca ativa.
	C	Uma ou mais cavidades com lesão de carie crônica mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
Alto Risco	D	Ausência de lesão de carie e/ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou mancha branca ativa.
	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de carie ativa.
	F	Presença de dor e/ou abscesso

O encaminhamento será feito pelo diretor/professores de cada instituição. Os professores entrarão em contato com os responsáveis para que levem a criança à UBS por meio de encaminhamento específico. Quanto às crianças que moram na zona rural, um funcionário da escola se responsabilizará em levá-las no horário escolar e após serem atendidas retornarão à escola. Já o escolar classificado como alto risco será convocado por meio de carta convocatória para comparecer à unidade, independente das vagas e do turno, para que seja acolhido pela equipe de saúde e agendada sua primeira consulta. O escolar que comparecer à unidade, seja encaminhado pela escola ou por carta convocatória, terá preenchida a ficha-espelho do projeto contendo dados pessoais da criança como sexo, idade, escola que frequenta, área e família, além de dados de exame clínico, plano de tratamento, e os procedimentos realizados. Ainda, simultaneamente, também será preenchida a ficha de prontuário com os procedimentos realizados no escolar. A ficha de prontuário já terá sido cadastrada na unidade pelos ACS. A ficha-espelho ficará armazenada em fichário próprio do projeto.

A organização da agenda será distribuída da seguinte forma, as escolas do Riacho Dantas e Colobró terão 2 vagas no turno que é agendado para o atendimento dessas regiões. As escolas do distrito de Tapiraípe terão duas vagas por turno totalizando 8 vagas por semana. O turno vespertino às terças-feiras será reservado para as atividades educativas quando houver. Para as atividades educativas do turno da manhã será escolhido qualquer dia da semana que for mais viável (tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da agenda, por turno, para o atendimento odontológico do distrito de Tapiraípe e adjacências.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Tapiraípe	Colobró	Colobró	Tapiraípe	Riacho Dantas
Tarde	Tapiraípe		Tapiraípe		

Com relação ao eixo engajamento público a ESB utilizará a forma dialógica e o uso de folhetos para informar e sensibilizar a comunidade sobre a importância das atividades nas escolas e da realização dos tratamentos odontológicos nos escolares. Além disso, será realizada atualização constante do mural de avisos sobre os turnos das atividades na escola e priorização dos atendimentos. Ainda, conversaremos com os professores, diretores e funcionários em reunião na escola sobre a dinâmica das atividades. Já no eixo qualificação da prática clínica o dentista capacitará a equipe (composta pela enfermeira, técnico de enfermagem, ASB, ACS e representantes dos povoados – a recepcionista e o médico não eram profissionais engajados) para classificar os riscos em saúde bucal por meio palestra na USF, afim de que eles sejam capazes de realizar a classificação de riscos, programar atividades segundo as necessidades da comunidade e hierarquizar os encaminhamentos dos escolares para atendimento clínico na unidade de saúde. Um fluxograma estará disponível na sala de acolhimento e na pasta específica do projeto. Assim, a equipe será capaz de realizar acolhimento dos escolares e seus responsáveis, o cadastramento e agendamento dos escolares para o programa, principalmente os de alto risco. Já no eixo monitoramento e avaliação, o dentista realizará o monitoramento da situação de risco dos escolares para doenças bucais, o número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta e o número de escolares que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica por meio da revisão das fichas-espelho que será feita semanalmente

Pensando em melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal, com relação ao eixo organização e gestão do serviço, mensalmente serão identificados os escolares faltosos e estes convocados à continuarem o tratamento pelo ACS ou por meio de avisos feito pelos professores e que será entregue aos pais ou responsáveis da criança. Haverá na agenda 5 vagas por semana para acomodá-los no programa. Com relação ao eixo engajamento público a equipe deverá ouvir a

comunidade sobre a qualidade do serviço, como melhorar acessibilidade e atendimento do escola por meio de caixa de sugestões contendo questionário simples de múltipla escolha e questionário discursiva, além de conversas nas atividade coletivas. No eixo qualificação da prática, a equipe de saúde, os ACS e os professores deverão conscientizar a comunidade, por meio da transmissão dialógica, sobre a importância do atendimento em saúde bucal em diferentes encontros na escola. Além disso os ACS serão informados sobre os escolares faltosos e que deverão realizar a buscas ativa dos mesmos. No eixo monitoramento e avaliação, a dentista realizará o monitoramento da periodicidade das consultas por meio da revisão semanal das fichas-espelho, onde será anotado o dia da próxima consulta. O monitoramento da realização das buscas ativas será feito pelo dentista por meio de planilha de acompanhamento do projeto.

Para melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares, no eixo organização e gestão do serviço, a equipe de saúde bucal, juntamente com os ACS, planejará o material de higiene bucal para a realização das atividades e os insumos para atendimento odontológico. Esses materiais serão solicitados ao gestor por meio de ofício. Deverá haver a pactuação, por meio de reunião previa com os professores e diretores de cada escola, dos horários para realização de ações coletivas de saúde bucal. A ESB monitorará as atividades coletivas por meio do preenchimento das planilhas de acompanhamento das atividades lúdico-educativas. A agenda será organizada a fim de garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento. No eixo engajamento público, a transmissão dialógica e a atualização constante do mural da unidade deverá informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas escolas.

Além disso uma reunião previa ao período de intervenção deverá sensibilizar os professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas. Aproveitaremos para esclarecê-los sobre a importância de concluir o tratamento dentário. No eixo qualificação da prática clínica, o dentista capacitará a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada, capacitará os profissionais da unidade de saúde de acordo com o Cadernos de Atenção Básica nº 17 do MS e treinará a equipe para auxiliar nos diagnósticos das principais doenças bucais de crianças de 6 a 12 anos. Essas capacitações serão feitas por meio de diálogos em reuniões semanais com a equipe, ao final do

expediente, uma vez por semana. No eixo monitoramento e avaliação, a equipe de saúde deverá monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por escolar e a conclusão do tratamento dentário por meio de planilha específica, semanalmente. Aos responsáveis pelos escolares faltosos será enviada uma carta convite para novas atividades de higienização ressaltando a importância desse espaço.

Pensando em melhorar o registro das informações, no eixo organização e gestão do serviço, serão implantadas planilhas de monitoramento da saúde bucal dos escolares e das atividades educativas, a ficha-espelho e a ficha de encaminhamento dos escolares cadastrados e pactuar com a equipe e com a escola o registro das informações. A especializanda realizará reuniões periódicas com os envolvidos para capacitá-los. Neste momento, no eixo engajamento público, também os esclareceremos sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário. No eixo qualificação da prática clínica o dentista treinará a equipe de saúde e os funcionários da escola para o adequado preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento na primeira semana de intervenção. No eixo monitoramento e avaliação, a aluna monitorará o registro de todos os escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica semanalmente na planilha fornecida pelo curso.

Pensando em promover a saúde bucal dos escolares, no eixo organização e gestão do serviço, a equipe de saúde bucal organizará a agenda de atendimento, de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola. A equipe já está identificando e organizando os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas por meio de reunião e planejamento, organizando todo material necessário para essas atividades e listas de presença para monitoramento dos escolares. No eixo engajamento público serão divulgadas as potencialidades das ações transdisciplinares e interdisciplinares, através de reunião entre a equipe de saúde. Espera-se entender melhor e criar meios capazes de lidar com a complexidade do processo saúde-doença-cuidado à saúde do escolar. Nas reuniões na escola com os responsáveis pelos escolares, pretende-se incentivar o autocuidado do escolar, promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares, além de promover a participação de membros da comunidade e da escola

na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares. No eixo qualificação da prática clínica, a especializanda capacitará a equipe para atividades de gestão em saúde, fortalecimento do controle social e trabalho multidisciplinar. Cada membro da unidade ficará responsável por estudar um tema e trazer para discussão nas reuniões semanais de equipe. No eixo monitoramento e avaliação a equipe de saúde bucal monitorará a realização das atividades educativas coletivas por meio de planilha de acompanhamento das atividades lúdico-educativas mensalmente.

2.3.2 Indicadores

Indicador referente a meta 1.1 Proporção de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal.

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

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

Indicador referente a meta 1.2. Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

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

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

Indicador referente à meta 1.3 Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

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

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

Indicador referente à meta 2.1 Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador referente à meta 3.1 Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

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

Denominador: Número de crianças de 6 a 12 anos frequentadores das escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde classificadas com alto risco.

Indicador referente à meta 3.2 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.

Indicador referente à meta 4.1 Proporção de escolares com registro atualizado.

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

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

Indicador referente à meta 5.1 Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de crianças de 6 a 12 anos matriculadas nas escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 5.2. Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.

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

Denominador: Número de crianças de 6 a 12 anos matriculadas nas escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 5.3. Proporção de escolares com orientações nutricionais.

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

Denominador: Número de crianças de 6 a 12 anos matriculadas nas escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde Bucal dos Escolares adotaremos protocolo específico baseado no caderno de atenção à saúde bucal nº 17, 2006 do MS. No âmbito coletivo, faremos um levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal dos escolares utilizando-se os índices ceo e CPO-D. O monitoramento das atividades educativas e das ações coletivas de saúde bucal será registrado em planilha específica. Ambos, a ficha de inquérito epidemiológico e o de monitoramento serão construídas pela ESB. No âmbito individual, utilizaremos as fichas de prontuários para o registro do plano de tratamento e a realização dos procedimentos odontológicos. Nas fichas de prontuários não existe uma ficha específica para odontologia nem odontograma. Será construída uma ficha com odontograma onde será registrada a condição de saúde bucal antes, durante e após o tratamento pela dentista. O agendamento dos escolares será feito na própria ficha-espelho. Também, deverá ser elaborado termo de consentimento para a autorização de realização de procedimentos odontológicos nos menores. Esperamos atingir um número de 347 escolares. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir

400 fichas de odontograma, 30 cópias das fichas de inquérito epidemiológico, e 5 cópias das planilhas de monitoramento e encaminhamento para cada escola. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada planilha mensal de coleta de dados alimentada pela dentista, fornecida pelo curso de especialização da UFPel impressa pelo gestor.

O registro específico do programa será feito pela dentista e auxiliar de saúde bucal e também pelos diretores e ACS. No âmbito coletivo, o registro do levantamento epidemiológico será feito, exclusivamente, pelo dentista. Já para o registro das ações de educação em saúde bucal poderão ser anotadas pelo dentista ou pelo auxiliar de saúde bucal após a execução do mesmo na ficha de monitoramento. Na esfera individual, o encaminhamento de escolares para a primeira consulta odontológica programática será feito pela escola, segundo a ordem de prioridade estabelecida com o exame bucal de caráter epidemiológico, e dentro das vagas estabelecidas, por turno, mensalmente para cada escola. Já com relação aos escolares de alto risco, estes serão convocados por meio de carta e agendados pelo dentista/auxiliar de saúde bucal na unidade de saúde após o comparecimento do mesmo.

O atendimento individual será registrado no início do tratamento e as demais intervenções na ficha de prontuário e na ficha-espelho do projeto. Mensalmente serão identificados os escolares faltosos e estes convocados à continuarem o tratamento pelo ACS ou por meio de carta convocatória entregue aos responsáveis pela escola. Previamente ao início das intervenções, a equipe de saúde bucal realizará reuniões nas escolas com os professores, diretores e funcionários para expor as propostas do projeto, articular como e onde serão desenvolvidas as atividades e o cronograma das atividades de acordo com o calendário escolar.

Com relação as ações de promoção e prevenção à saúde bucal serão realizadas atividades lúdico-educativas em cada escola com os seguintes temas:

Tema 1: Carie dentária.

Recursos utilizados: imagem de dentes hígidos que serão comparados com as imagens de dentes com lesão de cárie em seus diversos graus de acometimento. Utilização de maquete sobre o tema.

Objetivo: mostrar a criança a importância de remover o biofilme dental e informar sobre a presença de microrganismo na cavidade oral que causadores da cárie. Incentivar o autocuidado em benefício da saúde bucal.

Tema 2: Gengivite

Recursos utilizados: imagens de gengiva saudável, com gengivite. Utilização de maquete demonstrativa.

Objetivo: mostrar a criança a importância da correta escovação e uso do fio dental para evitar os sangramentos gengivais.

Tema 3: Importância do Flúor.

Recursos utilizados: ovo, vinagre e flúor.

Objetivo: realizar experiência demonstrativa sobre a atuação protetora do flúor na metade protegida da casca do ovo e a agressão sofrida pelos ácido do vinagre na metade desprotegida.

Tema 4: Escovação dental

Recursos utilizado: boneco feito de papelão com “dentes” feito de fundo da garrafa pet.

Objetivo: demonstrar a forma correta de escovação e uso do fio dental.

Tema 5: Alimentação saudável.

Recursos utilizados: imagens de alimentos diversos.

Objetivo: questionar a criança sobre alimentos saudáveis e sua relação com a doença cárie.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações que foram desenvolvidas

O projeto de intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde bucal de escolares de 6 a 12 anos de idade da área de abrangência da USF José Cezar Batista de Oliveira (JCBO). As escolas incluídas foram Colégio Democrático Olívia Oliveira (Tapiraípe), Escola Saló Cardoso (Tapiraípe), Escola Celina Coelho (Colobró), Escola Angélica Alvim (Riacho Dantas) perfazendo um total de 347 escolares. As ações específicas do projeto incluíram: a ampliação da cobertura à saúde bucal; a melhoria da adesão, da qualidade ao atendimento em saúde bucal e registro de informações, além da promoção da saúde bucal dos escolares. A Equipe de Saúde Bucal (ESB) contou com a participação integrada de maioria da Equipe de Saúde da Família (ESF); dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde do município de Ruy Barbosa; dos professores, diretores e funcionários das escolas participantes e representantes dos distritos de Tapiraípe, Colobró e Riacho Dantas. A ação multidisciplinar possibilitou a instalação e execução do projeto de forma a concluir totalmente ou parcialmente as metas estabelecidas no projeto.

Das ações previstas no projeto que foram desenvolvidas incluem: a identificação dos espaços escolares adstritos à UBS, contato com as escolas para agendamento, reuniões com funcionários das unidades escolares para expor as propostas do projeto e sobre a dinâmica das atividades; o agendamento das datas do levantamento epidemiológico e atividades educativas; a realização do levantamento epidemiológico, a classificação dos escolares quanto ao risco à saúde bucal; o encaminhamento dos escolares à UBS de acordo com os a hierarquização estabelecida no projeto sendo estes enviado pelas instituições de ensino ou ACS e

por carta-convocatória para os escolares classificados como alto risco; o acolhimento do escolar na UBS e preenchimento das fichas-espelho iniciando o tratamento odontológico; a reorganização da agenda para acomodar os escolares nas vagas, atender os demais usuários do serviço, priorizar o atendimento ao escolar- principalmente aqueles considerados de alto risco - e garantir a conclusão dos tratamentos odontológicos; sensibilizar e informar a comunidade através da forma dialógica, uso de folhetos e atualização do mural de aviso quanto a importância do tratamento odontológico, priorização dos atendimentos, e sobre os turnos das atividades nas escolas; a capacitação da equipe para classificação dos riscos à saúde bucal e programar as atividades segundo as necessidades da comunidade; o monitoramento da situação de risco para as doenças bucais, dos escolares com primeira consulta odontológica, a média das ações coletivas, os escolares faltosos e tratamentos concluídos; a pactuação com a equipe quanto a manutenção e atualização do registro das informações; o planejamento do material das atividades educativas e de prevenção bem como os insumos necessários para a realização dos atendimentos odontológicos.

A agenda foi organizada para a realização das atividades fora da USF. Esta etapa foi dificultada devido a diversidade de atendimento da agenda da ESF que atende à outras regiões além do distrito de Tapiraípe, precisando deslocar-se à outros distritos como o Colobró, Racho Dantas e Humaitá em diferentes turnos durante a semana. O transporte utilizado pela ESF na unidade fica disponível, na sua maior parte do tempo, para o atendimento do profissional médico e enfermeiro, logo, a dentista apresentava dificuldades de deslocamento caso esses profissionais estivessem utilizando o carro em outras regiões. Inicialmente as ações interdisciplinares eram, em parte, dificultadas por causa do desinteresse do profissional médico, entretanto, a enfermagem foi bastante cooperativa.

Outra dificuldade encontrada para a organização da agenda foi a grande demanda não só das áreas adstritas (Tapiraípe, Colobró, Riacho Dantas e Humaitá) como, também, das demais regiões provenientes das áreas descobertas. Entretanto, a medida que a comunidade passava a ter esclarecimento sobre o projeto e sua importância, facilitava a incorporação da nova rotina ao nosso processo de trabalho. Em algumas ocasiões fazia-se necessária a priorização de atendimentos de determinados escolares, pois os mesmos estavam acompanhados de algum funcionário da escola e precisavam regressar à unidade escolar para dar

prosseguimento as suas atividades letivas. Ou ainda, moravam distante da USF e possuíam horário limitado dada a limitação do transporte que existe na região. Neste momento o diálogo com a comunidade foi fundamental, pois a medida que adquiriam esclarecimento do projeto e de sua importância diminuíam-se as tensões na sala de espera. Ainda, a agenda foi organizada para garantir a conclusão dos tratamentos odontológicos.

Porém, quanto à conclusão dos tratamentos não pôde ser realizada e sua plenitude dada a falta de insumos e materiais necessários para a realização dos atendimentos odontológicos em determinado período do projeto de intervenção. Fizemos vários ofícios solicitando o conserto do compressor e o envio dos materiais de insumos. Realizamos procedimentos não invasivos como tratamentos restauradores atraumáticos para minimizar a situação. Com relação ao acesso a barreira geográfica existente na região dificultava o acesso dos escolares à USF, e que, também, da posição socioeconômica baixa da população que não podiam pagar pelo uso do transporte privado. Para contornar tal situação, articulamos com o condutor do transporte escolar que levasse os escolares marcados no dia da consulta (lembrando que não era permitida “a carona”). Além disso, pedimos a liberação dos professores, no horário escolar, para que os escolares com remarcação agendada pudessem ser dirigidos à ESB nesse período.

A disponibilidade dos ACS e representantes locais em conversar com a comunidade sobre a importância do tratamento odontológico, ainda na fase escolar, e da disponibilidade da gestão em fornecer os materiais de consumo foram cruciais neste processo. A especializanda capacitou os membros da ESF engajados no projeto, os funcionários das escolas e os representantes das comunidades para classificarem os riscos em saúde bucal por meio de palestra e, também, por adequado preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento logo na primeira semana de intervenção. Com isso foram capazes de encaminhar os escolares à USF para atendimento individualizado, principalmente aqueles classificados como alto risco à saúde bucal. Além disso, capacitou a equipe para atividades de gestão em saúde, fortalecimento do controle social e trabalho multidisciplinar por meio de palestra expositiva utilizando o próprio espaço da USF. Mais uma vez, cita-se o grande interesse por parte de todos os participantes, uma facilidade encontrada na execução desse processo, o que agilizou o entendimento e aumentou ainda mais o engajamento público dos mesmos, em prol da melhoria da

saúde bucal dos escolares. Ainda, utilizamos a estratégia da transmissão dialógica, a criação de boletim informativo, sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via quando necessário e a atualização constante do mural da USF.

A ESB juntamente com os ACS, fizeram o planejamento das atividades educativas bem como a construção dos materiais, etapa importante onde houve grande integração da ESF. A ESB solicitou junto à gestão, os insumos necessários para a prática de prevenção à saúde bucal. Entretanto, grande parte dos recursos não foi enviada, prejudicando a elaboração completa das atividades planejadas.

Iniciada a etapa de intervenção, os professores e funcionários previamente sensibilizados foram cooperativos com as atividades de prevenção, principalmente nas palestras e nas poucas atividades de escovação realizadas nas escolas. Entretanto, a falta de insumos como escova dental e dentifrício necessários para a realização das atividades de escovação supervisionada coletiva, foram, em parte, substituídas pela escovação no âmbito individualizado. Recomendou-se que os escolares comparecessem à USF portando sua própria escova para a realização da escovação supervisionada direta. As palestras também foram prejudicadas. Cita-se como fatores a dificuldade de deslocamento da ESB em turnos opostos ao da ESF; a falta de materiais e insumos; a desmotivação da própria equipe e da ESB diante das dificuldades; o período de provas do ano letivo e ausência de alguns escolares nas datas das atividades educativas. Essas dificuldades, portanto, prejudicaram o alcance das metas relacionadas à orientação de higiene oral, nutricional e carie dentária. Utilizamos, entretanto, o diálogo como estratégia durante os atendimentos individualizados e debates na sala de espera para a melhoria desses indicadores. Além disso solicitamos que os escolares trouxessem sua própria escova para realizar a aplicação tópica de flúor e instrução de higiene oral.

Os atendimentos individualizados, por sua vez, sofreram pelas deficiências no envio dos materiais e insumos além de defeitos no equipo odontológico, principalmente nos últimos meses de intervenção; a barreira geográfica; a condição social da população; a não sensibilização de alguns pais ou responsáveis pela própria dificuldade de contato da ESB e demais envolvidos no processo.

A especializanda acompanhou o registro de todos os escolares moradores da área de abrangência da USF com primeira consulta odontológica iniciada, semanalmente, na planilha fornecida pelo curso. Implantamos as planilhas de

monitoramento da saúde bucal dos escolares, as fichas-espelho e as fichas para encaminhamento daqueles com maior risco de doenças bucais. Pactuamos com a ESF e com a escola o registro das informações.

A ESB avaliou as atividades educativas por meio da revisão da planilha de coleta de dados e revisão das fichas-espelho. As fichas-espelho foram armazenadas separadamente das fichas de prontuários e arquivadas em um organizador solicitado para este fim. As fichas-espelho eram de livre acesso e ciência de todos da equipe participantes do projeto, escolares e responsáveis.

3.2 Ações não desenvolvidas

Das ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas cita-se a não confecção da caixa de sugestões para ouvir a comunidade sobre a qualidade do serviço e possíveis melhorias; a não realização e monitoramento das buscas ativas; o não envio das cartas-convite aos faltosos; o preenchimento das fichas de monitoramento das atividades educativas que foram elaboradas e não utilizadas; a convocação dos escolares faltosos para concluir os atendimentos odontológicos que foi dificultada, a ausência de reuniões com os funcionários das escolas no período da intervenção; a impossibilidade de reunião com os pais nas escolas; as poucas reuniões semanais com a ESF o que inviabilizou a conclusão de determinadas ações, o fluxograma que não foi disponibilizado na sala de acolhimento.

A caixa de sugestões não foi confeccionada por não nos atentarmos para a execução de uma nova no cronograma do projeto, porque já existia na USF uma outra para a avaliação qualitativa da ESF que não era bem sucedida. Talvez, seja por este motivo o nosso desinteresse. Portanto, a forma dialógica foi um das estratégias para fortalecimento do controle social tanto em salas de espera, quanto consultas e atividades nas escolas.

O monitoramento da realização das buscas ativas não foi anotado nas planilhas de acompanhamento específicas do projeto, elaboradas no período de análise estratégica, dada a dificuldade de retorno dos ACS e funcionários das escolas quanto à realização desta atividade. Os escolares de retorno que a ESB acolhia na USF eram pontuados na planilhas de coletas de dados específica do curso. A dentista relatava aos ACS e professores aqueles escolares faltantes às consultas para que fossem feitas as visitas domiciliares (VD) pelos ACS e enviados

os avisos aos pais ou responsáveis pelos professores. A maior dificuldade encontrada nessa etapa foi o retorno por parte dos ACS e professores quanto ao exercício de suas responsabilidades nesse processo. Havia um retorno dos escolares, porém os ACS e professores não comunicavam à EBS quem eram os convocados impossibilitando, assim, o monitoramento e a análise plena deste indicador.

As atividades educativas foram monitoradas e lançadas na planilha eletrônica específica do curso semanalmente. Inicialmente havíamos planejado o monitoramento por planilha específica construída no período de análise estratégica, porém a inclusão dos dados diretamente na planilha de coleta de dados do curso e nas fichas-espelho tornou-se mais eficiente. Os dados referentes ao monitoramento das atividades educativas foram inseridos nas fichas-espelho durante suas revisões e na planilha eletrônica de coleta de dados do curso. Ao realizarmos as ações de prevenção, recebíamos dos professores a lista de alunos presentes no dia da intervenção que era anexada a um livro de registro de atividades educativas.

A ESB monitorou, mediante revisão das fichas-espelho e da planilha de coleta de dados, as atividades preventivas realizadas e a conclusão dos tratamentos. Devido à dificuldade de insumos, já mencionado anteriormente, as solicitações de encaminhamento das cartas-convite, estabelecidas aos faltosos foram suspensas.

Não foi possível realizar no espaço escolar as reuniões com os pais ou responsáveis. Porém, como estratégia utilizamos outros espaços comunitários e eventos da ESF para realizar reuniões com os pais ou responsáveis como por exemplo, o dia do acompanhamento antropométrico do bolsa-família, reunião de gestantes com a enfermagem, dia de palestra com os usuários do Hiperdia, entre outros.

No eixo qualificação da prática clínica, a dentista capacitou a equipe para realizar as práticas de ações coletivas de escovação dental com flúor e dentifrício de acordo com as normas do Caderno nº17 do Ministério da Saúde, bem como treinou os mesmos para realizarem diagnósticos das principais doenças bucais. Inicialmente, as reuniões com os membros da equipe foram realizadas semanalmente, porém com o passar das semanas as reuniões deixaram de ter caráter grupal devido à dificuldade interna da própria equipe em realizar reuniões com maior periodicidade para discutir questões não burocráticas. Tal dificuldade foi detectada desde o período de análise situacional. Logo, acabou predominando o

diálogo interpessoal. Entretanto, mesmo com a ausência de reuniões semanais, conseguimos engajar a equipe para que o projeto se caminhasse em favor da melhoria da atenção à saúde bucal.

No eixo engajamento público foram divulgadas as potencialidades das ações transdisciplinares e interdisciplinares por meio de reunião entre equipe. Porém, como já mencionado anteriormente, devido à dificuldade de agrupamento em reuniões periódicas com a equipe não foi possível concluir esta ação. A ESB sempre discutia com os membros engajados e funcionários das escolas o processo saúde-doença-cuidado relacionado com a saúde do escolar. O retorno deste diálogo sempre foi positivo.

3.3 Dificuldades na coleta e sistematização de dados da intervenção

Não foram encontradas dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção bem como no fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores. A revisão semanal das fichas-espelho e a atualização da planilha eletrônica do curso foi de fácil manipulação. Também, as orientações quanto ao preenchimento foram bem esclarecidas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço

Por fim, a incorporação do projeto na nossa rotina de trabalho inicialmente foi bastante dificuldade devido à grande demanda e da diversidade de atendimentos da agenda da ESF. Entretanto, foi facilitada pelo interesse e engajamento público dos atores envolvidos no processo. O fortalecimento do controle social através das estratégias para esclarecer a comunidade sobre a importância do cuidado ainda na fase escolar e da equipe em ouvi-los foi importante para aceitação do projeto e de suas possíveis modificações ao longo da intervenção. A organização do registro de informações, com a instalação das fichas-espelho, favorece o seguimento do projeto mesmo após o período de intervenção por ser específica e estar à parte das fichas de prontuários dando à ação um caráter exclusivo.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos moradores da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família José Cezar Batista de Oliveira. Na área adstrita à USF existem 458 crianças na faixa etária supracitada, correspondendo aos distritos do Tapiraípe, Colobró, Riacho Dantas e Humaitá. Dada a dificuldade de acesso da ESB à região do Humaitá e Barbado (localizada no Colobró) as escolas destas regiões foram excluídas do projeto de intervenção restando um quantitativo de 347 alvos da intervenção.

Com relação ao indicador **exame com finalidade epidemiológica**, ao final de quatro meses alcançamos 93,4% (324) estando bem próximo da meta de 100%. Ao longo dos quatro meses houve um aumento significativo do primeiro mês de 226 (65,1%) escolares examinados para o segundo mês com 324 (93,4%) mantendo-se estável no meses seguintes como mostra a figura 2.

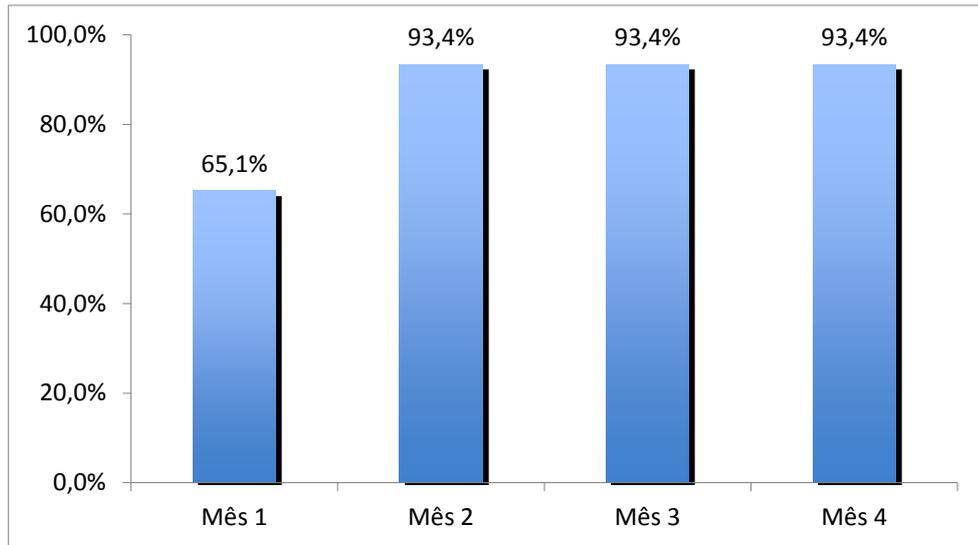


Figura 2 - Gráfico da proporção dos escolares da área de abrangência examinados durante o exame epidemiológico de saúde bucal.

Fonte: Planilha de coleta de dados/UFPel, 2013

Ao iniciar a intervenção a cobertura de saúde bucal em escolares, na faixa etária de 5-14 anos, era de 3% como foi observado no período de análise estratégica. Ao término do período de intervenção, 143 (45,1%) escolares **moradores da área de abrangência que realizaram a primeira consulta odontológica** programática ultrapassando a meta estabelecida de 40%. Ao longo dos três meses iniciais os resultados obtidos foram decrescentes (100%, 62,3%, 45,1% respectivamente) mantendo-se estável no último mês (45,1%). Essa queda foi proveniente da continuidade dos exames epidemiológicos, porém devido à falta de material disponível, o atendimento odontológico teve que ser interrompido no mês 3. Este resultado mostra a efetividade das ações para a melhoria deste indicador (Figura 3).

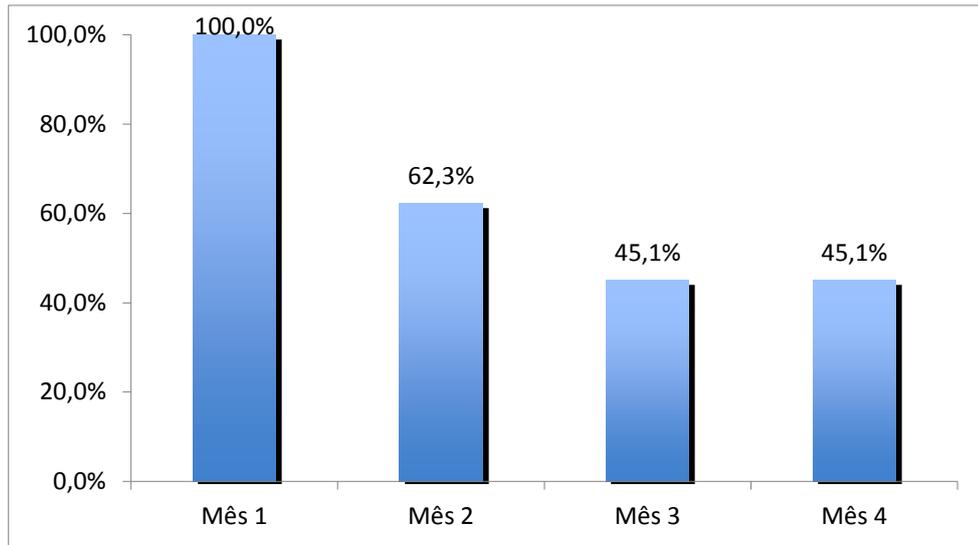


Figura 3 - Gráfico da proporção dos escolares da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

Fonte: Planilha de coleta de dados/UFPel, 2013

O número de **escolares da área de abrangência classificados como alto risco** foi de 75 correspondendo à 21,6% da população-alvo da intervenção moradores da área de abrangência. Obteve-se para o indicador de primeira consulta odontológica programática de escolares classificados como alto risco à saúde bucal, no final de quatro meses cobertura de 72,0% (54) ficando aquém da meta estabelecida de 100%. A análise temporal deste indicador mostra um comportamento decrescente nos primeiros meses mantendo-se estável no último mês (Figura 4).

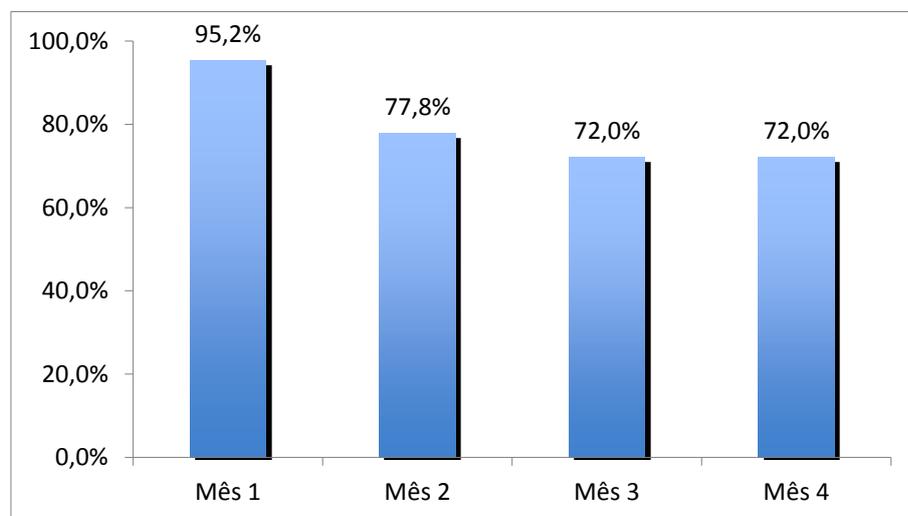


Figura 4 - Gráfico da proporção dos escolares da área de abrangência classificados como alto risco à saúde bucal com primeira consulta odontológica.

Fonte: Planilha de coleta de dados/UFPel, 2013

Com relação ao indicador de **buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência**, os dados para este indicador não foram devidamente coletados, pois os ACS que estavam responsáveis pelas visitas domiciliares não repassavam à dentista quais escolares eles efetivamente haviam visitado. Além disso, no início do mês 3 do projeto de intervenção iniciou-se um curso de atualização técnica dos ACS promovido pelo Ministério de Saúde, onde os mesmos tiveram que parar as atividades em rua para dedicar-se às aulas teóricas. Em virtude disto, os dados que foram coletados ao final de quatro meses 30,9% (17 dos 55 faltosos) ficaram aquém da meta estipulada (Figura 5).

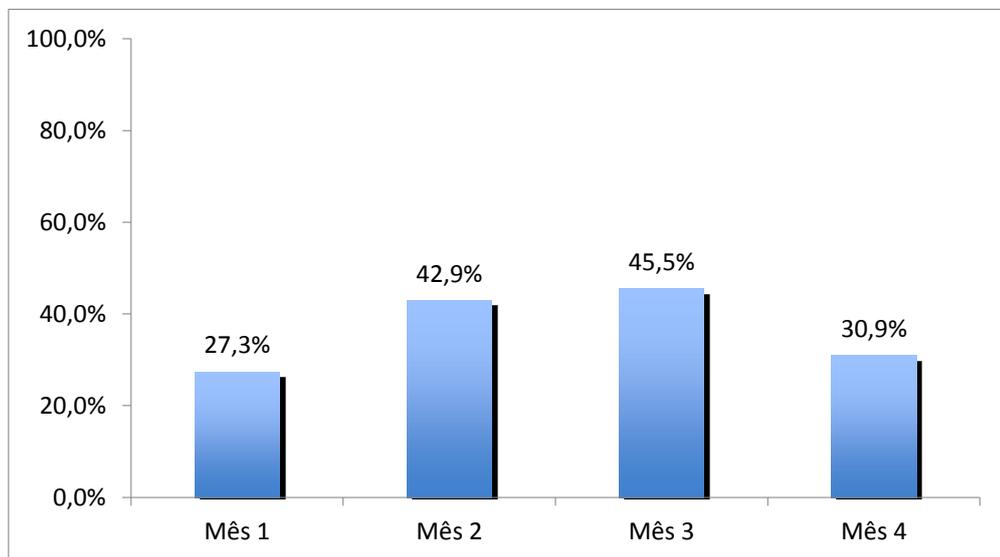


Figura 5 - Gráfico da proporção de busca ativa realizadas aos escolares moradores da área de abrangência.

Fonte: Planilha de coleta de dados/UFPel, 2013

Ainda, para o grupo dos **escolares de alto risco**, **obteve-se para o indicador escovação supervisionada com flúor**, ao final de quatro meses, 98,7% (74) aproximando-se da meta estabelecida de 100%. Este indicador comportou-se de forma crescente do primeiro mês para o segundo mês com pouca variação nos meses seguintes (Figura 06). Foi uma atividade possível de ser mantida mesmo com a falta de material odontológico e quebra do equipo.

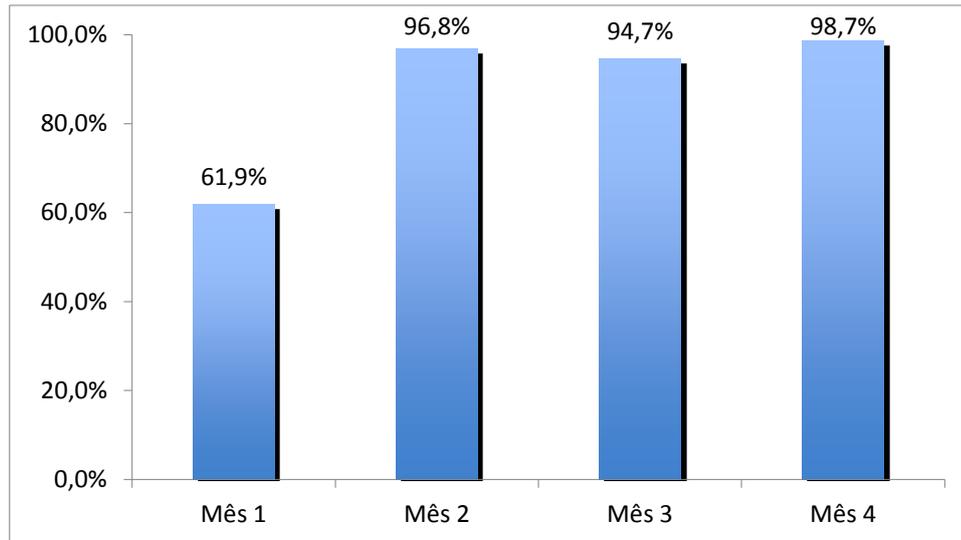


Figura 6 - Gráfico da proporção dos escolares da área de abrangência classificados como alto risco à saúde bucal com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Fonte: Planilha de coleta de dados/UFPel, 2013

Com relação a proporção de **escolares da área de abrangência com tratamento concluído** ao final de quatro meses foi de 37,1% (53) ficando aquém da meta estabelecida de 100%. A análise temporal do gráfico mostra um comportamento decrescente do primeiro mês para o segundo mês e crescente nos meses seguintes com pouca variação (Figura 07). Apesar de ser uma meta muito alta de ser alcançada devido à grande demanda pelo serviço odontológico não apenas pelos escolares, mas também por outros grupos prioritários, manteve-se a meta de qualidade em 100%. Conforme explicado, algumas dificuldades impossibilitaram a conclusão de muitos tratamentos.

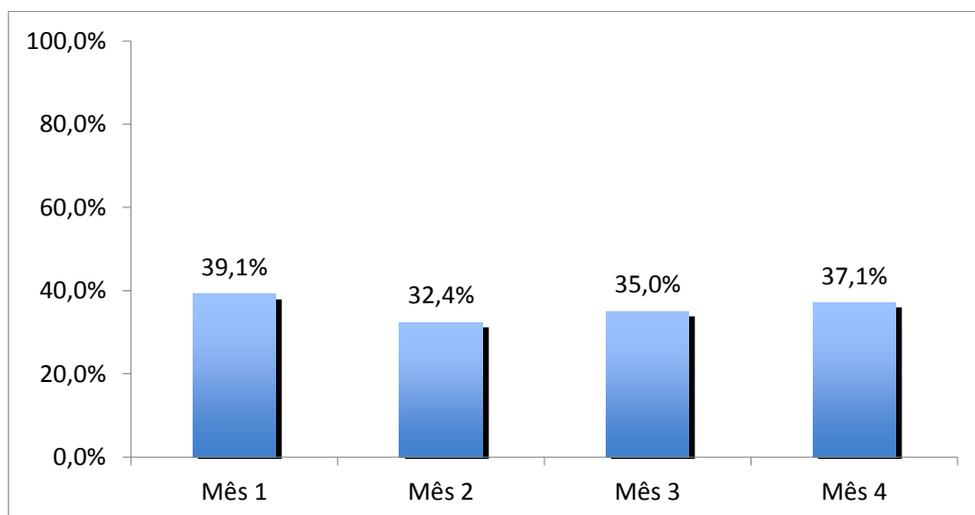


Figura 7 - Gráfico da proporção de escolares com tratamento concluído.

Fonte: Planilha de coleta de dados/UFPel, 2013

Quanto ao indicador de **escolares com registro atualizado**, inicialmente conseguimos atualizar todos os registros daqueles com primeira consulta odontológica programática. No mês seguinte, a medida que iam sendo inseridos na planilha de coleta de dados os escolares com primeira consulta odontológica programática que tinham tido sua primeira consulta em período anterior ao do projeto de intervenção, por meio da revisão das fichas de prontuários, buscamos contatá-los e atualizar o registro em saúde bucal nas fichas-espelho do programa. Ao fim dos quatro meses, alcançamos a meta de 100% dos registros atualizados como mostra a figura 08.

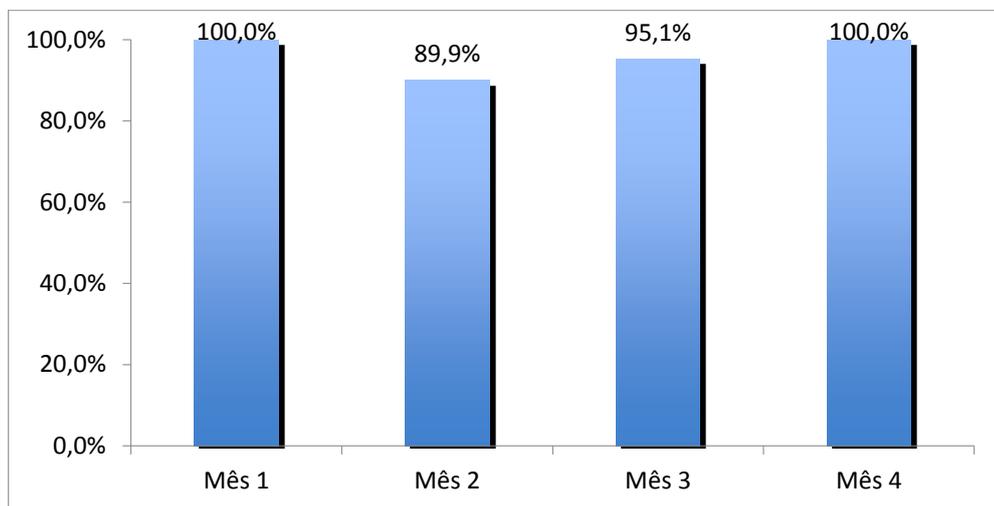


Figura 8 - Gráfico da proporção de escolares com registro atualizado.
Fonte: Planilha de coleta de dados/UFPEl, 2013

Os resultados obtidos com relação a **proporção de escolares com orientação sobre higiene oral** no fim de quatro meses foi de 62,0% (215) ficando aquém da meta estabelecida de 100%. Ao longo dos dois primeiros meses comportou-se de forma crescente obtendo um leve aumento no meses seguintes como mostra a figura 09. Houve dificuldade de obtenção de escovas dentais e dentifrício para realizar a atividade, apesar do compromisso prévio à intervenção por parte do gestor. A ação foi desenvolvida utilizando as escovas dos escolares que as portavam na escola, assim, aqueles desprovidos de escova não puderam realizar a atividade e a meta não foi alcançada.

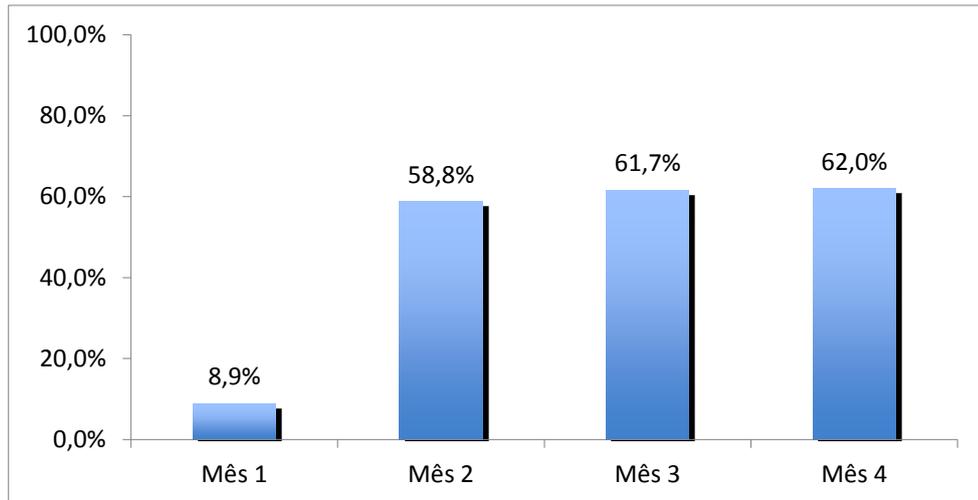


Figura 9 - Gráfico da proporção de escolares com orientação sobre higiene oral
Fonte: Planilha de coleta de dados/UFPel, 2013

Por fim, com relação aos indicadores **orientação sobre cárie e informações nutricionais** no final de quatro meses foi de 53,6% (186), ambos, ficando aquém das metas estabelecidas de 100%. Do primeiro mês para o segundo houve um aumento significativo destes indicadores, mantendo-se em quase estável nos meses seguintes (Figura 10). A razão para que as orientações de higiene oral tenha valores superiores aos indicadores de orientação à cárie dentária e informações nutricionais é de que estes estavam mais associados às ações coletivas do que os últimos que se faziam em nível individual. Além disso, ressalta-se que muitos escolares que participaram das atividades de avaliação epidemiológica, faltaram nas atividades coletivas ou não foram liberados para participar pelos responsáveis.

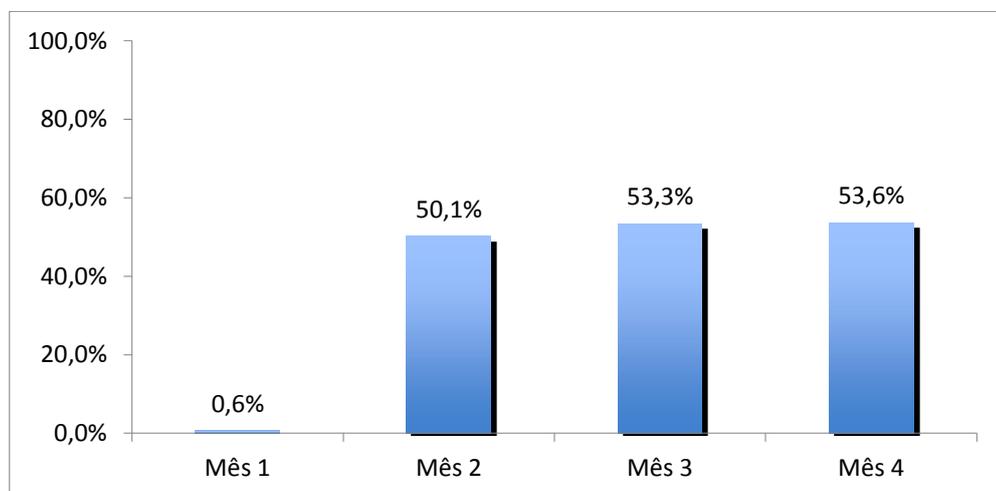


Figura 10 - Gráfico da proporção de escolares com orientação sobre cárie dentária e informações nutricionais.
Fonte: Planilha de coleta de dados/UFPel, 2013

4.2 Discussão

Diante dos resultados obtidos o projeto de intervenção propiciou a ampliação das coberturas de primeira consulta odontológica programática e da ação coletiva de escovação supervisionada, além do aumento da proporção de escolares com tratamento concluído. Promoveu, com o auxílio do levantamento epidemiológico de saúde bucal, uma melhor estratégia de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações em saúde bucal tornando-se uma ação gerencial mais efetiva e garantido ações de vigilância sobre risco e de necessidades em Saúde Bucal direcionadas à população sob risco social, oportunizando acesso aos tratamentos e ao uso do flúor através do acompanhamento das ações assistenciais e preventivas. Melhorou também o registro em saúde bucal ao realizar o cadastro dos escolares e a atualização constante das fichas-espelho. Aprimorou o acesso dos escolares ao considerar a dinâmica econômica e social da população reorganizando a agenda de forma a acolher as demandas programada e espontânea e os casos de urgência dando respostas às necessidades dos usuários, favorecendo assim a universalidade e a equidade. Favoreceu as ações intersetoriais ao articular os profissionais do setor de saúde com profissionais da educação possibilitando o acesso à informação sobre fatores de risco à saúde bucal e as formas de prevenção.

Ainda, propiciou à equipe de saúde, principalmente à ESB, uma nova experiência no processo de trabalho, intensificando o cuidado como principal forma de atuação no enfrentamento da doença cárie ao invés das práticas curativas anteriormente utilizadas. Proporcionou uma melhor interação da equipe, principalmente entre ACS e ESB, aumentando as relações de trabalho e o diálogo. Simultaneamente, também, integrou a equipe de saúde com outros sujeitos (profissionais da educação, líderes comunitários, pais/responsáveis de alunos, gestão) compartilhando as responsabilidades quanto ao cuidado à saúde bucal nas ações de prevenção e promoção à saúde e, também, nas ações assistenciais. O projeto oportunizou a valorização e a capacitação dos profissionais de saúde por meio das ações fortalecedoras do engajamento público, aproximando o serviço de enfermagem da ESB ao adotar o acolhimento, feito por este profissional, para identificar escolares que ainda não tinham sido cadastrados no projeto, unificando assim, as portas de entradas dos dois serviços. Notamos no decorrer da

intervenção uma grande satisfação por parte da equipe à nova rotina de trabalho estabelecida.

Em contrapartida, tivemos muitos imprevistos que nos impossibilitaram alcançar as metas, podemos citar a não imediata manutenção dos equipamentos odontológicos diante de um defeito técnico, obrigando-nos a suspender os procedimentos clínicos restauradores e, também o envio irregular dos insumos e materiais para procedimentos clínicos fazendo com que a assistência ficasse prejudicada, principalmente nos dois últimos meses do projeto de intervenção. Foram feitas solicitações por meio de ofício, mas a resposta que recebíamos nem sempre era a solução que precisávamos. Um dos objetivos que foram prejudicados com a falta de materiais e insumos foram as atividades de prevenção. Não recebemos a quantidade ideal para as atividades de escovação supervisionada obrigando-nos a pedir que os alunos trouxessem suas próprias escovas dentais para realizas as ações de escovação supervisionada direta durante o atendimento individualizado, impossibilitando o acesso universal à escova e ao dentífrico fluoretado.

Outro fator negativo foi estabelecer o cronograma das atividades de prevenção e promoção na escola. Ficaram um pouco soltas as ações e muitas delas não puderam ser feitas dado no período de provas ser inviável desenvolver ações deste tipo. Outra questão foi a reunião com os pais que ocorreu, pois as escolas da região têm costume de realizar apenas uma reunião anual, logo no início do ano letivo. Com relação a rotina de trabalho da equipe, a cultura de realizar reuniões esporádicas e com caráter burocrático fez com que as reuniões de equipe se tornassem cada vez mais infrequentes. A própria distancia de moradia de alguns ACS influenciam nessa cultura, muitos só iam na unidade quando precisavam resolver algo com a coordenação. Passamos então a usar a forma dialógica durante o processo de trabalho da equipe para divulgar, estimular e aproximar os ACS da ESB. Entretanto, quando iniciou no município o curso de atualização técnica para os ACS as buscas ativas e as visitas domiciliares deixaram de ser feitas, tornando-se então um viés que compromete a coleta e interpretação dos dados para a busca ativa. Entendemos que o planejamento estabelecido durante o período de análise estratégico não foi devidamente observado todos os fatores que dificultavam nossas ações fazendo com que parte das metas não sejam alcançadas. Cabe, diante disso,

refletirmos sobre novas estratégias ou readaptarmos a meta e o cronograma das ações à nossa realidade.

Anteriormente ao projeto de intervenção as ações preventivas eram pontuais e desvinculadas das ações assistenciais. Não existia planejamento de ações programáticas nem formas de controle, acompanhamento ou monitoramento das ações. Os escolares que apresentavam as maiores necessidades são de regiões mais distantes da unidade (Colobró e Riacho Dantas). A ESB tem dificuldade de deslocar-se à estas regiões, pois o descolamento da equipe de saúde (médico, dentista e enfermeiro) ao distrito do Colobró era apenas na terça pela manhã. Já no distrito do Riacho Dantas, onde encontramos a maior parte dos escolares com alto risco à saúde bucal, o dentista não se descola com a equipe por não haver no posto de saúde da região uma sala para a odontologia. Logo, não haviam estratégias que pudessem reduzir essa barreira. Isto resultava em uma grande demanda por atendimentos não programados ou em caráter de urgência. A unificação da porta de entrada do serviço de enfermagem e de odontologia era apenas voltado para a população de HIPERDIA e gestantes. Não havia qualquer comunicação entre a comunidade e a ESB. Embora existisse uma boa interação entre o serviço de enfermagem e a comunidade.

Assim, para os usuários foi importante a implantação deste projeto uma vez que facilitou o acesso de escolares à unidade ao proporcionar um horário estratégico de atendimento baseado no conhecimento da dinâmica local (necessidades, dificuldade de acesso, condição social) e do território. Foi possível favorecer o acesso por meio da integração entre a ESB e a escola, fortalecer o diálogo entre a comunidade, a equipe de saúde e líderes comunitários. Além disso, aprimorar o exercício da cidadania e a participação social ao desenvolver mecanismos de escuta e diálogo (forma dialógica, informativos, atualização constante do mural) estabelecendo, assim, um contato mais próximo entre a ESB e a comunidade. A comunidade mostrou-se satisfeita, principalmente por facilitar o acesso dos escolares e a continuidade da ação até a conclusão dos tratamentos. Recebemos bastante elogios por parte de todos quanto à instalação do projeto.

A intervenção poderia ter sido facilitada se tivesse sido articulada desde a elaboração de plano de aulas e do cronograma das atividades do ano letivo. Estamos negociando, mediante ofício à gestão pela administração do transporte escolar, que pais e alunos possam utilizar o transporte escolar para ir também a

unidade de saúde, o que não é possível até o momento. O envio de materiais e insumos para as ações assistenciais e de prevenção, bem como, a revisão constante dos equipamentos odontológicos facilitarão a melhoria da qualidade dos serviços e na resolutividade das ações.

Um questionamento importante que deve ser incluído nesta discussão é a questão do envolvimento das famílias. Não houve nesse projeto um envolvimento explícito das famílias. Embora o diálogo com o acompanhante dos escolares na unidade, as abordagens dos ACS nas visitas domiciliares e as palestras com os pais tenha suprido parte dessa deficiência. É importante, portanto, esclarecermos as ações para envolver as famílias uma vez que é importante alcançarmos o núcleo familiar para a concreta resolutividade das ações de educação em saúde.

A intervenção já está incorporada a nossa rotina de trabalho. A ESB incorporou o cuidado, o acolhimento e a linguagem utilizada para os escolares como algo específico e de importância no nosso trabalho. Iremos juntamente com as escolas criar nosso cronograma de atividades imediatamente que iniciar o ano letivo. Participaremos da reunião de pais para falar sobre a importância do atendimento aos escolares e da nova rotina de trabalho. Continuaremos a exigir que o envio de materiais e insumos para as ações assistenciais e de prevenção, bem como, a revisão constante dos equipamentos odontológicos seja feita de forma mais atuante em nosso distrito. Incentivaremos a participação da comunidade para que se torne mais atuante no planejamento e desenvolvimento do nosso trabalho garantindo assim o exercício da cidadania.

4.3 Relatório da intervenção para os gestores

Este relatório apresenta as ações desenvolvidas durante a qualificação do programa de atenção à Saúde Bucal dos escolares da Unidade de Saúde da Família José Cezar Batista de Oliveira em Ruy Barbosa/Bahia. É o resultado de um projeto de intervenção desenvolvido durante a Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Ainda, descreve as metas estabelecidas no projeto de intervenção e os resultados alcançados ao final de quatro meses (com início na última semana de setembro de 2013 e término na última semana de janeiro de 2014). As escolas pactuadas para participarem do projeto foram: Olívia Oliveira

(Tapiraípe), Saló Cardoso (Tapiraípe), Angélica Alvim (Riacho Dantas) e Celina Coelho (Colobró).

Justifica-se a implantação deste projeto de intervenção, uma vez que a cárie e a doença periodontal são os principais agravos que acometem a população brasileira. A atenção básica deve atender com resolutividade nas suas ações englobando um maior número de usuários a fim de que tais doenças possam ser curadas ou prevenidas. Tais ações compreendem ações preventivas e de promoção à saúde em conjunto com atividades assistenciais, pois ações de caráter individualizado, isoladamente, não resolvem o problema da doença cárie que tem causa multifatorial. Por isso, é de extrema importância o desenvolvimento de ações intersetoriais. Tal projeto, que aqui descrevemos, traz resultados positivos de nossas ações mostrando que a responsabilização compartilhada surte efeitos bem mais desejáveis.

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 à 12 anos moradores da área de abrangência da unidade. Na área adstrita à USF existem 458 crianças na faixa etária supracitada, correspondendo aos distritos do Tapiraípe (onde fica localizada a UBS), Colobró (18 km), Riacho Dantas (14 km) e Humaitá (23 km). Dada a dificuldade de acesso da ESB à região do Humaitá e Barbado (localizada no Colobró) as escolas destas regiões foram excluídas do projeto de intervenção restando um quantitativo de 347 alvos da intervenção. Este foi um ponto complicado, pois o transporte até a região é difícil e não há suporte para realizar atividades curativistas.

Foram objetivos específicos do projeto ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal dos escolares, melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal, melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares, melhorar o registro das informações e promover a saúde bucal.

Obteve-se com o fim da intervenção a ampliação da cobertura de exame bucal para 93,4% dos escolares. Ampliamos a cobertura de saúde bucal em escolares, que antes da intervenção era de 3,0%, para 31,2%. Ao término do período de intervenção, 143 (45,1%) escolares moradores da área de abrangência realizaram a primeira consulta odontológica programática, índice que não foi maior devido à falta de insumos e problemas nos equipamentos odontológicos. Já, para o indicador de primeira consulta odontológica programática de escolares classificados como alto risco à saúde bucal, no final de quatro meses, alcançamos 72,0% (54).

Interpreto este dado como uma vitória, pois uma parcela significativa desses escolares nunca tinham visitado o dentista.

Melhoramos o acesso ao tratamento e ao uso de flúor dos escolares classificados como alto risco à saúde bucal. Comprovadamente, na literatura, o flúor é um veículo importante para a prevenção das cáries. Obtivemos para o indicador escovação supervisionada com flúor, ao final de quatro meses, 98,7% dos escolares participando. Já, com relação à proporção de escolares da área de abrangência com tratamento concluído alcançamos 37,1% dessa população.

Todos os registros em saúde bucal foram atualizados ao realizarmos o cadastro dos escolares e a verificação constante das fichas-espelho - instrumento utilizado para a avaliação, monitoramento e acompanhamento das ações. Melhoramos o acesso dos escolares ao considerar a dinâmica econômica e social da população, reorganizamos a agenda de forma a acolher as demandas programada e espontânea e os casos de urgência, dando respostas às necessidades dos usuários, favorecendo assim a universalidade e a equidade. A intervenção favoreceu também as ações intersetoriais, ao articular os profissionais do setor de saúde com profissionais da educação, possibilitando o acesso à informação sobre fatores de risco à saúde bucal e às formas de prevenção. Para os resultados obtidos com relação a proporção de escolares com orientação sobre higiene oral alcançamos um índice de 62,0%. Por fim, com relação ao indicadores orientação sobre cárie e informações nutricionais alcançamos 53,6% (186) dos escolares. Esperamos com o retorno das aulas conseguir atingir 100% nesses indicadores.

Em contrapartida, tivemos muitos imprevistos que nos impossibilitaram alcançar as metas, como a não imediata manutenção dos equipamentos odontológicos diante de um defeito técnico, obrigando-nos a suspender os procedimentos clínicos restauradores e, também, irregular envio dos insumos e materiais para procedimentos, fazendo com que a assistência ficasse prejudicada, principalmente nos dois últimos meses de intervenção. Foram feitas solicitações por meio de ofício, mas a resposta que recebíamos nem sempre era a solução que precisávamos. Um dos objetivos que foram prejudicados com a falta de materiais e insumos foram as atividades de prevenção. Não obtivemos a quantidade ideal de escovas para as atividades de escovação supervisionada, obrigando-nos a pedir que os alunos trouxessem suas próprias escovas dentais para realizar a atividade

durante o atendimento individualizado, impossibilitando o acesso universal à escova e ao dentifrício fluoretado.

Finalmente, espera-se que este trabalho permaneça e que a gestão cumpra com seu papel para melhorar a qualidade das ações em saúde bucal comprometendo-se em revisar os equipamento e na manutenção constantes dos materiais e insumos necessários para a execução das ações, além de acesso adequado às regiões não incluídas nesse projeto.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Entre os meses de setembro de 2013 e janeiro de 2014 a unidade de saúde investiu em um projeto para melhorar a saúde bucal dos alunos de escolas da região. Ao fazermos o balanço do projeto desenvolvido observamos quão positivas foram as atividades para a comunidade e para o fortalecimento dos princípios do SUS que são equidade, igualdade das ações e universalidade da atenção.

Porém, a melhoria da atenção à saúde bucal só foi possível, obviamente, pela parceria entre a Equipe de Saúde Bucal e as escolas participantes do projeto. Também, não poderia deixar de citar a ajuda da comunidade que nos apoiou ao entender a importância do projeto para os escolares da nossa comunidade. Contamos com a parceria das escolas Democrático Olívia de Oliveira (Tapiraípe), Saló Cardoso (Tapiraípe), Celina Coelho (Colobró) e Angélica Alvim (Riacho Dantas). Além disso, sem a ajuda dos diretores, funcionários e professores os resultados positivos jamais existiriam. Isso sim, que é trabalho de verdade, é um trabalho dividido entre todos, pois uma andorinha só, não faz verão!

Foram quatro meses de muito trabalho e, para nossa alegria, conseguimos aumentar o número de alunos atendidos de 9 para quase 100, uma melhora significativa para a comunidade. Pensamos bastante nas formas de aumentar o número de tratamentos e de uso de flúor – importante no combate às cáries. Realizamos o exame na boca de nossos alunos para planejar as ações e o acompanhamento das atividades que foram desenvolvidas. Fortalecemos o diálogo entre o setor de saúde e o setor de educação. Melhoramos a relação entre a Equipe

de Saúde Bucal e a comunidade. Enfim, mudamos completamente o trabalho nosso e das escolas em prol de um bem comum: saúde bucal.

Entretanto, queremos fazer muito mais. É hora de continuarmos nossa luta à favor de uma Saúde Bucal melhor em nossa comunidade. Proponho, que pensem em construir um Conselho Local de Saúde que lute contra eventuais políticas propostas que firam o interesse coletivo. Vamos por meio do Conselho fortalecer nossa cidadania e nossa participação em defesa do SUS. Continuaremos com este trabalho e contamos com a sua ajuda para fazer valer **“a saúde bucal levada a sério”!**

“Unir-se é um bom começo, manter a união é um progresso e trabalhar em conjunto é a vitória” (Henry Ford)

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

O curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel/UNASUS superou minhas expectativas. Foi uma experiência espetacular e única. Agregaram-se na minha formação e na minha prática clínica como dentista novos conhecimentos. Há quase dois anos trabalho em Unidades de Saúde da Família. Sempre foi um desejo, desde a academia, atuar no SUS. Realizei este sonho, porém não tinha ideia do quanto eu estava atuando de forma errada. Antes do curso eu pensava que era dentista de estratégia de saúde da família, mas agora eu tenho certeza.

Quando eu soube do curso de Especialização da UFPel a minha atitude em fazê-lo era para que eu aprendesse a trabalhar no SUS. Eu entendia teoricamente de alguns assuntos resultantes das poucas matérias de saúde coletivas cursadas na academia, porém eram apenas conceitos teóricos. Queria entender como promover saúde bucal e melhora-la, como fazer controle social e trabalhar com a comunidade. Por exemplo, minha prática clínica, antes do curso, atuava bastante em ações individuais. Achava, no meu egoísmo e ignorância, que produtividade em relação a procedimentos realizados solucionava o problema. Em ação coletiva bastava ir nas escolas, quando solicitado o dentista nessas ações. É verdade também que o dentista é muitas vezes condicionado a agir dessa forma. Por exemplo, em qualquer evento que fosse ocorrer envolvendo a equipe de saúde, em reunião de equipe já se decretava “vamos chamar o dentista para distribuir escovas?”. Mesmo não havendo flúor, ou dentifrício, não tinha problema, bastava distribuir escovas. Digo isto por experiência própria, mas não neste município. Ou seja, muitas das vezes utilizam desta ferramenta ou das ações coletivas para “fazer número” ou “ter produtividade”. Entretanto, com os conhecimentos adquiridos e norteados durante o curso, percebi o quão importante são as ações coletivas vinculadas às ações individualizadas e como

fazê-lo por meio do planejamento e do monitoramento e avaliação das ações. Esta foi uma das coisas mais marcantes no meu aprendizado.

Ainda nesta mesma linha de pensamento, não tinha conhecimento que uma das características essenciais do processo de trabalho do cirurgião dentista seria a ampliação e qualificação da assistência. Aprendi que o dentista deve promover a saúde bucal e utilizando de 15 a 25 horas da sua carga horaria para este objetivo. Este conhecimento mudou minha prática. Antes eu não entendia como eu faria para romper essa barreira do dentista sempre no consultório, principalmente quando a demanda é grande. O dentista, muitas vezes, fica temeroso em romper essa barreira, e eu tinha esse medo, por achar que não estar no consultório atuando diretamente na redução da cárie e outras doenças, não estaria fazendo saúde bucal. É meio contraditório pensar assim, pois se faz saúde bucal ao promove-la e prevenir doenças. Agora a equipe e comunidade tem essa visão, de que o dentista exercer atividades extra consultório é tão valido quanto uma atuação direta. Hoje, eu enfrento isso com muita tranquilidade. Aprendi a utilizar termos como “o dentista está atendendo na escola” para reduzir essas tensões.

Outra questão importante aprendida é de que na minha graduação ouvia sempre falar em controle social e participação popular, mas hoje percebo a importância desse elemento no fortalecimento do SUS. Percebi, também, que não é fácil promover a participação e o controle social. Vai muito além do diálogo. É preciso incentivar, motivar e fazê-los entender e sentir que são parte integrante desse processo. Por muitas vezes, recorri à discussão do processo histórico da construção do SUS mostrando o quão importante é a atuação popular.

Por fim, aprendi muito com o curso de especialização. Termos como engajamento público, planejamento estratégico, participação popular e ações intersetoriais fazem parte da minha preocupação em promovê-los por meio de minha atuação como dentista por saber de sua extrema importância.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Cadernos de Atenção Básica 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Cadernos de Atenção Básica 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

Anexos

Anexo 1 – Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
	Indicadores de saúde bucal - Mês 1																
1																	
2	Dados para Coleta	Número do escolar	Nome do Escolar	Idade do escolar	Escolar é morador da área de abrangência da unidade de saúde?	Escolar foi classificado como alto risco para saúde bucal?	Escolar morador da área de abrangência está com primeira consulta odontológica realizada?	Escolar morador da área de abrangência classificado como alto risco está com primeira consulta odontológica realizada?	Número de consultas odontológicas não realizadas	Número de buscas realizadas ao escolar/faloso escolar/ausente consultas	Escolar participou de escovação supervisionada com creme dental?	Escolar de alto risco recebeu aplicação de gel/fluoretado com escova dental?	Escolar está com tratamento odontológico concluído?	Escolar está com registro de saúde bucal atualizado?	Escolar / familiar recebeu orientação sobre higiene bucal?	Escolar / familiar recebeu orientação sobre cárie dentária?	Escolar / familiar recebeu orientação nutricional?
3	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 1 = Nenhuma	0 = Nenhuma 1 = 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
4		1															
5		2															
6		3															
7		4															
8		5															
9		6															
10		7															
11		8															
12		9															
13		10															
14		11															
15		12															
16		13															
17		14															
18		15															
19		16															
20		17															
21		18															
22		19															
23		20															
24		21															
25		22															
26		23															
27		24															
28		25															
29		26															
30		27															
31		28															
32		29															
33		30															
34		31															
35		32															
36		33															
37		34															
38		35															

Anexo 4 – Documento aprovação 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 Claudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



Apêndice 3 – Carta convocatória para tratamento odontológico

Prefeitura Municipal de Ruy Barbosa
USF José Cesar Batista de Oliveira
Projeto Saúde Bucal nas Escolas

Carta Convocatória

Prezados,

Responsáveis pelo menor _____, em virtude da última avaliação em Saúde Bucal realizada no dia ____ do mês _____ de 20____, na escola _____ foi observado que o escolar citado acima apresenta **alterações bucais significativas** e que o mesmo deverá comparecer na sua Unidade de Saúde para que seja dado início, de imediato, seu tratamento odontológico. O menor deverá se apresentar na unidade portando esta carta convocatória e acompanhado por seus responsáveis.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde Bucal USF Tapiraípe

Dra. Ruany Amorim

ASB Luciana Santos

Apêndice 3 – Ficha espelho

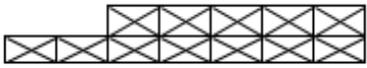
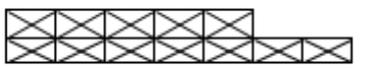
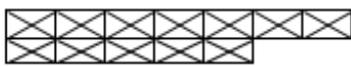
Universidade Federal de Pelotas
 Departamento de Medicina Social
Especialização em
Saúde da Família



Escola: _____ cadastro: _____

Nome: _____ DN: ____/____/____ idade: _____ sexo: _____

ODONTOGRAMA

17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17																														
																																																																
																																																																
47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

PLANO TRATAMENTO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

DATA	PROCEDIMENTO	DATA	PROCEDIMENTO

SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR

	Sim	Não	NAS
Participou do Levantamento Epidemiológico (passou por exame bucal na escola)?			
O escolar apresentava-se como Alto Risco?			
O escolar passou por primeira consulta odontológica programática?			
Foi realizada busca ativa em caso do escolar faltoso à consulta marcada?			
O escolar teve o Tratamento Odontológico Concluído?			
O escolar e seu responsável receberam orientação sobre higiene bucal e prevenção de cárie de forma individualizada na primeira consulta odontológica?			
O escolar e seu responsável receberam orientação nutricional de forma individualizada na primeira consulta odontológica?			
O escolar participou de ações educativas e preventivas na escola?			
O escolar realizou escovação supervisionada com orientação profissional?			
O escolar recebeu aplicação de flúor tópico de forma individualizada?			
O escolar recebeu aplicação de flúor tópico de forma coletiva?			

