UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 4

Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 4 a 10 anos na Escola Professora Ida Kummer, Renascença/PR.

Cris Valberto Gagliotto

Pelotas, 2014

Cris Valberto Gagliotto

Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 4 a 10 anos na Escola Professora Ida Kummer, Renascença/PR.

Trabalho acadêmico apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/ UNASUS como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Talita Helena Monteiro de Moura

Pelotas, 2014

Dados de catalogação na fonte:
Ubirajara Buddin Cruz – CRB 10/901
Biblioteca de Ciência & Tecnologia - UFPel

G135m Gagliotto, Cris Valberto
Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 4 a 10 anos na Escola Professora Ida Kummer, Renascença/PR / Cris Valberto Gagliotto. – 74f. – Trabalho de conclusão de curso (Especialização). Saúde da Família UNA SUS. Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Social. Pelotas, 2014. – Orientador Talita Helena Monteiro de Moura.

1.Saúde da família. 2.Atenção primária à saúde. 3.Saúde bucal do escolar. I.Moura, Talita Helena Monteiro de. II.Título.

CDD: 617.6

Cris Valberto Gagliotto

Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 4 a 10 anos na Escola Professora Ida Kummer, Renascença/PR.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 10 de maio de 2014, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

_____

Talita Helena Monteiro de Moura

(Orientadora)

Banca Examinadora:

_____

Banca 1: Helen Pereira Rocha

_____

Banca 2: Kelli Destri

Dedico este trabalho aos escolares, participantes, que possibilitaram a realização da intervenção, permitindo-me aprender enquanto os ensinava.

Agradecimentos

À Giseli, minha esposa, pelo incentivo constante.

À minha filha, Manoela, pelos momentos que estive ausente.

À Eciane Nardi, técnica em saúde bucal, que colaborou sem medir esforços na realização das atividades da intervenção.

Aos professores e funcionários da Escola Professora Ida Kummer, que colaboraram para a dinâmica das atividades realizadas com os alunos.

Aos colegas da unidade de saúde, que de maneiras distintas, colaboraram nas atividades da intervenção.

Ao Jovani Luiz Cenatti, Secretário Municipal de Saúde, pelo apoio prestado para a realização das atividades referentes ao Projeto de Intervenção e sua realização.

À Woneska Rodrigues Pinheiro, que me orientou em boa parte desta caminhada.

À Talita Helena Monteiro de Moura, orientadora que me ajudou a concluir esta caminhada.

Lista de Figuras

Figura 1: Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica. Renascença/PR, 2013.....51
Figura 2: Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica. Renascença/PR, 2013.....52
Figura 3: Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental. Renascença/PR, 2013.....53
Figura 4: Proporção de escolares classificados como alto risco à cárie dental que receberam aplicação tópica de flúor gel com escova dental. Renascença/PR, 2013.....54
Figura 5: Proporção de escolares com bochecho fluoretado semanal.....54
Figura 6: Proporção de escolares com primeira consulta odontológica realizada e tratamento concluído. Renascença/PR, 2013.....55
Figura 7: Proporção de escolares que receberam orientação sobre cárie dental. Renascença/PR, 2013.....56
Figura 8: Proporção de escolares que receberam orientações nutricionais. Renascença/PR, 2013.....57

Lista de abreviaturas/ siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal

CD – Cirurgião Dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CRE – Centro Regional de Especialidades

EaD – Educação a Distância

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIS I – Núcleo Integrado de Saúde I

PR - Paraná

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPel - Universidade Federal de Pelotas

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação.....09
1 Análise Situacional 10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 11/04/2013. 10
1.2 Relatório da análise situacional em 07/07/2013.....12
1.3 Comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional 21
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....23
2.1 Justificativa.....23
2.2 Objetivos e Metas.....25
2.2.1 Objetivo Geral 25
2.2.2 Objetivos específicos.....26
2.2.3 Metas.....26
2.3 Metodologia.....27
2.3.1 Detalhamento das ações.....28
2.3.2 Indicadores.....31
2.3.3 Logística.....34
2.3.4 Cronograma 37
3 Relatório da Intervenção 38
3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades.....38
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades.....46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços 48
4 Avaliação da Intervenção 50
4.1 Resultados.....50
4.2 Discussão.....57
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....61
4.4 Relatório da intervenção para comunidade 63
5 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem 65
Bibliografia.....67
Anexos.....68
Anexo A - Acompanhamento das atividades coletivas
Anexo B - Ficha espelho saúde bucal do escolar
Anexo C - Ficha de Triagem de risco de cárie dentária
Anexo D - Ficha espelho saúde bucal do pré-escolar
Anexo E - Planilha de coleta de dados
Anexo F - Documento do Comitê de Ética

Resumo

GAGLIOTTO, C. V. **Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 4 a 10 anos na Escola Professora Ida Kummer, Renascença/PR.** 2014. 74 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Especialização em Saúde da Família Modalidade à Distância da Universidade Federal de Pelotas.

O presente trabalho apresenta as atividades desenvolvidas no Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, modalidade à distância. A intervenção foi realizada no período de outubro de 2013 a janeiro de 2014, na Estratégia de Saúde da Família Rural do município de Renascença/PR. Após análise situacional, identificou-se a necessidade de realizar o Projeto de Intervenção em Saúde Bucal dos Escolares na Escola Professora Ida Kummer. Muitas ações preconizadas pelo Ministério da Saúde não estavam sendo oferecidas na unidade de forma satisfatória como, por exemplo, a atenção à saúde bucal dos escolares, que existia de forma desorganizada na gestão anterior e que no início da atual gestão (2013), não estava sendo realizada, e com sua continuidade ameaçada por não ser considerada prioridade pela administração. Através do projeto de intervenção, conseguimos mostrar a importância da ação programática de saúde bucal dos escolares e realizar a intervenção, organizando a saúde bucal dos escolares em nossa unidade de saúde. Participaram das atividades preventivas, educativas e curativas em saúde bucal 599 escolares, com idade entre 4 e 10 anos. Os objetivos foram: ampliar a cobertura da 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 dos escolares. As ferramentas utilizadas na coleta de dados foram: planilha de coleta de dados, fichas-espelho e diário de campo, a fim de garantir o registro dos dados dos escolares que participaram da intervenção. O cadastro foi realizado durante a realização do exame bucal para classificação dos escolares quanto ao risco à cárie. Após análise dos resultados identificou-se vários pontos positivos, foram realizados exames bucais em 598 escolares, destes 291 foram classificados como alto risco à cárie dental. Contabilizaram-se 279 primeiras consultas odontológicas com elaboração de plano de tratamento, 260 escolares tiveram o tratamento odontológico concluído. Mediante a intervenção houve mudanças nas atividades da equipe, que passou a planejar as ações executadas, efetuar os registros das atividades, realizar atividades educativas e preventivas, realizar exames para determinação de grupos prioritários para o atendimento clínico, contando com a participação da comunidade na realização das atividades. As ações realizadas durante a intervenção facilitaram a execução da ação programática, fornecendo dados estatísticos para comparação e planejamento, e foram incorporadas à rotina da equipe de forma que continuou mesmo após o término da intervenção.
Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal do Escolar.

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de Ensino a Distância (EaD), pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNASUS). O trabalho foi realizado por meio de uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde bucal dos escolares. O volume está organizado em cinco unidades seguindo o cronograma proposto pelo curso. A primeira é a análise situacional, onde se realizou um diagnóstico da unidade básica de saúde da qual faz parte a equipe de Estratégia de Saúde da Família Rural, do município de Renascença-PR. Seguiu-se da análise estratégica, na qual escrevemos um projeto de intervenção sobre a Saúde Bucal dos Escolares da área da unidade de saúde, necessidade identificada na análise situacional. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção onde são apresentados os resultados obtidos. A quarta parte apresenta a avaliação da intervenção com a discussão dos resultados e o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. A última parte do volume contém a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês março de 2013 e finalizou no mês de abril 2014, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 11/04/2013.

O município em que trabalho chama-se Renascença, localizado no sudoeste do Paraná, possui 6.812 habitantes segundo o censo de 2010. (IBGE, 2010).

O município concentra seus atendimentos no Núcleo Integrado de Saúde I (NIS I), onde funcionam conjuntamente a Secretaria de Saúde, três equipes de Estratégia da Saúde da Família - ESF, e outros profissionais da saúde que não fazem parte das equipes de ESF, e trabalham no pronto atendimento. Contamos também com um mini posto localizado no interior a 7 km da cidade, que funcionava duas vezes por semana. Para realizar os atendimentos nos dois dias, deslocavam-se até o mini posto um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro e um médico, fato este que não está acontecendo este ano ainda, porque uma ESF está sem médico. Também há um consultório odontológico em funcionamento na única escola municipal do município.

A estrutura do Centro de Saúde é formada por três construções, uma ao lado da outra. Estas construções são o primeiro posto de saúde do município, o segundo e o terceiro. Cada vez que uma construção nova era feita o antigo era desativado, mas algum tempo depois devido à necessidade de espaço voltava a fazer parte da estrutura. No momento estamos utilizando a primeira e a terceira construção, ou seja, a mais antiga e a mais nova. A segunda construção está passando por reforma desde julho de 2012 com conclusão prevista para 60 dias, quando receberá toda a estrutura da construção mais antiga que será demolida, e no lugar desta já há projeto e liberação de verba para uma nova construção que deve iniciar no mês de junho. Devido a isso passamos por período de improvisações e transtornos devido às obras que devem continuar até a conclusão da nova obra que ainda não iniciou. Quando tudo estiver concluído acredito que a parte física-estrutural ficará adequada.

A composição de profissionais da equipe é de 2 médicos clínicos gerais, no entanto, uma ESF está sem médico no momento, 5 enfermeiros, 5 técnicos de enfermagem, 5 auxiliares de enfermagem, 16 ACSs, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista,

1 geriatra, 1 pediatra e 1 ginecologista, 1 farmacêutica, 1 auxiliar de farmácia, 3 dentistas que fazem parte de duas ESFs, e está sendo contratado mais 1 dentista para compor a terceira ESF, 1 ASB, 1 TSB, 3 auxiliares administrativos, 5 motoristas, 3 zeladoras, 3 agentes de endemias, 1 chefe da vigilância sanitária.

A organização dos atendimentos pode ser aperfeiçoada, pois não são divididos por territórios. Várias ACSs estão com desvio de função, auxiliando fisioterapeuta, farmacêutica, almoxarifado entre outras funções, quebrando já o primeiro elo de ligação com a população. Tanto no atendimento odontológico como médico a população escolhe o profissional que vai atendê-lo. O que acaba por acontecer é que o mesmo usuário acaba sendo atendido por diferentes profissionais para vê se o diagnóstico é o mesmo ou para conseguir alguma coisa que não conseguiu com o primeiro profissional, como atestados, receitas, exames. Isto provoca algumas consequências, como baixa resolução dos problemas, falta de integralidade e longitudinalidade.

Na parte odontológica que é onde atuo, o atendimento está prejudicado desde o início da reforma do segundo posto, onde funcionava o serviço odontológico. Os atendimentos são realizados com agendamento e urgência/emergência, mas como no atendimento médico também não existem divisão de territórios. Dois dentistas estão dividindo o mesmo consultório de forma improvisada. Eu estou atendendo no consultório instalado na escola e presto atendimento aos alunos da escola (cerca de 600 crianças) e aos alunos da creche (120 crianças).

A promessa do gestor desta nova administração é que com a conclusão da reforma da estrutura física da unidade os atendimentos serão reorganizados. Os funcionários que estão em desvio de função voltarão a suas funções e as ESFs se organizarão para atender por territórios, mudanças estas já solicitadas pelos funcionários. Para isso será necessário um concurso ou contratação de pessoal para ocupar os cargos que estão em aberto. Sei que há muito a se fazer e que por mais que estas mudanças sejam coordenadas pelo gestor as mudanças principais dependem da atitude e trabalho de todos os funcionários.

Quanto à relação com a comunidade, na maioria das vezes, as pessoas pensam de modo individual, querendo resolver única e exclusivamente seus problemas na hora que precisam, sem participar dos trabalhos educativos e preventivos. Quando são realizadas atividades preventivas e educativas são sempre

as mesmas pessoas que participam. As outras têm sempre uma desculpa: muito trabalho, as pessoas já sabem, não precisam, etc. Quem sabe com as ACSs executando a sua função e o atendimento acontecendo por territórios, consigamos estreitar o relacionamento com a população, ficando mais próximos deles e conseguindo realizar mais atividades educativas e preventivas.

1.2 Relatório da análise situacional em 07/07/2013.

Iniciarei o relatório sobre a situação da unidade básica de saúde (UBS) em que trabalho descrevendo o sistema de saúde do município de Renascença, onde a mesma se localiza. O município de Renascença encontra-se situado no sudoeste do estado do Paraná, a 35 km de Santa Catarina e a 80 km da Argentina. O município possui 6.812 habitantes segundo o censo do IBGE de 2010, destes habitantes aproximadamente metade reside na zona urbana e metade na zona rural. Sua economia depende basicamente da agricultura e pecuária. Uma particularidade do município é a existência de 8 acampamentos (aproximadamente 250 famílias) e 3 assentamentos (207 famílias), o que ocasiona uma parcela da população que não fixa residência em definitivo, tem sempre gente indo embora e gente chegando.

O município conta com uma UBS, mista, onde atendem as três equipes de Estratégia Saúde da Família (médicas) e mais as duas equipes de Saúde Bucal. Nesta mesma UBS são realizados os atendimentos de pronto atendimento e alguns atendimentos com profissionais especializados que fazem parte do quadro da saúde do município, como pediatra, ginecologista/obstetra, geriatra, nutricionista e fisioterapeuta.

A unidade não conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que está em processo de instalação para englobar os profissionais especialistas citados acima.

O município não conta com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) municipal e nem regional. No setor da odontologia possuímos como referência um Centro Regional de Especialidades Médicas (CRE), que realiza os procedimentos de biopsias e cirurgia de terceiros molares. E o Hospital Regional do Sudoeste do

Paraná que presta o atendimento odontológico aos usuários com necessidades especiais que necessitam ser submetidos a atendimentos mediante anestesia geral.

O referido município não possui hospital e todas as necessidades dos usuários que não são sanadas na unidade, como consultas especializadas, são encaminhadas para o CRE, localizado na cidade de Francisco Beltrão, distante 15 km de Renascença, que atende no formato de consórcio regional de saúde mediante a disponibilização de vagas para cada município participante. Os exames laboratoriais e de imagem são encaminhados para prestadores de serviço de saúde privado que possua convênio com o município para a realização dos procedimentos. As cirurgias são encaminhadas para hospitais das cidades de Francisco Beltrão (15 km), Cascavel (195 km) e Curitiba (490 km) conforme a disponibilidade.

A UBS em que trabalho é a única do município e localiza-se na zona urbana. É vinculada ao SUS e recebe os repasses através do Fundo Municipal de Saúde do município. Realiza atendimento de forma mista, unindo as três equipes de ESF ao pronto atendimento e também alguns serviços especializados, que no caso seria o NASF que está em implantação. Às vezes enfrentamos problemas com a rotatividade do profissional médico, mão de obra escassa na região. Os seguintes profissionais trabalham na UBS: 3 médicos clínicos gerais, 5 enfermeiros, 5 técnicos de enfermagem, 5 auxiliares de enfermagem, 16 ACSs, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 geriatra, 1 pediatra, 1 ginecologista, 1 farmacêutica, 1 auxiliar de farmácia, 2 dentistas (20 horas) e 2 dentistas (40 horas) que fazem parte de duas ESFs, 1 ASB, 1 TSB, 3 auxiliares administrativos, 5 motoristas, 3 zeladoras, 3 agentes de endemias, 1 chefe da vigilância sanitária.

A Saúde Bucal é composta por duas equipes, uma modalidade I, cirurgião dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB), e outra modalidade II, CD, ASB (vaga que está em aberto, sem profissional) e técnica em saúde bucal (TSB), que está realizando a função da ASB. Os atendimentos são prestados por dois dentistas na estrutura improvisada, um de manhã e outro à tarde, para os adultos em geral, através de agendamento. E o terceiro dentista, que sou eu, atendo no consultório instalado na escola, voltado às crianças da escola e da creche. A intenção da administração é de terminar o atendimento prestado na escola, e só não o fez ainda devido à falta de espaço físico para todos os dentistas trabalharem na unidade de saúde.

A estrutura física da UBS é formada por três edificações de idades distintas. A mais recente e a mais velha são as que estão sendo utilizadas. A intermediária está em fase final de reforma. Quando esta reforma estiver concluída a estrutura alojada nas outras duas edificações passará para a reformada, então e edificação mais antiga será demolida e a mais nova passará por uma reforma e ampliação. Espero que estas reformas e ampliações contemplem o aspecto de acessibilidade dos usuários uma vez que convivemos com uma camuflada nas barreiras arquitetônicas existentes, como a existência de rampas com inclinação excessiva, ausência de corrimões e falta de banheiros adaptados. No momento o que mais prejudica o atendimento quanto à estrutura física é a reforma/ampliação que gera transtornos ocasionando atendimentos realizados de forma improvisada. E ao mesmo tempo, estas obras poderão nos proporcionar uma melhor estrutura física, instalações adequadas quanto à acessibilidade e aos locais para atendimento dos usuários e realização dos procedimentos propriamente ditos. Então neste quesito estão sendo realizadas mudanças necessárias para a melhoria do atendimento, mesmo que não seja com a agilidade esperada.

Quanto ao atendimento realizado pelas ESF, a vontade dos funcionários em realizar as atividades propostas é um ponto positivo. Quanto às dificuldades, percebo a resistência da população a transição do modelo de assistência à saúde curativista medicamentosa para um modelo de saúde integral humanizado. A população mostra grande resistência em participar dos grupos realizados na UBS e aos contatos com os demais funcionários. As pessoas acham que só os médicos podem orientá-los e ajudá-los a resolver seus problemas, ficam muito satisfeitos com um receituário, requisição de exame ou encaminhamento para consultas especializadas. Criou-se um panorama que a UBS não tem condição de resolver nem os problemas mais básicos. A população procura a unidade não para tentar resolver seus problemas e sim para buscar um encaminhamento para o nível secundário de atenção, achando que todos devem ser encaminhados. Sabemos da importância do aumento da resolutividade dos problemas na atenção básica de saúde, e que se isso não acontecer o nível secundário não dará conta de realizar todos os atendimentos encaminhados, sendo que muitos deles são realizados desnecessariamente. Parece que santo de casa não faz milagre, e enfrentamos dificuldades para superar este quadro.

Também enfrentamos corte de gastos nesta atual gestão. E as reformas físicas que estão em curso juntamente com a falta de estímulo da atual gestão para a continuidade da realização dos grupos acabaram por cancelar ou paralisar a realização dos mesmos com os usuários alvos. Os grupos já estavam em andamento, mas, com a interrupção no futuro terão que começar do zero novamente. A interrupção dificulta ainda mais o contato da população com toda a equipe, de modo que a procura por serviço é principalmente por atendimento médico. A gestão acha que tudo mudará completamente quando tivermos uma estrutura física adequada, mas esta não é a minha opinião, acho que esta relação com a população tem que ser construída e fortalecida a cada dia, e esta paralização acabou por interromper esta construção.

Com esse retrato acabamos num ciclo vicioso onde problemas que poderiam ser evitados por meio das atividades educativas e preventivas continuam chegando aos consultórios médicos, ocasionando um mau atendimento devido ao excesso de demanda e altos custos financeiros com medicações e exames.

O atendimento aos 6.812 habitantes do município é realizado pelas três equipes de ESF, duas equipes de saúde bucal, demais médicos especialistas e funcionários da UBS. Não há atendimento a população por ESF/território. Numa gestão anterior tentou-se organizar o atendimento por territórios, mas, mediante a pressão da população que queria poder escolher com qual médico se consultar acabou-se retornando ao modelo tradicional de atendimento. Estamos discutindo a possibilidade de implantarmos o atendimento por territórios, e inicialmente deixar o atendimento médico a livre escolha. E, paulatinamente envolver o usuário com a equipe nas realizações de atividades em grupos, a fim de criar vínculo com a população adstrita, gerando confiança para consultar com o médico da equipe.

Outro ponto que poderia ajudar para o sucesso desta tentativa seria o desmembramento destas equipes fisicamente, ou seja, a instalação de unidades menores dentro dos territórios para atender a população adstrita daquele território, evitando que a população esteja no ambiente que proporcione opções de atendimento com profissionais diferentes, porque o acontece é a peregrinação do mesmo usuário com diferentes médicos para confrontar os diagnósticos.

A quantidade de ESF é suficiente para atender toda a população do município, só precisamos organizar e aperfeiçoar a forma de atendimento, sobretudo

os educativos/preventivos para minimizar os agravos e proporcionar melhoria na atenção à saúde integral. Após a conclusão das reformas será implantada uma terceira equipe de saúde bucal, que possibilitará a divisão da população junto às ESF, atendendo a mesma população e desenvolvendo atividades em conjunto.

O atendimento a demanda espontânea é realizado em conjunto por todos os profissionais da UBS, geralmente atende os usuários agendados ou de acordo com a gravidade do caso. Temos que atender a toda a demanda, como única unidade de saúde do município, não temos para onde enviar o excedente e nem os usuários tem outra unidade para procurar atendimento.

Para conseguirmos diminuir a quantidade da demanda espontânea precisamos aumentar o vinculo e a participação da população nas atividades educativas/preventivas e de controle para evitar o surgimento dos agravos relacionados a doenças existentes, resultando numa menor necessidade da população a atendimentos fora do programado.

Em relação à saúde da criança é realizado na unidade o grupo de puericultura com a participação de enfermeiros, nutricionista, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Nos encontros é realizado o acompanhamento do desenvolvimento nutricional da criança e acompanhamento da carteira de vacinação. Em cada encontro um profissional (enfermeira, nutricionista, psicóloga, dentista, assistente social) é responsável por realizar uma palestra educativa as mães e as crianças. Ao realizarem a palestra os profissionais já convidam as mães a levarem seus filhos para receberem atendimentos individuais em cada área específica. Este grupo de puericultura vinha sendo realizado regularmente até o fim do ano de 2012. Neste ano de 2013, início de nova gestão administrativa, tudo ficou temporariamente paralisado.

A UBS segue um planejamento para a execução das ações realizadas com as crianças, mas nem tudo acontece conforme planejado. Há falhas na divulgação destas atividades, nos registros das tarefas executadas e principalmente no monitoramento e avaliação das tarefas executadas e dos resultados alcançados.

Os atendimentos clínicos as crianças são realizados de segunda a sexta-feira por uma pediatra. As necessidades de atendimento em outros horários são realizadas pelos médicos da ESF ou por plantonistas. Encaminhamentos são realizados para consultas especializadas, exames, internações e cirurgias.

Como pontos positivos, podemos destacar a existência do grupo de puericultura, as atividades educativas realizadas nas diversas áreas e a capacidade de suprir a demanda de atendimentos clínicos. O ponto negativo é o fato da baixa qualidade de execução destas atividades, pois, precisam ser realizadas com mais esmero em todas as suas etapas, a começar pelo planejamento e, principalmente no monitoramento e avaliação dos resultados obtidos a partir da realização de todas as atividades.

Em relação ao pré-natal, é realizado de segunda a sexta-feira, e envolve os seguintes profissionais: enfermeira, técnica em enfermagem, médico da ESF e médico obstetra. O acompanhamento da gestação é realizado pelo obstetra, que atende três vezes por semana, nas segundas, quartas e sextas-feiras. Nos outros dias, quando necessário são realizados atendimentos pelos enfermeiros ou pelo médico da ESF. Os atendimentos de problemas agudos também são realizados pelo obstetra, ou na impossibilidade deste pelo médico da ESF.

São realizadas reuniões mensais com o grupo de gestantes onde elas recebem orientações da nutricionista, dentista, assistente social, educador físico e enfermeira. As gestantes que participam do grupo recebem um pequeno enxoval como motivação a participação.

Não há arquivo específico para registro das atividades e atendimentos clínicos realizados com as gestantes. Este fato interfere no monitoramento e avaliação das atividades realizadas para saber onde é preciso melhorar o atendimento.

Temos dificuldade em realizar a primeira consulta ainda no primeiro trimestre de gestação em virtude da quantidade de gestantes jovens que demoram a identificar (ou escondem) esta gestação. As demais consultas são realizadas de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde, com identificação das gestantes de alto risco que são encaminhadas para acompanhamento no Hospital Regional, que presta este serviço de atenção terciária a saúde na nossa região, e as demais recebem o acompanhamento na UBS, com encaminhamentos para realização dos exames pertinentes.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama não há serviço organizado com protocolo a ser seguido, com arquivo específico para registro e controle de faltantes para realização de busca ativa das faltantes. As

orientações educativas sobre prevenção e realização dos exames são repassadas as mulheres que comparecem a UBS em busca de atendimentos por problemas agudos ou outros motivos e também pelas ACSs nas visitas domiciliares.

A coleta dos exames preventivos é realizada de segunda a sexta-feira em um turno, pelo médico durante as consultas, ou pelos enfermeiros em procedimento exclusivo para o exame. A realização das coletas não ocorre de forma organizada. As mamografias são solicitadas pelo médico ou enfermeiros durante as consultas quando há necessidade da realização.

O maior obstáculo a ser superado neste serviço é a não realização dos registros dos dados. Sabemos que a realização do registro possibilita a identificação da real cobertura do serviço, a necessidade da ampliação, o controle das mulheres que estão com as consultas/exames em dia ou atraso, e também a identificação da necessidade de realizar busca ativa das faltosas.

Quanto aos hipertensos e diabéticos é realizado um grupo com palestras educativas sobre a importância do controle destas doenças crônicas. Ressalta-se a importância da alimentação e dos exercícios físicos regulares juntamente com a correta administração da medicação (quando necessária) para o controle, evitando-se agravos decorrentes da falta de controle.

Nestes mesmos encontros é realizada a entrega dos medicamentos e o controle de peso. Os participantes do grupo possuem um estojo com três divisões, manhã, meio-dia, noite, o qual é utilizado para organizar a medicação e facilitar que os remédios sejam tomados nos horários preconizados e na quantidade correta. Nos encontros é conferida a medicação restante, o que nos permite saber se a pessoa tomou a medicação diariamente, se esqueceu algum dia, ou se tomou medicação em excesso. Mediante a constatação efetuada é realizada a orientação de forma personalizada a cada pessoa.

Os usuários diagnosticados já recebem a atenção necessária, mas ainda existe uma parcela da população que não sabe se tem esses agravos. Para tentar identificar, são realizadas atividades educativas e preventivas pontuais na comunidade onde são realizados testes de glicemia, aferição da pressão arterial, testes de visão, e outros procedimentos que possam identificar alguma alteração que mereça ser investigada para possivelmente diagnosticar quadro que necessita de tratamento.

Assim como na atenção a saúde da criança, pré-natal e prevenção ao câncer de colo de útero e câncer de mama, não há um protocolo seguido à risca, os registros não são exclusivos para este fim e não proporcionam dados para um correto monitoramento e avaliação dos procedimentos executados e da cobertura alcançada. É preciso melhorar o registro destas atividades para saber a real cobertura da população alvo alcançada nestas atividades e sua participação.

O atendimento clínico aos idosos é realizado por um geriatra três vezes por semana. Os atendimentos agudos que não possam ser atendidos pelo geriatra são realizados pelo médico da ESF. Os idosos recebem atendimento dos enfermeiros, dentistas, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, geriatra, médico da ESF, técnico em enfermagem.

Não há um protocolo sobre a atenção a saúde do idoso a ser seguido na UBS, nem arquivo para controle específico das atividades realizadas com este grupo, o que acarreta os mesmos problemas e dificuldades encontrados na saúde da criança, pré-natal, prevenção ao câncer de colo de útero e câncer de mama, diabéticos e hipertensos com o planejamento e execução das atividades, registros dos dados, monitoramento e avaliação dos dados. Essas etapas não executadas a contento impossibilitam o conhecimento da cobertura alcançada e da efetividade das ações propostas.

Não são realizados encontros com este grupo da população que acaba se confundindo com o grupo de diabéticos e hipertensos. Tendo em vista que mediante a participação de parcela desta população neste grupo, são realizadas orientações específicas a eles e os problemas mais comuns.

A atividade física tão importante nesta faixa etária para permitir uma vida com mais qualidade e independência é orientada pelos profissionais da UBS, assim como é feito aos outros grupos, mas a UBS não possui um profissional educador físico para realizar estas orientações. Em atividades pontuais um profissional da Secretaria de Esportes participa dos encontros realizando palestras para os diversos grupos existentes na UBS. Seria importante a presença de um educador físico na UBS para participar das atividades educativas e desenvolver projetos que levassem a população a se exercitar, como grupos de alongamento e caminhada para os idosos, para os diabéticos e hipertensos, para os obesos identificados pela nutricionista em

seus atendimentos clínicos que são prestados as pessoas encaminhadas pelos médicos e enfermeiros que constatam a necessidade de uma orientação nutricional.

Para finalizar a análise situacional podemos destacar que condições necessárias para o bom funcionamento do atendimento prestado a população e sua qualidade já estão iniciadas, como a demarcação dos territórios; criação das equipes de ESF; estrutura física adequada, que está sofrendo reforma e ampliação neste momento, trazendo muitos inconvenientes e adaptações aos atendimentos; concurso em andamento para suprir os cargos em aberto de cinco ACSs e de profissionais necessários para a implantação da terceira equipe de saúde bucal (CD, TSB e ASBs). Profissionais buscando qualificação, como o meu caso e de mais três enfermeiras, uma farmacêutica e nutricionista que também estão realizando especializações em saúde da família buscando enxergar as necessidades da nossa localidade para mediante planejamento e organização conseguir superá-las. Enquanto profissionais ansiamos pela plena implantação do atendimento por equipes de ESF com seus territórios, população adstrita sob sua responsabilidade e condições para a efetivação deste trabalho.

Hoje contamos com a presença de profissionais especialistas em nossa unidade, como o caso de pediatra, geriatra, ginecologista obstetra, nutricionista, fisioterapeuta, que segundo projeto em andamento formará o NASF, apoiando as ESF a atender a sua demanda, fato este totalmente distorcido atualmente, onde os profissionais especialistas acabam assumindo parte do serviço da ESF para que seus médicos prestem serviços de urgência/emergência como se a UBS fosse um pronto atendimento. Para que essa demanda por atendimentos espontâneos diminua precisamos enfatizar o trabalho de educação e prevenção começando pelo primeiro contato com as ACSs, organização de atividades com os grupos chaves dentro do sistema de saúde, possibilitando uma maior qualidade de vida para a população, com mais independência.

Outros fatores como maior engajamento da população e participação da comunidade na tomada de decisões depende da educação, bem como, das orientações que podem receber a partir de nós profissionais da UBS. Como em outros lugares do nosso país a população da área adstrita é muito carente e poucos frequentaram escolas. O município tem oito acampamentos e três assentamentos rurais englobando aproximadamente 457 famílias. Essa situação de baixa

renda/instrução não é exclusividade da zona rural também é encontrada na zona urbana também.

A UBS não conta com Conselho Local de Saúde. O município possui Conselho Municipal de Saúde, mas este age como legitimador das decisões tomadas pelos gestores.

Os maiores desafios que encontramos podem ser resolvidos pelas pessoas por meio do engajamento público; gestores, profissionais da saúde e usuários podem melhorar a qualidade da atenção à saúde.

1.3 Comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Foi possível perceber a lenta evolução das promessas e pretensões, como a reforma da unidade iniciada em julho de 2012 e que era para finalizar até o final de 2012. Na data do texto (análise situacional) tinha previsão para concluir em 60 dias, no entanto, ainda não está pronta e não se fala mais em data para conclusão. Alguns serviços que existiam como atendimento em um mini posto do interior do município e que na ocasião estava desativado, continua desativado e parece que assim continuará. Alguns encaminhamentos dependem de estrutura física, como a implantação da terceira equipe de saúde bucal e o reinicio das atividades dos grupos que estão paralisadas. Foi realizada a contratação do médico da ESF que estava faltando. Quanto à realização do concurso público que já estava em fase de licitação, até agora o edital não foi publicado.

A realização desta análise situacional, o preenchimento dos questionários e caderno das ações programáticas proporcionaram o conhecimento do processo de trabalho e estrutura física da UBS. Foi oportuno conhecer a dinâmica das diversas ações programáticas além da odontologia onde trabalho diariamente. Foi importante identificar as dificuldades enfrentadas diariamente pelos servidores e pelos usuários, e seus anseios.

A análise situacional foi discutida individualmente, com os profissionais da equipe, responsáveis por fornecerem as informações de cada setor, como por exemplo, com a farmacêutica a respeito das informações da farmácia e dos

medicamentos disponíveis. De acordo com as informações prestadas discutíamos, se a nossa realidade estava muito aquém ou se estava próximo do ideal. A análise situacional não chegou a ser discutida como um todo com todos os funcionários da unidade.

A análise situacional permitiu identificar que não temos nenhuma ação programática funcionando próximo do ideal proposto pelo Ministério da Saúde, todas precisam ser reorganizadas. Inclusive a ação programática que no momento é a que está mais relacionada comigo que é a saúde bucal de escolares, que presta atendimento de modo simplista apenas aos escolares que procuram atendimento.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A atenção à Saúde Bucal de Escolares é uma ação programática prevista para prestar assistência, numa fase muito importante na vida das pessoas. É nesta etapa que ocorre a transição da dentição decídua para a dentição permanente, que será necessária e utilizada pelo resto da vida.

Por volta dos cinco anos, os dentes incisivos e molares permanentes iniciam sua erupção. Nesta fase deve-se reforçar a importância da higiene nos dentes permanentes recém erupcionados. Esta é a faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e participar dos programas educativos/preventivos de saúde bucal. (Brasil, 2006)

Nos atendimentos clínicos realizados verificamos que na maioria das vezes a erupção do primeiro molar permanente é confundida com a erupção de um dente decíduo. Pois, o dente permanente nasce no local onde anteriormente não havia dente, atrás do último dente decíduo, sem haver a troca de um dente decíduo por este dente permanente. Assim, os pais pensam que este dente é decíduo e não necessita de cuidado. Nesta idade é comum a resistência em realizar a higiene bucal. Além disso, novas descobertas, o envolvimento com brincadeiras, televisão, computador, em boa parte do tempo, substituem com facilidade o momento que deveria ser utilizado para realizar a higiene bucal.

Ações de educação e prevenção em saúde bucal com escolares são importantes, a fim de reconhecer a necessidade da realização adequada da higiene bucal. Também são importantes os procedimentos clínicos curativos, que preservam os dentes decíduos cumprindo o seu papel na dentição e mantêm os dentes permanentes durante esta fase crítica de transformações.

> “a avaliação da saúde bucal de escolares tem sido uma clássica prioridade em odontologia em função da presença de alguns fatores relevantes: Aparecimento gradativo da dentição permanente; Menor capacidade de resistência do esmalte dos dentes ao ataque dos agentes causadores da cárie; Resultados favoráveis alcançados com a aplicação de medidas preventivas de caráter coletivo; Presença da maioria das crianças e

> adolescentes nas escolas de Ensino Fundamental e Médio, as quais proporcionam facilidades de atendimento e ambiente propício à absorção de novos conhecimentos, como os conteúdos de educação em saúde; Possibilidade de reforçar e repetir os conhecimentos e hábitos aprendidos, uma vez que a motivação deve ser atitude constante para que os hábitos de higiene sejam incorporados; Os profissionais da educação, em função de seus conhecimentos em técnicas metodológicas e de seu relacionamento psicológico com os escolares, podem estar envolvidos, influenciando favoravelmente na construção de hábitos de vida saudáveis". (Pinto 2000 e Vasconcelos 2001)

Segundo Nadanovski (2000) a escola tem grande influência sobre a saúde dos escolares. Por isso, há muitos anos existem programas de saúde bucal sendo desenvolvidos em escolas. A priorização dos escolares pode permitir o controle da cárie. Isso porque os pais e professores são os aliados dos profissionais de saúde para que os escolares tenham hábitos saudáveis. (Brasil, 2009)

Realizaremos a ação programática Saúde Bucal de Escolares com os alunos da Escola Professora Ida Kummer, única escola municipal na área da UBS, envolvendo, portanto, todas as crianças de 4 a 10 anos da área adstrita a UBS que freqüentam o ensino público. Até o ano 2012 o pré-escolar funcionava junto à creche, portanto, havia na escola alunos de 5 a 10 anos (primeiro a quinto ano). Os estudantes do sexto ano em diante, pertencem à rede estadual de educação, logo, estudam em outra escola. A partir de 2013 o pré-escolar passou a funcionar junto à escola, de acordo com a determinação do Núcleo Regional de Educação. Portanto, a partir de 2013 frequentam a escola alunos de 4 a 10 anos de idade (pré-escolar a quinto ano).

Envolveremos quase 100% das crianças desta faixa etária, uma vez que não há escola particular no município e quem opta por esta modalidade de ensino tem que se deslocar a outros municípios, dificultando a escolha desta opção, fazendo com que a grande maioria das crianças estude na escola municipal. A atenção à saúde bucal realizada na escola ajudará a identificar todas as crianças com necessidades de atendimento mesmo que elas não tenham procurado. Após a identificação, os pais destas crianças serão comunicados da necessidade do atendimento, que poderá ser realizado na própria escola, esperando, assim, aumentar a adesão desta população alvo as atividades propostas.

A realidade vivenciada pela equipe no presente momento na falta desta ação programática é a de que poucos pais se preocupam e assumem a responsabilidade da saúde bucal de seus filhos, trazendo-os para as consultas odontológicas somente

por motivos agudos, já com vários dentes cariados, que por muitas vezes já não são passíveis de serem tratados, com indicação de exodontia. Escutamos o relato dos pais nas consultas relativo a crianças desta faixa etária “eu mando escovar”, “ele escova os dentes sozinho”, “eu não tenho tempo para trazê-lo as consultas”, como se as crianças fossem capazes ou responsáveis por manter uma higiene bucal adequada.

Um das limitações identificadas é a dificuldade de envolver os pais nestas atividades, que além de participarem das atividades precisam dar o exemplo a seus filhos em relação à higiene e saúde bucal.

Almejamos através da organização e redimensionamento desta ação programática obter a adesão das crianças desta faixa etária aos tratamentos odontológicos propostos, uma vez que eliminaremos a primeira etapa que seria dos pais levarem as crianças a UBS, os pais saberão da necessidade deste tratamento sem ter que levá-los a UBS.

Também esperamos por meio das atividades educativas e preventivas de orientação sobre a doença cárie, higiene, alimentação, escovação supervisionada, diminuir a incidência de casos agudos e índices de dentes cariados, perdidos e obturados nesta faixa etária. Através das atividades educativas e de acordo com a idade apropriada estabelecer uma maior autonomia a essas crianças nos cuidados dos seus dentes. Podemos citar como facilitador da logística das atividades para atender a todos os alunos desta faixa etária a existência de uma única escola e que esta possui um consultório odontológico instalado que será utilizado para a realização dos procedimentos clínicos.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde bucal dos escolares de 4 a 10 anos na escola Professora Ida Kummer, Renascença/PR.

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 o registro das informações;
5. Promover a saúde bucal dos escolares.

2.2.3 Metas

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

1. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de 4 a 10 anos de idade da Escola Professora Ida Kummer.
2. Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 100% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.
3. Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco à cárie dental.

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

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

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

1. Realizar escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.
2. Realizar aplicação de flúor gel com escova dental em 100% dos escolares de alto risco à cárie dental.
3. Realizar bochecho fluoretado semanal em 100% dos alunos da escola, acima dos seis anos.
4. Concluir o tratamento dentário de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Metas Relativas ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Metas Relativas ao Objetivo 5: Promover a saúde bucal dos escolares.

1. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.
2. Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% dos escolares.
3. Fornecer orientações nutricionais para 100% dos escolares.

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na área da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Rural do município de Renascença/PR. Participarão da intervenção todos os escolares da Escola Municipal Professora Ida Kummer, que engloba as crianças de 4 a 10 anos da área da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica n° 17 - Saúde Bucal (Brasil, 2006), e no Caderno de Atenção Básica n° 24 - Saúde na Escola (Brasil, 2009). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos escolares na planilha de coleta de dados (Anexo E) será feito no momento da

realização do exame (Anexo C) para classificação de risco a cárie e prioridade de atendimento. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho. (Anexo B) Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (Anexo E).

2.3.1 Detalhamento das ações

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção de modo a contemplar todas as metas e indicadores.

Monitoramento e Avaliação

Realizaremos o monitoramento da situação de risco dos escolares para doenças bucais com a realização da ação coletiva de exame bucal, cuja finalidade epidemiológica é o estabelecimento de prioridade de atendimento de 100% dos alunos da Escola Ida Kummer. O registro para possibilitar o monitoramento será realizado na ficha espelho (Anexo B), fornecida pelo curso para a triagem de risco de cárie dentária (Anexo C), pela THD com base nas informações prestadas pelo CD que realizará o exame de cada criança. Está atividade será realizada por turmas.

O número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta e o número de escolares de alto risco à cárie dentária com primeira consulta odontológica serão monitorados por meio da planilha eletrônica (Anexo E) e o dentista ficará responsável por essa ação. Temos como meta alcançar uma cobertura de 100% para estes escolares.

Será monitorado, pelo CD, a periodicidade das consultas e os alunos faltosos as consultas. As buscas realizadas aos faltosos serão realizadas pela THD, diretamente nas salas de aula, para agendamento de novo atendimento, visando à conclusão dos tratamentos odontológicos. Estes monitoramentos também serão realizados através da planilha eletrônica (Anexo E). Temos como meta realizar a

busca ativa a 100% dos escolares, com primeira consulta odontológica, faltosos as consultas agendadas e concluir o tratamento odontológico de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Serão monitoradas, pelo CD, as médias das ações coletivas preventivas de escovação dental supervisionada, aplicação de flúor gel com escova dental para os escolares classificados como alto risco e bochecho fluorado realizados por escolar. Este monitoramento será realizado através da Ficha de Acompanhamento das Atividades Coletivas (Anexo A) e pelos registros efetuados na planilha eletrônica (Anexo E) pelo CD. Temos como meta alcançar uma cobertura de 100% para estas atividades coletivas preventivas.

Serão monitorados, pelo CD, os registros de todos os escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde, com primeira consulta odontológica. Temos como meta manter os registros atualizados, em planilha eletrônica ou prontuário, de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Serão monitoradas, pelo CD, as ações coletivas educativas de orientação sobre higiene bucal, orientação sobre cárie dentária e orientações nutricionais. Este monitoramento será realizado através da Ficha de Acompanhamento das Atividades Coletivas (Anexo A) e dos registros efetuados na planilha eletrônica (Anexo E) pelo CD. Temos como meta alcançar uma cobertura de 100% para estas atividades coletivas educativas.

Organização e Gestão do Serviço

Neste eixo, o CD, contatará a direção e serviço pedagógico da Escola Ida Kummer para propor, planejar e orientar sobre a importância das atividades a serem realizadas para a saúde bucal dos escolares. Serão verificados os horários oportunos para o desenvolvimento das atividades, e orientação aos professores e funcionários sobre a dinâmica. Serão organizados o cadastramento, acolhimento e atendimento dos escolares de maneira a priorizar o atendimento aos escolares de alto risco.

Será organizada pela THD, a realização da busca ativa aos faltosos na própria escola, bem como a organização da agenda para acomodar os faltosos após

as buscas. Esta busca ativa será realizada na própria escola, onde se entrará em contato com os alunos que faltaram as consultas e se agendará novo atendimento.

Será realizado pelo CD, o planejamento da necessidade de materiais de higiene bucal necessários para a realização das atividades coletivas preventivas, bem como a verificação com a direção da escola dos horários mais adequados para a realização destas atividades. O CD irá combinar com o gestor o fornecimento do material necessário para atendimento clínico.

Serão implantadas, pelo CD, a planilha de saúde bucal (Anexo E) e fichas para acompanhamento dos escolares cadastrados, bem como pactuará com a equipe o registro das informações.

Engajamento Público

O cirurgião dentista irá aproveitar a realização da reunião pedagógica com os pais dos escolares para informar aos pais sobre as atividades que serão realizadas na escola, esclarecer sobre a importância do tratamento odontológico dos escolares, e sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos dos que são classificados com alto risco. Estaremos abertos a ouvir a opinião dos pais sobre as estratégias para melhorar o acesso ao atendimento.

O cirurgião dentista e a técnica em higiene bucal irão informar e sensibilizar os pais, professores e funcionários sobre os turnos de atividades na escola, a dinâmica das atividades, a importância das atividades coletivas preventivas/educativas e a importância da conclusão do tratamento odontológico.

O CD e a THD irão esclarecer aos escolares e seus responsáveis sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

Serão divulgadas pelo CD e pela THD as potencialidades das ações interdisciplinares nos cuidados a saúde do escolar incentivando o seu auto-cuidado. A equipe irá promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento, gestão, monitoramento e avaliação das ações de saúde para os escolares.

Qualificações da Prática Clínica

A equipe será capacitada, pelo CD, para realizar ações coletivas de exame bucal com finalidade epidemiológica, classificação de riscos, programação de atividades segundo as necessidades, cadastramento, agendamento e acolhimento dos escolares e seus responsáveis.

A equipe também será capacitada pelo CD para esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal, o preparo do ambiente e desenvolvimento das ações coletivas preventivas de escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor gel com escova dental e bochecho fluoretado.

A capacitação dos profissionais da unidade de saúde terá o embasamento teórico dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde de Saúde Bucal e Saúde na Escola. A equipe será treinada pelo. CD para realizar diagnóstico dos principais problemas que acometem a cavidade bucal de crianças de 4 a 10 anos.

Na capacitação também será discutido o preenchimento adequado dos prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento. O profissional CD ficará responsável por nortear essa discussão. Capacitar a equipe para atividades de gestão em saúde, atividades de fortalecimento do controle social e trabalho multidisciplinar.

2.3.2 Indicadores

Meta 01: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de 4 a 10 anos de idade da Escola Professora Ida Kummer.

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

Numerador: Número de escolares de 4 a 10 anos participantes de ação coletiva de exame bucal.

Denominador: Número de escolares de 4 a 10 anos, frequentadores da Escola Professora Ida Kummer, foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 02: Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 100% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 03: Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco a carie dental.

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

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

Denominador: Número de escolares classificados como alto risco à cárie dental, moradores da área de abrangência.

Meta 04: Fazer busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos as consultas.

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

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

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

Meta 05: Realizar a escovação supervisionada com creme dental, em 100% dos escolares.

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

Numerador: Número de escolares com escovação supervisionada com creme dental.
Denominador: Número de crianças freqüentadoras de 4 a 10 anos freqüentadoras da Escola Professora Ida Kummer foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 06: Realizar a aplicação de flúor gel com escova dental em 100% dos escolares de alto risco à cárie dental.
Indicador 6: Proporção de escolares de alto risco com aplicação de flúor gel com escova dental.
Numerador: Número de escolares de alto risco com aplicação de flúor gel com escova dental.
Denominador: Número de crianças de 4 a 10 anos de idade, frequentadoras da Escola Professora Ida Kummer, foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde classificadas como alto risco.

Meta 07: Realizar bochecho fluoretado, semanal, em 100% dos alunos da Escola Professora Ida Kummer, acima dos 6 anos.
Indicador 7: Proporção de escolares com bochecho fluoretado realizado.
Numerador: Número de escolares, moradores da área de abrangência da unidade de saúde, com bochechos fluoretados.
Denominador: Número total de escolares, de 6 a 10 anos, da área de abrangência da unidade de saúde.
Meta 08: Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.
Indicador 8: 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 4 a 10 anos, da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Meta 09: Manter registro atualizado em planilha e ou prontuário de 100% dos escolares da área.
Indicador 9: Proporção de escolares com registro atualizado.

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

Meta 10: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.
Indicador 10: Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal.
Numerador: Número de escolares de 4 a 10 anos com orientação sobre higiene bucal.
Denominador: Número de crianças de 4 a 10 anos matriculadas na Escola Professora Ida Kummer, foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 11: Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% dos escolares.
Indicador 11: Proporção de escolares com orientação sobre cárie dentária.
Numerador: Número de escolares de 4 a 10 anos com orientação sobre cárie dentária.
Denominador: Número de crianças de 4 a 10 anos matriculadas na Escola Professora Ida Kummer, foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 12: Fornecer orientação nutricional para 100% dos escolares.
Indicador 12: Proporção de escolares com orientação nutricional.
Numerador: Número de escolares de 4 a 10 anos com orientação nutricional.
Denominador: Número de crianças de 4 a 10 anos matriculadas na Escola Professora Ida Kummer, foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

As atividades realizadas na intervenção terão como referência o Caderno de Atenção Básica n° 17 - Saúde Bucal (Brasil, 2006), e o Caderno de Atenção Básica

n° 24 - Saúde na Escola (Brasil, 2009), que estão disponíveis na unidade de saúde. As ações clínicas individuais e as atividades coletivas de educação e prevenção serão registradas nos prontuários individuais de cada escolar e em fichas espelho. Os dados resultantes destes registros serão informados na planilha de coleta de dados, a qual nos fornecerá os indicadores utilizados no monitoramento.

A reunião com a equipe de saúde da unidade será agendada com o objetivo de expor o projeto e realizar a capacitação para a realização do exame epidemiológico e classificação de risco. Ficarão responsáveis por essa reunião o cirurgião dentista e a técnica em saúde bucal. A equipe será capacitada também para realizar o cadastramento, agendamento e acolhimento do escolar e seu responsável, prestando informações à comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal; preparar o ambiente e desenvolver as ações coletivas de escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor gel com escova dental e bochecho fluoretado; reconhecer as doenças bucais mais frequentes em crianças de 4 a 10 anos; preencher os prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento; atividades de gestão em saúde, fortalecimento do controle social e para o trabalho multidisciplinar.

O cirurgião dentista agendará reunião com a equipe da escola para exposição do projeto e atividades a serem realizadas, organizará agenda com horários para realização das atividades na escola e sensibilizará professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades.

O cirurgião dentista participará de reunião escolar com os pais dos alunos, que será realizada na primeira semana da intervenção, onde esclarecerá aos responsáveis pelos escolares sobre as atividades a serem realizadas na escola, a importância da realização e conclusão dos tratamentos odontológicos dos escolares e priorização do tratamento odontológico dos escolares de alto risco. Explicará sobre autorização para realização do exame epidemiológico. Esclarecerá aos escolares e seus responsáveis sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

A técnica em saúde bucal entregará aos alunos autorização para realização do exame para levantamento epidemiológico, que deverá ser levada para casa para consentimento dos pais com sua assinatura. Está autorização já foi previamente esclarecida aos pais, na reunião realizada com o CD. Os exames do levantamento

epidemiológico serão realizados, pelo CD e pela THD nas duas primeiras semanas da intervenção. Após os resultados dos exames serão tabulados pelo CD, resultando na classificação de risco a saúde bucal dos escolares. Com essa classificação, o CD, juntamente com a THD iniciarão a realização da primeira consulta odontológica programática para elaboração dos planos de tratamento a serem realizados.

Os atendimentos clínicos serão realizados pelo CD, num consultório odontológico existente na própria escola. Dividiremos os atendimentos da seguinte maneira, do início da aula ao intervalo do lanche, serão realizados os atendimentos clínicos, após o intervalo do lanche serão realizados as atividades educativas e preventivas coletivas, como palestras sobre higiene bucal, cárie dentária, orientação nutricional, escovação supervisionada, bochecho fluoretado e aplicação tópica de flúor gel com escova dental.

Os materiais necessários à realização das atividades e procedimentos, como os 650 kits de higiene bucal com escova, creme e fio dental para realização da escovação dental supervisionada, materiais de consumo para utilização no consultório estão disponíveis e foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS. Também, foram solicitados a SMS, os materiais impressos necessários para a realização dos registros das atividades. Foram 70 cópias da ficha de acompanhamento das atividades coletivas, 550 cópias da ficha espelho saúde bucal do escolar, 70 cópias ficha de triagem de risco de cárie dentária e 150 copias da ficha espelho saúde bucal do pré-escolar. O flúor para realização do bochecho fluoretado será fornecido pelo Governo do Estado do Paraná.

2.3.4 Cronograma: outubro de 2103 a janeiro de 2014.

Atividades	**Semanas**															
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
Reunião com professores e funcionários da escola para esclarecimento e orientação das atividades a serem desenvolvidas.																
Cadastramento de todos os escolares da área adstrita no programa.																
Reunião com os responsáveis pelos escolares para falar sobre a importância da Saúde Bucal dos Escolares, solicitando apoio no preenchimento da autorização do levantamento epidemiológico e para as demais atividades que serão realizadas.																
Levantamento epidemiológico.																
Atendimento clínico.																
Busca ativa dos escolares a respeito da autorização e das faltas às consultas.																
Realização de atividades coletivas educativas/preventivas.																
Monitoramento da intervenção																

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades

A intervenção Saúde Bucal de Escolares, foi realizada com os 599 alunos da Escola Municipal Professora Ida Kummer. Previamente, o CD realizou reuniões com os profissionais da unidade básica para discutir a proposta da intervenção e capacitar os profissionais da equipe de Saúde Bucal envolvidos diretamente na realização da intervenção. Da mesma maneira reuniões foram realizadas com os professores e funcionários da Escola Professora Ida Kummer, com a finalidade de esclarecer quais atividades e de que maneira elas seriam realizadas, bem como para ouvir as sugestões sobre horários e demais particularidades do funcionamento da escola que poderiam contribuir no andamento das atividades da intervenção.

O cirurgião dentista participou de uma reunião com os pais dos escolares onde eles foram informados da realização da intervenção e das atividades que foram realizadas durante o período de sua duração. Foi solicitada aos pais colaboração para o preenchimento das autorizações, incentivo e exemplo aos filhos na realização das tarefas ligadas a higiene bucal.

Nas primeiras duas semanas da intervenção o CD e a THD realizaram o exame bucal para o levantamento epidemiológico e estratificação do risco a cárie nos escolares. Cadastramos 599 escolares, e realizamos o exame bucal em 598 escolares, alcançando 99,8% dos escolares, faltando apenas uma aluna do primeiro ano, que devido ao medo negou-se a participar do exame, o mesmo aconteceu com algumas outras crianças, onde adotamos a estratégia de enviar bilhete para os pais solicitando a sua presença na escola. A mãe desta aluna respondeu em um bilhete que a filha fazia acompanhamento com dentista particular, respondemos novamente dizendo que o nosso objetivo a princípio era realizar o exame, assim como feito com as outras crianças e que o exame não necessariamente teria que prosseguir com o atendimento, mas a mãe não respondeu mais e também não compareceu a escola. Sabemos de outras crianças da escola que frequentam consultórios particulares e isto não as impediu de participar do exame e das atividades coletivas realizadas.

Durante a realização do exame bucal as crianças mostraram-se agitadas e curiosas e queriam a todo o momento saber o que iria ser feito, não adiantava explicar que logo outra criança fazia a mesma pergunta. A mais repetida com certeza foi “eu não preciso arrancar nenhum dente?” acompanhada de um olhar aguardando ansiosamente uma resposta negativa. A vivacidade e energia liberada pelas crianças antes do início da aula e no horário do recreio chamaram minha atenção, elas correm muito sem demonstrar nenhuma noção de perigo, pareciam super-heróis, sem falar dos gritos. Percebi um ambiente diferente do que estamos acostumados, fechados entre quatro paredes com o paciente e a auxiliar na maior parte do tempo. Assim como eles tem medo do barulho do “motorzinho do dentista” confesso que fiquei assustado com a quantidade e a potência dos gritos, já não lembrava mais dos meus tempos de escola, onde provavelmente apresentava o mesmo comportamento.

Acompanhamos na escola duas datas muito importantes, que foram o Dia das Crianças e o Dia dos Professores. Para comemorar o dia das crianças à escola organizou um lanche especial: cachorro quente, refrigerante e bolo como sobremesa. Após o lanche as crianças realizaram atividades recreativas com o palhaço Zuca e seu ajudante Pijaminha. Para comemorar o Dia dos Professores, a direção da escola combinou com cada turma de alunos que eles trariam pratos de comida e bebida e fariam uma comemoração na própria sala de aula no horário do recreio, cada turma com seu professor.

Após concluir o levantamento epidemiológico, o CD realizou a classificação de risco a cárie, encontrando 291 (48,6%) escolares em situação de alto risco a cárie dental. Valor que chamou atenção por alcançar quase metade dos escolares e confirmar à necessidade de atenção à saúde bucal destes escolares.

Um fato que me chamou a atenção foi a separação das turmas de acordo com a condição sócio econômica. Ninguém me falou ou confirmou isso, mas percebi que em algumas turmas a maioria dos alunos estavam limpos, com unhas e cabelos aparados, com roupas limpas e em bom estado, com tamanhos adequados enquanto em outras turmas a maioria dos alunos não apresentavam higiene geral do corpo satisfatória, estavam com roupas sujas, pequenas ou grandes, quase nunca no tamanho da criança, com furos ou remendos. Esta observação da condição sócio econômica destas crianças transfere-se para a saúde bucal das mesmas, em

algumas turmas de aproximadamente 20 alunos encontramos dois ou três alunos classificados como alto risco. Em outras turmas a quase totalidade dos alunos foram classificados como alto risco. Pude verificar isso também na comemoração do Dia do Professor, onde em algumas turmas havia muita comida e bebida e em outras não era suficiente para todos sendo necessário que a direção da escola reforçasse o lanche.

Motivados pelo contato que tivemos com seus filhos durante a realização do exame, começaram a aparecer pais para conversar conosco sobre a saúde bucal de seus filhos e a necessidade de atendimento. É importante frisar que durante a realização dos exames nós não solicitamos a presença dos pais, apenas estávamos identificando os escolares de alto risco para priorizar o posterior atendimento clínico das mesmas. Curiosamente, a maioria dos pais que demonstraram interesse no atendimento eram pais de crianças sem necessidade de atendimento, este interesse demonstrado já era visível na saúde bucal das crianças.

No contato que tivemos com os professores durante a escovação e o bochecho fluoretado, escutamos algumas vezes o seguinte “vocês tem que pegar esse aqui pra atendimento, porque ele tem os dentes tudo estragado”. Ao nos aprofundarmos na conversa com os professores e questionarmos sobre a família dessas crianças, na maioria das vezes escutávamos que os professores quase no final do ano letivo, ainda não conheciam os pais destas crianças, porque eles não participavam das reuniões feitas na escola e também não compareciam a escola quando solicitados por bilhetes, provavelmente não participaram também da reunião realizada pela equipe com os pais dos escolares sobre a intervenção. Eram as mesmas crianças que normalmente não realizavam as tarefas escolares e vinham para a aula sem uniforme e com falta de materiais. Esta realidade do desempenho escolar coincide com a realidade da saúde bucal encontrada nestas crianças e a falta de interesse e apoio de seus pais. Suponho também que a saúde bucal dos pais seja semelhante à encontrada nos filhos.

Ainda com relação ao apoio, incentivo e participação dos pais na vida escolar e na Saúde Bucal de seus filhos, fiquei muito surpreso ao realizar a primeira consulta em uma gestante para realizar o pré-natal odontológico. Está gestante está em sua quinta gestação e possui três filhos na escola. Ela foi classificada como alto risco para a cárie e para a doença periodontal, possui abcesso em um dente e indicação

para quatro exodontias. Lembrei-me da filha mais velha da gestante que possuía boa saúde bucal e fui verificar na listagem do levantamento epidemiológico sobre os seus outros dois filhos que também possuíam boa saúde bucal. Dados estes que contrariam a primeira impressão que tivemos onde a saúde bucal dos filhos era reflexo da saúde bucal dos pais. Esta mãe tem péssima saúde bucal, mas cuida da saúde bucal dos seus filhos interrompendo a sequência esperada. Será essa uma exceção, vindo a confirmar nossa primeira impressão, ou encontraremos outros casos semelhantes a este.

Desde a primeira semana da intervenção, o CD e a THD, iniciaram as atividades coletivas de escovação supervisionada e bochecho fluoretado, programa este de nível estadual, realizado com os escolares de 6 a 15 anos semanalmente.

Nas duas primeiras semanas, o CD e a THD, realizaram a escovação supervisionada com todos os escolares após o horário do recreio, essa escovação era dividida de acordo com os blocos das salas de aulas, como eram três blocos de salas de aula, realizavam a escovação em três dias, um em cada bloco, com uma turma de cada vez. Após a escovação realizavam o bochecho fluoretado com as turmas que abrangiam os alunos com mais de seis anos de idade, segundo recomendação do programa estadual.

Nas demais semanas, já com a classificação de risco à cárie em mãos, continuaram a realizar a escovação supervisionada e o bochecho fluoretado. Na semana em que a turma assistia à palestra e após eram realizadas a escovação e o bochecho fluoretado, os alunos classificados como alto risco não faziam o bochecho e sim a aplicação de flúor gel com as escovas dentais.

Para promover a saúde bucal dos escolares, o CD, forneceu orientação sobre higiene bucal, cárie dentária e orientações nutricionais para 100% dos escolares. A realização destas três palestras foi organizada para os primeiros três meses da intervenção, porque o último mês da intervenção coincidiu com as férias escolares onde realizamos apenas os atendimentos clínicos e orientações aos escolares agendados para tal.

No primeiro mês da intervenção, o CD, realizou em todas as trinta e duas turmas uma palestra com orientações sobre higiene bucal. Se havia algum aluno faltando à aula naquele dia buscávamos o mesmo para acompanhar a palestra juntamente com outra turma no dia seguinte, possibilitando assim que 100% dos

alunos participassem da palestra. Após a palestra, sob a supervisão do CD e da THD, os alunos realizavam a escovação supervisionada e o bochecho fluoretado, sendo que os alunos classificados como alto risco não faziam o bochecho e sim a aplicação de gel fluoretado com escova dental. Conseguimos que 100% dos alunos participassem da escovação supervisionada e também 100% dos escolares alto risco recebessem a aplicação de gel fluoretado com escova dental no primeiro mês.

Durante esta primeira palestra as crianças mostraram-se tímidas, foi nosso primeiro contato com elas em sala de aula, mas alguns relatos que escutamos durante a realização das palestras ao interagirmos com os escolares chamaram muito minha atenção. Relatos de crianças que diziam não ter escova dental em casa, outras que possuíam uma escova para toda a família, outras em que o pai e a mãe compartilhavam uma escova “grande” e os filhos compartilhavam uma escova “pequena”, crianças que mesmo tendo escova em casa diziam só escovar os dentes na escola por orientação dos pais, se já escovavam os dentes na escola não precisava escovar em casa. Estes relatos foram pontuais, não foi maioria, mas existiram relatos comuns a maioria das crianças, como a falta de fio dental em casa para a realização da higiene bucal, fato que explica as muitas cavidades interproximais encontradas nos exames bucais. Hoje sabemos que não adianta escovar os dentes muito bem e não usar fio dental, que é responsável pela higiene de 40% da área de um dente, sendo assim, mesmo com escovação satisfatória dos dentes haverá cáries devido à falta do uso do fio dental.

No segundo mês da intervenção, o CD, realizou uma palestra com Orientações sobre Cárie Dental. Adotou a mesma tática do primeiro mês para garantir que 100% dos escolares participassem da palestra e posteriormente também da escovação supervisionada e a aplicação de gel fluoretado com escova dental no caso dos escolares classificados como alto risco. Este foi o segundo contato que tivemos com estes alunos em sala de aula para realização de atividades educativas, eles se mostraram menos tímidos e mais participativos, realizando comentários sobre como faziam ou como era na sua casa, a cada frase que dizíamos.

No terceiro mês da intervenção, o CD, realizou uma palestra com Orientações Nutricionais relacionadas à Cárie Dental. Realizou as atividades da mesma maneira do primeiro e segundo mês para que 100% dos escolares participassem da palestra

e posteriormente também da escovação supervisionada e a aplicação de gel fluoretado com escova dental no caso dos escolares classificados como alto risco.

Neste terceiro contato com os alunos em suas salas de aula, para realização das atividades educativas, houve bastante interação durante a palestra. Os alunos fizeram muitas perguntas sobre quais alimentos mais prejudicam os dentes, sobre qual seria o melhor horário para consumir estes alimentos. A maior preocupação com certeza é a respeito dos doces, se terão que eliminá-los de sua alimentação, porque todos falam que os doces estragam os dentes. Ficam aliviados ao saberem que poderão continuar consumindo doces com moderação e nos horários mais indicados se estabelecerem uma boa higiene bucal.

No decorrer da intervenção aconteceu um fato que me deixou triste, após a terceira consulta de condicionamento, na tentativa de atender um menino de 5 anos, que tem muito medo de dentista, o pai perdeu a paciência e bateu no filho depois de sair do consultório, mas ainda dentro das dependências da escola, virou uma grande confusão, o Conselho Tutelar foi chamado para conduzir o caso. Segundo me foi informado por uma pessoa da equipe pedagógica da escola, o pai estava muito nervoso porque no dia anterior havia sido demitido do emprego. Nada que justificasse a violência conta o menino, pelos comentários tanto o pai como a mãe são calmos e não se tem notícia de outras surras contra seus filhos. O menino possui mais um irmão e uma irmã mais velhos que também estudam na escola e estão sendo atendidos sem problemas, não consegui descobrir porque o menino tem tanto medo do dentista.

Na consulta seguinte o menino retornou para atendimento com a mãe e a avó. No intervalo entre as duas consultas a mãe e o menino foram atendidos pela psicológa que trabalha na escola, que me passou as orientações que foram dadas para a mãe. O menino entrou no consultório, deitou na cadeira, não chorou, mas também não abriu a boca e nem pronunciou nenhuma palavra, entrou mudo e saiu calado. Durante a tentativa de atendimento a mãe e a avó não paravam de falar e ameaçar o menino, se você não abrir a boca você não vai fazer isso, ganhar aquilo, não vai ir na casa de fulano, se não abrir a boca no próximo dia você vai vir sozinho com aquela mulher, referindo-se a psicologa, etc. Parece que são pessoas bastante ignorantes, que as orientações da psicologa não ajudaram muito e que a presença da mãe e da avó mais atrapalhava do que ajudava. Após várias tentativas de

estabelecer um diálogo com o menino pedi para que a vó aguardasse com ele na sala de espera para eu poder conversar com a mãe. Falei para a mãe que aquelas ameaças não ajudavam e perguntei se elas seriam mantidas, porque caso contrário seria mais prejudicial ainda para o comportamento do menino e que elas estavam deixando o menino com medo da psicologa também. Orientei a mãe para dar uma atenção especial a higiene bucal do menino na tentativa de paralizar a lesão de cárie existente e evitar o surgimento de novas lesões. A mãe levou o menino para a sala de aula e foi embora. Alguns minutos depois apareceram a coordenadora pedagógica com o menino novamente. Parecia outro menino, conversava e abria a boca para mostrar os dentes na sala de espera. Aguardou juntamente com a pedagoga para que nós terminassemos o atendimento que estavamos fazendo para novamente tentar atender o menino. Mas o menino que estava transformado na sala de espera ao entrar no consultório apresentou o mesmo comportamento anterior de não abrir a boca e ficar calado.

Acabamos não conseguindo condicionar o menino para realizar os procedimentos necessários, nem procedimentos simples que realizamos nas primeiras consultas de condicionamento como aplicação de flúor e cariostático conseguimos realizar nos últimos atendimentos. Ficou uma frustração por não ter conseguido realizar os procedimentos necessários para melhorar a saúde bucal do menino e dos acontecimentos que levaram a involução dos atendimentos.

Na oitava semana, o CD realizou duas reuniões com os pais, uma na parte da manhã e outra na parte da tarde. Essa flexibilização de horários foi pensada para facilitar à presença dos pais a reunião, atraindo o maior número possível deles. Na reunião foram apresentados os resultados do levantamento epidemiológico realizado, o número encontrado de escolares classificados como alto risco e a necessidade destes receberem o atendimento odontológico. Foram relatadas as atividades educativas/preventivas realizadas e as dificuldades encontradas no atendimento das pessoas classificadas como alto risco e em estabelecer um diálogo com os seus pais. Solicitamos novamente a colaboração dos pais no incentivo e exemplo em relação à saúde bucal de seus filhos, principalmente na aquisição e uso do fio dental, fato este muito negligenciado. Tivemos a presença de um bom público nas reuniões, mas como já percebido anteriormente, os pais que mais precisavam participar da reunião estavam ausentes.

Ao final da décima primeira semana da intervenção, encerrou-se o ano letivo escolar. Desta maneira programamos para as semanas seguintes atendimentos clínicos que foram agendados com os escolares e seus familiares para serem realizados no consultório odontológico da unidade básica de saúde. Utilizamos como critério para o agendamento destes atendimentos a possibilidade de comparecimento, crianças que não dependem do transporte escolar, que não será realizado no período de férias, residentes da área urbana, ou também da área rural desde que os pais pudessem levá-los para os atendimentos. Também foi levado em consideração a idade dos mesmos, propositalmente evitamos até o momento o atendimento dos alunos dos quartos e quintos anos que teriam condição de comparecer a unidade de saúde para receber o atendimento nas férias. Também agendamos as crianças menores que já estavam recebendo tratamento no consultório da escola, acompanhados dos pais, para continuarem este tratamento na unidade básica.

Foram priorizados o término dos tratamentos iniciados para aquelas crianças que por ventura dependeriam do transporte escolar e não poderiam comparecer até a unidade básica nas férias escolares. Registramos os números de telefone dos escolares agendados para entrar em contato lembrando do horário agendado, uma vez que alguns estão agendados já para a semana seguinte, mas outros estão agendados para daqui três ou mais semanas, o que pode contribuir para o esquecimento do horário agendado.

Através dos contatos telefônicos conseguimos manter um bom número de atendimentos e de buscas ativas. Maiores dificuldades foram encontradas nos atendimentos realizados entre o Natal e o Ano Novo, com muitas crianças não podendo comparecer aos horários agendados, sendo remanejados para as semanas seguintes.

Um fato que me chamou atenção no decorrer da intervenção e que foi reforçado durante os atendimentos realizados na unidade de saúde, durante as férias escolares, e a maioria das crianças vêm acompanhadas de um responsável, o que não ocorria tão frequentemente durante os atendimentos realizados no consultório da escola, é a quantidade de crianças que são criadas pelos avós. Filhos de mães solteiras e de casais que deixaram os filhos com os avós para irem trabalhar em cidades maiores, onde a oferta de emprego e a remuneração era

melhor. Muitas mães solteiras que foram trabalhar em outras cidades, casaram e constituiram uma família, com marido e outros filhos, abandonando literalmente os primeiros filhos com os avós.

Percebi dessa situação das crianças criadas pelos avós, duas vertentes distintas. A primeira é a dos avós relativamente novos, com saúde e ainda com energia para participar das atividades relacionadas aos netos e com paciência para fiscalizar e cobrar a execução de seus deveres, como as tarefas escolares e a higiene bucal. A segunda vertente é a dos avós bem idosos, normalmente com problemas de saúde e sem muita energia, o que lhes impede de participar das atividades relacionadas aos netos. Em relação a higiene bucal, estes avós possuem uma noção limitada e distorcida das reais necessidades das crianças para que elas consigam estabelecer uma higiene bucal satisfatória que possibilite uma adequada saúde bucal.

A intervenção seguiu conforme planejado, sem grandes obstáculos. Os funcionários e professores da escola foram bastante atenciosos e participativos, colaborando para o bom andamento da intervenção. Recebemos da gestão todo o apoio necessário para realizar a intervenção, como exemplo, podemos citar os kits de higiene bucal entregues aos escolares para possibilitar a realização da escovação supervisionada e da aplicação de flúor gel com escovas dentais.

Esta intervenção beneficiou uma parcela da população que como demonstrou o levantamento epidemiológico necessita desta atenção. Não conseguimos conscientizar e beneficiar a todas as crianças da mesma forma. Alcançamos melhores resultados com as crianças cujos familiares estiveram mais presentes, recebendo as orientações e modificado os hábitos familiares e não só das crianças.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades

A dificuldade encontrada para realizar as atividades na escola, foi sentida nas semanas em que ocorriam alguns eventos diferentes na escola, como a comemoração do Dia das Crianças e do Dia do Professor, quando algumas turmas realizaram algumas visitas técnicas externas a escola e depois confeccionaram seus

trabalhos e uma exposição com esses trabalhos, nos ensaios realizados com o pré-escolar para sua formatura, e nos ensaios de todas as turmas para as apresentações de final de ano. A dificuldade encontrada nestas ocasiões era que não conseguíamos seguir uma sequência nas atividades, porque às vezes a turma da vez estava ensaiando, ou fazendo uma visita, ou na exposição, obrigando-nos a seguir com as atividades em outra turma fora da sequência programada, e posteriormente, voltar às turmas que estavam indisponíveis para realizar as atividades programadas. Nenhuma situação impediu a realização das atividades, apenas dificultou em certos momentos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com relação aos objetivos propostos no projeto da intervenção, todos foram alcançados. Conseguimos melhorar a atenção à saúde bucal das crianças em idade escolar promovendo a sua saúde bucal, ampliamos a adesão ao tratamento odontológico e a cobertura nesta faixa etária. Melhoramos também o registro das informações das atividades realizadas nesta ação programática.

Tivemos muito cuidado com os registro das atividades desenvolvidas, realizando os registros sempre no final do período de trabalho, manhã e tarde, na planilha eletrônica. Esta planilha facilitou muito a coleta de dados e cálculo dos indicadores, mas também, exigiu bastante atenção para inserir corretamente os dados de primeira consulta, tratamento concluído, aplicação de flúor gel, faltas as consultas, buscas ativas e atividades coletivas. Os indicadores já estavam prontos, era só consultar a planilha.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As atividades realizadas durante a realização da intervenção estão integradas a rotina da unidade de saúde, algumas dificuldades encontradas foram superadas com a repetição. Fiquei feliz com a proximidade estabelecida com as crianças proporcionada com a realização da intervenção. Todos os alunos da escola sabem que eu sou o dentista que cuida de sua saúde bucal. É comum acontecer de eu estar em algum lugar (na rua, no mercado, etc) e perceber que as crianças ficam falando para seus pais “pai, mãe, este é o dentista que me atende na escola”, as crianças são muito afetivas e na maioria das vezes vem me cumprimentar, abraçar.

Estava programada para o final da intervenção uma reunião com os pais dos escolares, funcionários e professores da escola para expor os resultados alcançados e realizar uma avaliação conjunta sobre a efetividade da intervenção na ação programática saúde bucal de escolares, mas devido à viabilidade e facilidade de reunir o maior número possível de pessoas interessadas, realizaremos esta reunião juntamente com a reunião dos pais dos escolares com a direção da escola, em fevereiro. Já conversei com a diretora e usaremos uma parte do horário da reunião para conversar com os pais sobre as questões pertinentes a intervenção e sua avaliação.

Esse contato mais próximo dos usuários durante a intervenção facilitou a percepção de alguns problemas enfrentados pelos usuários no acesso ao atendimento e o que poderíamos fazer para melhorar este atendimento, como fizemos no caso das gestantes e das crianças da clínica do bebê, ao incluir o atendimento delas no consultório situado na escola. Atendimento este que também deve continuar no decorrer deste próximo ano letivo.

Concluo esta intervenção feliz por ela estar integrada ao funcionamento da unidade de saúde, com os resultados positivos alcançados. Acredito que a sua repetição ano após ano, melhorará em muito a saúde bucal desta faixa etária da população, e por conseguinte das demais também.

A possibilidade de retroagirmos a realização dos atendimentos como era feito no momento anterior a realização da intervenção inexiste, porque aquela maneira de

atendimento terminou com o início da intervenção. Os atendimentos continuam a ser executados da maneira como foram feitos durante a intervenção.

Durante a intervenção recebi vários pedidos de mães que queriam aproveitar e trazer os filhos menores para receberem atendimento juntamente com os irmãos maiores e também de gestantes que vinham trazer seus filhos para as consultas e queriam aproveitar para realizar o pré-natal odontológico. Comecei a perceber que a maioria das mães não levavam seus filhos desde pequenos ao dentista, e que normalmente a primeira consulta acontecia por volta dos três ou quatro anos, devido a necessidade originada pela dor.

Várias crianças do pré escolar em que realizamos o exame e alguns atendimentos posteriores nunca haviam ido ao dentista. Então decidi agendar algumas gestantes e crianças menores, proporcionando facilidade na porta de entrada para tentar antecipar estes atendimentos, evitando o agravo dos problemas de saúde bucal ou até mesmo evitando estes problemas. No caso das gestantes, o objetivo foi realizar o pré-natal odontológico e prosseguir com o atendimento do bebê logo após o nascimento nos moldes de uma Clínica do Bebê.

O atendimento realizado no Consultório Odontológico da Escola facilita o acesso ao serviço de saúde, já que várias mães trazem e buscam seus filhos todos os dias a escola ou a creche, que fica ao lado da escola. Esta experiência foi muito positiva porque conseguimos maior adesão aos atendimentos nestes grupos etários do que conseguiamos na unidade de saúde.

A repetição da ação programática ano após ano, começando com o atendimento das gestantes, depois na clínica do bebê e dando sequência com o atendimento dos escolares nos possibilitará adultos com uma boa saúde bucal.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção buscou melhorar a atenção à saúde bucal dos escolares do município de Renascença, Paraná. O público alvo constituiu-se dos 599 escolares, de 4 a 10 anos de idade, que frequentam a Escola Municipal Professora Ida Kummer. Esta é a única escola do município, por isso, foi escolhida para realizar a intervenção visando atender todas as crianças desta faixa etária, exceto algumas que frequentam escolas particulares nos municípios vizinhos.

O primeiro objetivo específico era ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares realizando exame bucal para a classificação de risco à cárie e o estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos alunos.

Realizamos o exame bucal para a classificação de risco nas duas primeiras semanas do primeiro mês da intervenção. Foram examinadas 598 crianças das 599 que frequentavam a escola, obtendo a cobertura de 99,8% dos escolares.

Tínhamos como meta realizar a primeira consulta odontológica, com elaboração de plano de tratamento, para 100% dos escolares. No entanto observamos que esta meta era bastante ambiciosa para ser alcançada nos quatro meses de intervenção, mas, plenamente possível de ser alcançada no decorrer de um ano letivo.

No decorrer dos quatro meses da intervenção conseguimos realizar a primeira consulta odontológica com plano de tratamento em 279 crianças, atingindo 46,7% da meta proposta. Podemos observar a progressão da realização das primeiras consultas odontológicas na figura 1.

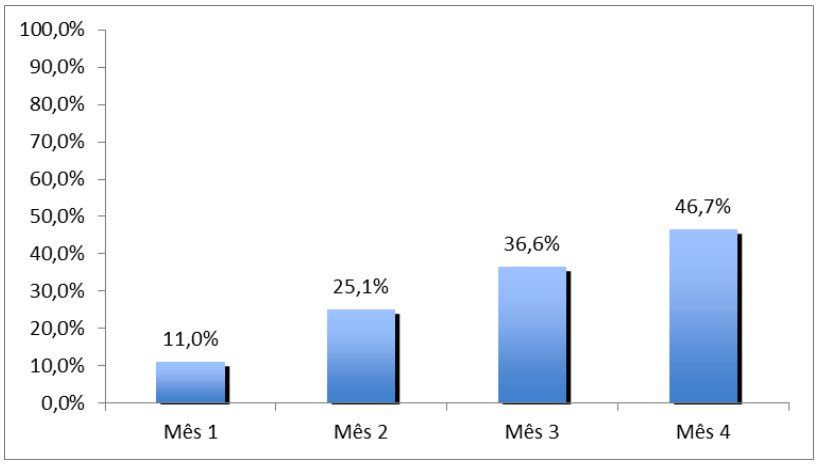

Figura 1: Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica. Renascença/PR, 2013.

O atendimento era para ser prioritário aos alunos classificados como alto risco, mas como foi descrito nos diários da intervenção e no relatório, tivemos uma grande procura pelos atendimentos por parte dos demais alunos. Observamos que quanto maior a preocupação dos pais com a saúde bucal de seus filhos melhor ela estava.

Ao realizar o exame bucal, classificamos como alto risco em relação à cárie dental 291 alunos dos 598 examinados. Nossa meta era realizar a primeira consulta odontológica, com elaboração de plano de tratamento, em 100% destes alunos. Esta meta será atingida no decorrer deste ano com a continuidade das ações realizadas durante a intervenção.

No decorrer da intervenção conseguimos realizar a primeira consulta odontológica em 138 alunos dos 291 classificados como alto risco, alcançando 47,4% da meta proposta. Podemos observar a progressão da realização das primeiras consultas odontológicas nos escolares classificados como alto risco à cárie dental na figura 2.

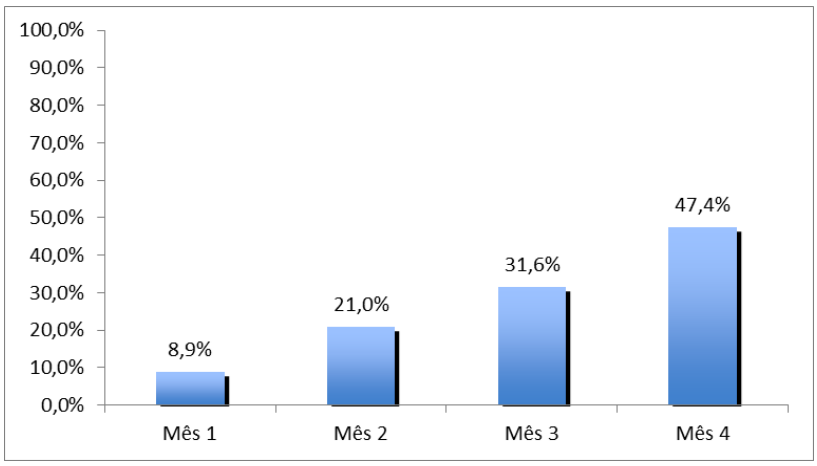

Figura 2: Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica. Renascença/PR, 2013.

O segundo objetivo específico foi melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal dos escolares e para isso tínhamos como meta realizar a busca ativa a 100% dos alunos, com primeira consulta odontológica, faltosos as consultas.

Tivemos poucas faltas às consultas, já que o atendimento foi realizado no consultório instalado na própria escola onde ocorreu a intervenção. As faltas ocorriam basicamente quando os alunos estavam ausentes das aulas ou quando estavam participando de alguma atividade escolar que impedia a realização do atendimento. O atendimento realizado na própria escola facilitou a realização das buscas ativas, bastava apenas buscar o aluno na sala de aula ou, no dia seguinte a falta, enviar bilhete aos pais através do aluno ou através de contato telefônico.

Ocorreram 59 faltas às consultas no decorrer da intervenção e conseguimos com bastante insistência realizar as 59 buscas ativas correspondentes, logo, foi alcançada a proporção 100% ao longo dos quatro meses de intervenção.

O terceiro objetivo específico era melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares realizando escovação supervisionada com creme dental, aplicação de gel fluoretado com escova dental nos escolares classificados como alto risco, bochecho fluoretado semanal nos escolares com mais de seis anos e conclusão do tratamento dentário dos escolares com primeira consulta odontológica realizada.

A escovação dental supervisionada era realizada semanalmente, antes do bochecho fluoretado.

Na semana em que a turma assistia à palestra educativa, após a palestra era realizada a escovação supervisionada, o bochecho fluoretado ou a aplicação tópica

de flúor gel com escova dental, quando o escolar era classificado como alto risco à cárie dental.

Nos três primeiros meses da intervenção atingimos a meta de 100% relativa à escovação supervisionada. No quarto mês como estávamos em férias escolares, realizamos a escovação supervisionada e demais atividades coletivas apenas nos alunos que receberam atendimento clínico, totalizando 64 alunos (10,7%). Podemos observar os registros da escovação supervisionada na figura 3.

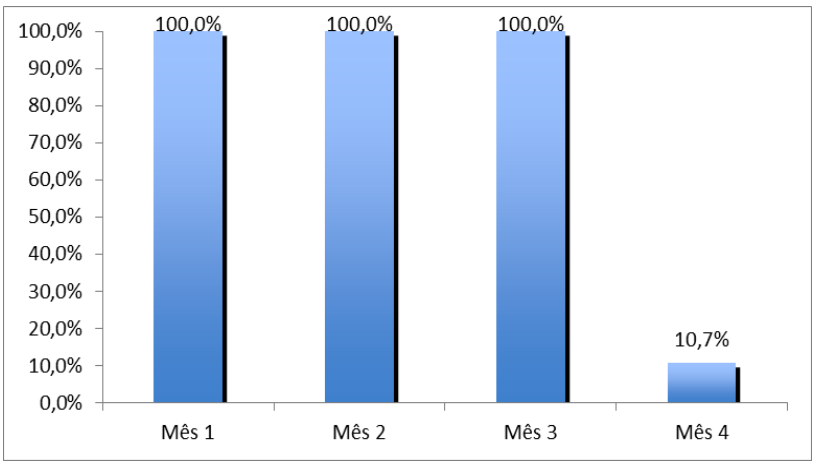

Figura 3: Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental. Renascença/PR, 2013.

Nos três primeiros meses da intervenção realizamos a aplicação tópica de flúor gel com escova dental, nos 291 alunos classificados como alto risco à cárie dental, após estes escolares assistirem a palestra educativa, alcançando 100% da meta proposta. No quarto mês da intervenção, período das férias escolares, somente receberam a aplicação tópica de flúor gel com escova dental os 48 alunos (16,5%) classificados como alto risco à cárie dental que receberam atendimento clínico. Podemos observar os registros da aplicação tópica de flúor gel com escova dental na figura 4.

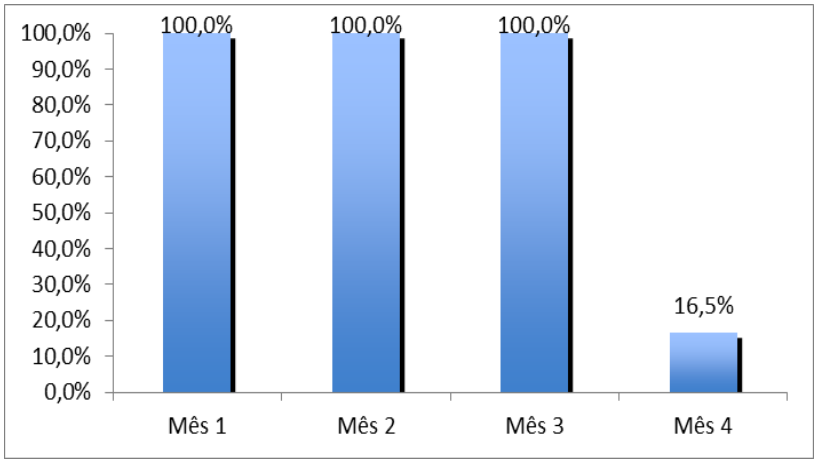

Figura 4: Proporção de escolares classificados como alto risco à cárie dental que receberam aplicação tópica de flúor gel com escova dental. Renascença/PR, 2013.

O bochecho fluoretado era realizado semanalmente, após a realização da escovação supervisionada, nos escolares com mais de 6 anos de idade, englobando os segundos, terceiros, quartos e quintos anos.

Nos três primeiros meses da intervenção atingimos a meta de 100% relativa ao bochecho fluoretado. No quarto mês, como estávamos em férias escolares, não foi realizado o bochecho fluoretado Podemos observar os registros do bochecho fluoretado na figura 5.

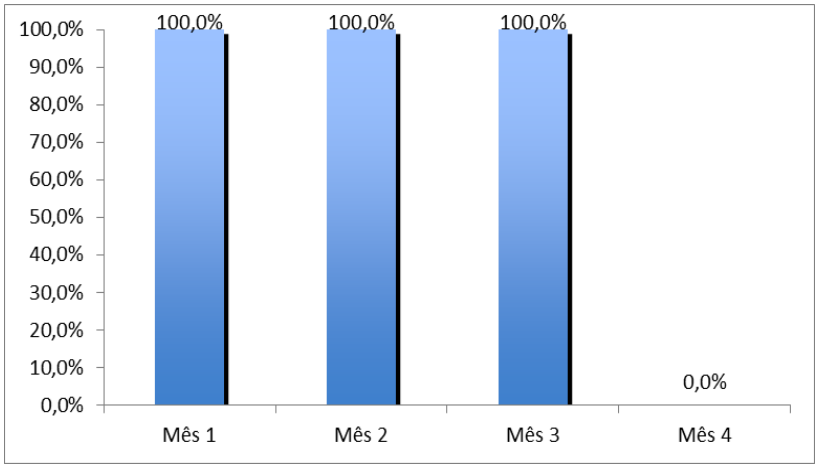

Figura 5: Proporção de escolares com bochecho fluoretado semanal. Renascença/PR, 2013.

A meta proposta para a conclusão dos tratamentos era 100% dos tratamentos dos escolares com primeira consulta odontológica realizada, sendo que 100% dos escolares deveriam ter a primeira consulta odontológica realizada.

O indicador de tratamento dentário concluído representa a porcentagem de escolares com primeira consulta odontológica realizada que tiveram seus

tratamentos concluídos, ou seja, do total de 279 alunos com primeira consulta odontológica realizada concluímos o tratamento de 260 (93,2%), como podemos observar na figura 6.

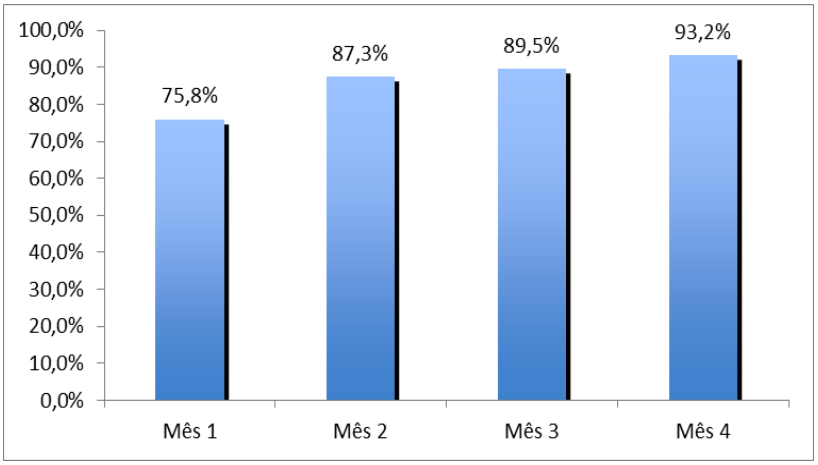

Figura 6: Proporção de escolares com primeira consulta odontológica realizada e tratamento concluído. Renascença/PR, 2013.

O quarto objetivo específico era melhorar o registro das informações e para isso tínhamos como meta manter o registro atualizado em planilha ou prontuário de 100% dos alunos com primeira consulta odontológica realizada. À medida que fomos realizando as primeiras consultas odontológicas, fomos preenchendo ou atualizando os dados dos escolares nos prontuários. Estes registros atualizados foram muito úteis nos momentos em que precisamos entrar em contato com os pais dos escolares. Mediante a intervenção, 100% dos escolares com primeira consulta odontológica (279) estão com registro atualizado, contemplando a meta.

O quinto objetivo específico era promover a saúde bucal de 100% dos escolares por meio de orientações sobre higiene bucal, cárie dental e informações nutricionais. Estas orientações foram passadas aos escolares através da realização de palestras realizadas no decorrer da intervenção. Como havia três assuntos interligados organizamos três palestras para serem realizadas nos três primeiros meses de intervenção, uma vez que no quarto mês da intervenção estaríamos em férias escolares o que impossibilitaria a realização das palestras nas turmas da maneira como tinham sido planejadas. As palestras abordavam o mesmo assunto em todas as turmas, mas com linguagem adequada a cada faixa etária.

Para atingirmos a meta de 100% de cobertura, anotávamos os nomes dos alunos que tivessem faltado à aula naquele dia para podermos chamá-los a assistirem a palestra em outra turma no dia seguinte.

No primeiro mês realizamos a palestra sobre higiene bucal em cada uma das 32 turmas da Escola Professora Ida Kummer, de forma que a proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal nos quatro meses da intervenção foi 100%.

No segundo mês realizamos a palestra sobre cárie dental e também revisamos o assunto higiene bucal já abordado na primeira palestra. Também chamamos os alunos faltantes durante a realização da palestra em suas turmas para assistirem a palestra em outra turma no dia seguinte e assim atingirmos a meta de 100% de alunos que receberam as orientações sobre cárie dental, conforme podemos observar na figura 7.

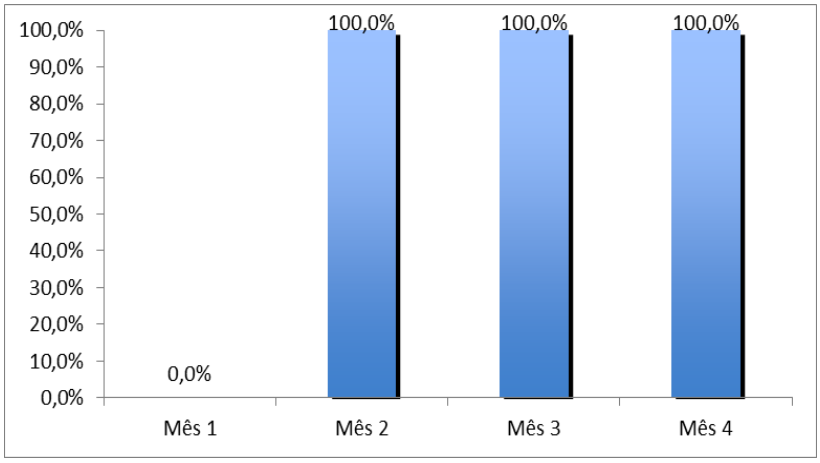

Figura 7: Proporção de escolares que receberam orientação sobre cárie dental. Renascença/PR, 2013.

No terceiro mês realizamos a palestra sobre orientação nutricional, relacionando este assunto com os dois assuntos abordados anteriormente nas outras palestras.

Assim como na realização da primeira e segunda palestra chamamos os alunos faltantes para assistirem em outras turmas atingindo a meta de 100% dos escolares recebendo as orientações nutricionais, como podemos observar na figura 8.

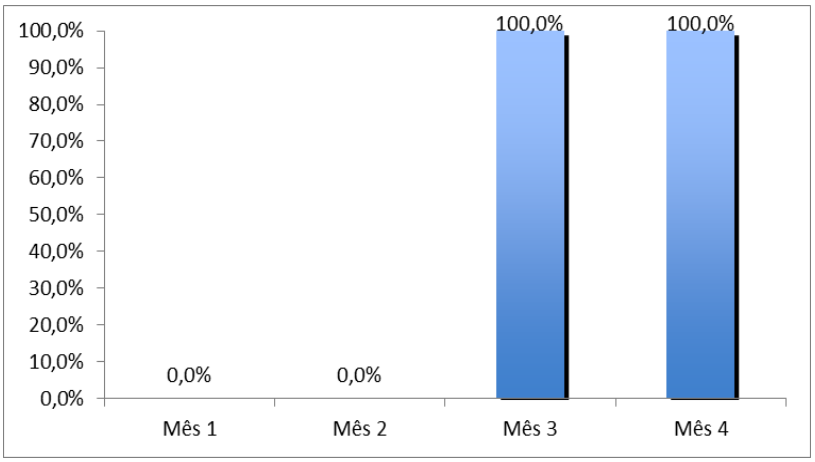

Figura 8: Proporção de escolares que receberam orientações nutricionais. Renascença/PR, 2013.

4.2 Discussão

A intervenção na unidade básica de saúde proporcionou o atendimento odontológico para os escolares da faixa etária de 4 a 10 anos de idade, a implantação de registros, a qualificação da atenção, execução de ações educativas, preventivas e curativas e a interação com a comunidade. As ações realizadas mediante a intervenção levou-nos a perceber que outras áreas estavam com atenção deficiente, e que a partir dessa interação foram organizadas. Por exemplo, o grupo das gestantes que foi organizado e passou a ter seu atendimento priorizado, o atendimento das crianças da creche que funciona ao lado da escola também passou a ser organizado, houve mudanças na organização e participação do grupo Hiperdia, de modo que oferecemos a possibilidade de agendamento para os participantes do grupo. Estes grupos foram organizados e funcionam em conjunto com os outros profissionais da unidade (enfermeira, nutricionista, psicóloga, médico) de forma multidisciplinar.

A intervenção proporcionou a organização da equipe odontológica, pois, os atendimentos foram organizados por faixas etárias e grupos. Eu fiquei responsável pelo atendimento as gestantes, clínica do bebê e escolares, outros colegas ficaram responsáveis pelo atendimento aos adolescentes, adultos, idosos, hipertensos e diabéticos e usuários com necessidades especiais. Para execução das ações foi

necessária à qualificação da equipe para seguir as orientações do Ministério da Saúde.

A Saúde da Família é a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, importante na mudança do processo de trabalho. Por isso o planejamento das ações precisa ser pautado no diagnóstico situacional, acompanhamento da população adstrita e aproximação da realidade sócio-cultural e da postura pró-ativa desenvolvida pela equipe. (Brasil, 2006) Nesse sentido, a intervenção proporcionou uma maior interação da equipe odontológica, e entre a equipe odontológica e os demais funcionários da saúde ao participar das reuniões dos grupos de gestantes, puericultura, hiperdia e idosos.

Historicamente, as práticas da Saúde Bucal no Setor Saúde indicam que ela foi desenvolvida a distância, sendo feita praticamente entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico. Atualmente, a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes da Família visa transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe. A Saúde da Família organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional cujo campo disciplinar de atuação é o território-família-comunidade, onde cada profissional desenvolve ações de saúde comuns (planejamento, busca ativa, etc.), e também, preserva as especificidades de seus núcleos de atuação e competência. A construção da interdisciplinaridade é um desafio posto às Equipes Saúde da Família no processo de trabalho em equipe. (Brasil, 2006)

Através da implementação da intervenção em saúde bucal de escolares, com o apoio da Secretaria de Saúde do Município e colaboração dos colegas do setor de odontologia organizamos o atendimento odontológico do município, que há tempo apresentava dificuldade em sair do modelo no qual se encontrava, pois, era muito mais fácil continuar a realizar tudo da mesma maneira, sem mudanças.

Não existia a organização de grupos prioritários para atendimento como gestantes, clínica do bebê, escolares, idosos, hipertensos e diabéticos. O atendimento acontecia com agendamento, de acordo com a procura da população, não havia busca por parte dos profissionais aos usuários de risco. Através desta organização conseguimos melhorar o acesso e a cobertura do atendimento nas diversas faixas etárias atendendo às ações programáticas específicas.

Quanto às metas propostas no projeto: Realizamos o exame bucal em 598 de 599 crianças, alcançando 99,8% do proposto. Realizamos a primeira consulta odontológica, com elaboração do plano de tratamento, em 279 dos 598 alunos, alcançando 46,7% do proposto. Realizamos a primeira consulta odontológica em 138 dos 291 escolares classificados como alto risco em relação à cárie dental, alcançando 47,4% do proposto.

Essas diferenças encontradas entre o proposto e o realizado devem-se a orientação recebida para estabelecermos todas as metas em 100% na elaboração do projeto. Esses valores mostraram-se inviáveis para serem alcançados durante o monitoramento da intervenção (4 meses), mas plenamente possíveis de serem alcançados no decorrer de um ano escolar.

A intervenção também trouxe mudanças para a comunidade atendida, pois, as pessoas da área adstrita à UBS agora sabem quem é o responsável pelo atendimento odontológico e em que grupo ou faixa etária se encontra, e como estes atendimentos são realizados.

Um aspecto fundamental para efetivação da Atenção Básica é a promoção de saúde, que é uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que levem a população a ter melhorias no modo de viver: condições de trabalho, habitação, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (Brasil, 2006)

Os resultados dos quatro meses da intervenção foram satisfatórios e a incorporação das ações à rotina da UBS poderá continuar trazendo resultados excelentes. A realização da intervenção mostrou-se totalmente viável e já está incorporada a rotina da unidade, proporcionou toda uma reorganização do serviço odontológico prestado a população e também uma maior interação interdisciplinar e multidisciplinar na unidade de saúde.

A continuação das atividades trará muitos benefícios para a população e para os próprios servidores. Para melhorar ainda mais os resultados alcançados com a ação programática basta que as pessoas da equipe participem das atividades com o mesmo afinco. No início encontramos alguns servidores com resistência as mudanças, mas no decorrer da intervenção, com os resultados aparecendo e o

serviço sendo facilitado, estas pessoas foram colaborando na realização das atividades.

No que diz respeito aos resultados, não alcançamos a proporção de 100% de escolares examinados na escola porque não conseguimos realizar o exame em uma menina que tinha muito medo do dentista. Entramos em contato com sua mãe, mas a mesma disse que a menina já realizava acompanhamento com dentista particular. Falamos que não precisávamos realizar nenhum tratamento em sua filha, só precisávamos realizar o exame, mesmo assim ela não compareceu para acompanhar sua filha para que pudéssemos realizar o exame.

Por outro lado, conseguimos realizar a primeira consulta odontológica com plano de tratamento em 279 (46,7%) escolares, sendo que destes 279 escolares 260 tiveram seus tratamentos concluídos, representado 93,2% dos escolares com primeira consulta odontológica.

A preocupação em melhorar a atenção à saúde bucal é justificada porque os estágios anteriores da doença antes da cavidade podem ser paralisados por ações de promoção à saúde e prevenção. Portanto, somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença, sendo necessário intervir também sobre os seus determinantes para evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações. (Brasil, 2006)

Para melhorarmos ainda mais a qualidade do serviço prestado aos usuários, precisamos adotar registros adequados em todas as áreas da unidade de saúde. Encontrei muitas dificuldades durante a Análise Situacional devido à precariedade ou inexistência destes registros. No setor odontológico já realizamos algumas medidas que serão aprimoradas de acordo com as dificuldades e necessidades encontradas. Estes registros proporcionarão a realização de uma análise quantitativa e qualitativa dos atendimentos prestados, para visualizarmos os pontos deficitários que devem receber mais atenção.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde
Sr. Jovani Luiz Cenatti.

Durante 16 semanas, no período de outubro de 2013 a janeiro de 2014 realizamos uma intervenção na Unidade de Saúde da Família Rural, que teve como público alvo os escolares na faixa etária de 4 a 10 anos da Escola Municipal Professora Ida Kummer. A elaboração do projeto de intervenção baseou-se na análise situacional efetuada na unidade de saúde, a qual identificou a necessidade de melhorar a atenção à saúde bucal dos escolares.

A equipe de saúde bucal realizou atividades educativas, preventivas e atendimentos clínicos para suprir a demanda existente nos alunos de tratamento curativo.

Foi realizado exame bucal em 598 dos 599 alunos que frequentam a escola, para identificar os escolares classificados como alto risco em relação à cárie dental que teriam prioridade no recebimento dos atendimentos clínicos. Foram classificados como alto risco a cárie dental 291 alunos, ou seja, 48,6% dos alunos da Escola Municipal Professora Ida Kummer estavam em situação de risco com relação à saúde bucal.

As atividades preventivas englobavam a realização de escovação supervisionada e bochecho fluoretado, realizados semanalmente com os escolares de 6 anos ou mais de idade e a aplicação tópica de flúor gel com escova dental, realizada mensalmente nos escolares classificados como alto risco a cárie dental.

Fez parte das atividades educativas a realização de três palestras para cada turma, abordando a higiene bucal, a cárie dental e orientações nutricionais.

Durante a intervenção, iniciamos o tratamento de 279 alunos, destes, 260 tiveram seu tratamento concluído. Dos 279 alunos que iniciaram o tratamento, 138 eram classificados como alto risco a cárie dental e, portanto, com prioridade no atendimento.

Para conseguirmos a conclusão do maior número possível de tratamentos iniciados, adotamos a prática de realizar buscas ativas aos alunos que faltavam as consultas agendadas. Realizamos 59 buscas ativas aos escolares que faltaram as consultas.

Quando a equipe de saúde bucal realizou o seu trabalho de forma organizada e planejada, contando com o apoio da comunidade, conseguiu além de realizar os atendimentos clínicos, em uma parcela da população anteriormente desassistida quanto à saúde bucal, evitar através das atividades educativas e preventivas, o surgimento e agravo de problemas.

Isso justifica a incorporação das atividades realizadas durante a intervenção a rotina da unidade de saúde. É possível no decorrer de um ano letivo realizar o atendimento clínico de todos os escolares que frequentam a escola e ainda realizar as atividades preventivas e educativas. Acreditamos que os alunos que receberem essas ações durante toda sua vida escolar, terão uma excelente saúde bucal no futuro.

A intervenção trouxe ainda uma melhora significativa nos registros dos procedimentos e atividades realizadas. Antes, os dados estatísticos eram quase inexistentes, fato comprovado durante a realização da análise situacional da unidade de saúde. Estes registros foram organizados, parcialmente ainda, na atenção odontológica, mas precisam ser revistos também nas outras ações programáticas.

A realização da intervenção foi importante porque proporcionou uma maior proximidade da equipe de saúde bucal com a comunidade, e também proporcionou a identificação de outros problemas relativos à atenção a saúde bucal, como atenção às gestantes, crianças que frequentam a creche e hipertensos e diabéticos, que também passaram a ser beneficiados com a organização de grupos e atendimentos durante a realização das atividades da intervenção.

Agora queremos consolidar a realização das atividades na rotina da unidade de saúde, e com sua repetição chegarmos a jovens e adultos com saúde bucal. Precisamos que a administração apoie essa sequência e complete o quadro de profissionais da equipe odontológica, preenchendo os cargos vagos de auxiliar de saúde bucal e técnica de saúde bucal, permitindo assim um melhor desempenho da equipe para com seu papel, qualificando ainda mais a atenção à saúde.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

A equipe de saúde da família Rural elaborou um projeto cujas ações foram executadas durante 16 semanas, no período de outubro de 2013 a janeiro de 2014, para melhorar a saúde bucal dos alunos da Escola Municipal Professora Ida Kummer. Neste projeto, a equipe de saúde bucal do município, realizou atividades educativas, preventivas e atendimentos clínicos para melhorar a atenção à saúde bucal das crianças. Foram identificados 291 dos 599 alunos com alto risco à cárie e necessidade de atendimento.

As atividades preventivas eram realizadas semanalmente por meio da escovação supervisionada em todos os alunos, após o horário do recreio, em cada uma das 32 turmas, sendo que nas segundas e terças-feiras, após a escovação realizávamos o bochecho fluoretado com as crianças maiores de 6 anos para ajudar a prevenir a doença cárie.

Uma vez por mês após a realização da palestra educativa, realizávamos a escovação supervisionada, e nas crianças classificadas com necessidade de atendimento por possuírem cárie fazíamos uma aplicação tópica de flúor gel com escova dental. Nas crianças não classificadas com necessidade de atendimento realizávamos o bochecho fluoretado.

Como atividades educativas, realizamos três palestras para cada turma, sobre higiene bucal, cárie dental e informações nutricionais.

Iniciamos o tratamento de 279 alunos, e destes conseguimos terminar o tratamento de 260 alunos, ou seja, ficaram 19 alunos com o tratamento iniciado e não terminado. Dos 279 alunos que iniciamos o tratamento, 138 eram alunos classificados como alto risco à cárie dental.

Para conseguirmos terminar o maior número possível de tratamentos iniciados, adotamos a prática de realizar buscas ativas aos alunos que faltavam aos atendimentos para que estes atendimentos não ficassem incompletos. Foram realizadas 59 buscas ativas aos alunos que faltaram as consultas.

A realização do projeto foi importante também porque proporcionou uma maior proximidade da equipe de saúde bucal com a comunidade, o que nos levou a perceber outros problemas relativos à atenção à saúde bucal, como o caso das

gestantes, das crianças que frequentavam a creche e dos hipertenso e diabéticos, que também passaram a ser beneficiadas com a organização de grupos e atendimentos durante a realização das atividades do projeto.

As atividades ficam mais fáceis de serem executadas e alcançam melhores resultados quando contamos com a participação da comunidade. A equipe de saúde da família Rural está feliz por isto acontecido durante a realização deste projeto e por isso conta com o apoio da comunidade na continuidade das ações.

5 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem

Quando fiz minha inscrição para participar deste curso de especialização, não sabia nada a respeito do curso e também não conhecia ninguém que o tivesse feito. A única informação que eu tive foi o vídeo institucional que assisti, no site, quando fiz a inscrição.

Conheço pessoas que fizeram o curso de Especialização em Saúde da Família em outras instituições, de maneira bastante teórica, o que me deixava um pouco apreensivo, porque muitas vezes, a teoria está muito distante da realidade da unidade de saúde que trabalhamos e acabamos nos frustrando por não conseguir colocá-la em prática.

No início do curso, quando entendi a maneira como ele seria executado, fiquei muito feliz, porque percebi que poderia desenvolver uma ação na mesma unidade de saúde em que trabalho, qualificando a atenção a saúde prestada aos usuários. Um dos critérios para a inscrição era que o aluno fizesse parte de uma equipe de saúde da família, neste momento entendi porque desta obrigatoriedade.

O curso de especialização, em sua totalidade, superou todas as expectativas que haviam passado pela minha cabeça, desde a análise situacional, que me fez ter contato com todos os funcionários e setores da unidade, inclusive com alguns colegas que eu só conhecia de vista. Proporcionou o entendimento do funcionamento dos diversos setores e de suas responsabilidades, levando-me a valorizar a função exercida por cada um, porque como o nome já diz, equipe de saúde da família, para um bom desempenho da equipe precisamos da colaboração de todos os seus membros.

Na escolha da ação do projeto de intervenção, escolhi a ação programática Saúde Bucal dos Escolares, por entender que seria a oportunidade de prestar um atendimento a uma parcela da população desassistida e ainda implementar atividades educativas e preventivas que não eram desenvolvidas com nenhum grupo da população, e que a médio e longo prazo resultariam na melhoria da saúde bucal da população.

Durante a organização do projeto de intervenção e sua realização tivemos a oportunidade de interagir, e fomos muito bem recebidos, pela comunidade escolar,

que compreende os funcionários, professores, direção e Escolares da Escola Professora Ida Kummer, que muito colaboraram para que o projeto de intervenção pudesse ser realizado na escola.

A realização deste curso significou muito para mim. Pela primeira vez me senti fazendo parte de um todo maior, da Equipe de Estratégia Saúde da Família e do SUS. Assuntos antes vistos em cursos, em teoria, agora fazem parte da rotina da unidade.

Quanto a possíveis indagações a respeito de o curso ser à distância ou de sua qualidade, tenho a dizer, que para cumprir com as atividades propostas, tive que estudar muito. Sempre contando com o apoio virtual de minhas orientadoras e demais membros da equipe pedagógica do curso.

Como parte importante do meu aprendizado no curso, destaco o desenvolvimento da capacidade de organizar as ações programáticas que devem ser realizadas pela unidade. A partir da realização da intervenção em saúde bucal dos escolares, identificamos outros pontos com necessidade de ações na saúde bucal. Organizamos o grupo de gestantes e o grupo do hiperdia, com a realização de reuniões e palestras com a participação dos diversos profissionais da unidade, organizando horários para atendimento prioritário destes grupos. Organizamos também o atendimento para a clínica do bebê, dando segmento as atividades realizadas com as gestantes. Portanto, esta capacidade, desenvolvida com a realização do curso, nos ajudou a organizar o atendimento odontológico no município em conjunto com outras áreas da unidade que participam conosco da realização das atividades.

Sei que ainda temos pontos para aprimorar. Trabalharemos para identificar às necessidades e planejar como qualificar ainda mais a atenção à saúde prestada a população.

E para encerrar, gostaria de manifestar um pensamento utópico, onde todos os profissionais ligados as equipes de estratégia de saúde da família fossem obrigados a realizar este curso. Com certeza a realidade da atenção básica seria distinta da presente.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 24 - Saúde na escola.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 17 - Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

IBGE. **XII Censo Demográfico**. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Dados referentes ao município de Renascença-PR, no endereço eletrônico (http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=41&dados=0).

NADANOVSKY, P. **Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais.** In: PINTO, V. G. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos, 2000.

PINTO, V. G. **Programação em saúde bucal.** In: PINTO, V. G. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos, 2000.

VASCONCELOS, R. **Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil.** PGR-Pós-Grad R. Fac. Odontol., São José dos Campos, v. 4, 2001.

Anexos

Anexo A: Acompanhamento das atividades coletivas

Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR
ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES COLETIVAS

Escola:_____ Sala:_____ Professor: _____

	Nome	Idade	Sexo	R1	R2	Data / Atividade											
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	

EDU1 – orientação higiene bucal / EDU2 – orientação prevenção cárie / ESC – Escovação supervisionada / GEL – Aplicação de gel fluoretado / TRA – Tratamento Restaurador Atraumático
R1 Classificação de risco no exame inicial | R2 Classificação de risco após um ano do exame inicial

Anexo B: Ficha espelho saúde bucal do escolar

Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR
ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Data do ingresso no programa ___ / ___ /__ __ __ __ Número do prontuário: _____ _____ _____Cartão SUS _____
Nome completo: _____Data de nascimento __ /__ /_____
Endereço: _____ _____ Telefones de contato: _____ / _____
Nome da mãe: _____Nome do pai:_____

Baixo risco	Risco moderado						Alto risco		
A: ausência de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	A1: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de placa	A2: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de gengivite	B: história de dente restaurado, sem placa /gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	B1: história de dente restaurado, com placa/ gengivite	C: uma ou mais de cárie inativa, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	C1: uma ou mais cavidades de cárie inativa, com placa/ gengivite	D: ausência de cavidade de cárie, com presença de mancha branca de cárie	E: uma ou mais cavidades de cárie ativa	F: presença de dor e/ou abscesso

Escolares 6 a 12 anos de idade – consulta – UBS								
Data								
Nome do profissional								
Idade								
Orientação sobre higiene? S/N								
Orientação prevenção cárie S/N								
Apresenta história de cárie? S/N								
Apresenta placa visível? S/N								
Apresenta gengivite? S/N								
Apresenta cárie tratada? S/N								
Mancha Branca? S/N								
Cavidade inativa? S/N								
Cavidade ativa? S/N								
Risco de cárie dentária (A – F)								
Tem necessidade de fluorterapia adicional? S/N								
Tem necessidade de tratamento? S/N								
Número estimado de consultas de retorno?								
Aplicação flúor tópico? S/N								
Data próxima consulta								
Faltou a consulta? S/N								
Foi realizada busca ativa? S/N								
Tratamento concluído? S/N								

Anexo C: Ficha de Triagem de risco de cárie dentária

Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR
TRIAGEM DE RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA

Escola: _____ Sala: _____ Professor: _____

Professor foi capacitado? ( ) sim ( ) não

Baixo risco	Risco moderado						Alto risco		
A: ausência de cavidade de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	**A1:** ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de placa	**A2:** ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de gengivite	**B:** história de dente restaurado, sem placa /gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	**B1:** história de dente restaurado, com placa/ gengivite	**C:** uma ou mais de cárie inativa, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	**C1:** uma ou mais cavidades de cárie inativa, com placa/ gengivite	**D:** ausência de cavidade de cárie, com presença de mancha branca de cárie	**E:** uma ou mais cavidades de cárie ativa	**F:** presença de dor e/ou abscesso

Nome/morador área (S/N)		Idade	História de cárie	Placa visível	Gengivite	Cárie tratada	Mancha branca	Cavidade inativa	Cavidade ativa	Indicação TRA	Classificação	Encaminhado UBS	Data exame
			S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N		S/N	S/N

Anexo D: Ficha espelho saúde bucal do pré-escolar

Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR

Data do ingresso no programa ___ / ___ /__ __ __ __ Número do prontuário: _____ _____ _____Cartão SUS _____
Nome completo: _____Data de nascimento __ /__ /_____
Endereço: _____ _____ Telefones de contato: _____/ _____
Nome da mãe: _____Nome do pai:_____

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

Anexo E – Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1					Indicadores de saúde bucal - Mês 1							
2	Dados para Coleta	Número do escolar	Nome do Escolar	Idade do escolar	O escolar é morador da área de abrangência da unidade de saúde?	O escolar foi classificado como alto risco para saúde bucal?	O escolar morador da área de abrangência está com primeira consulta odontológica realizada?	O escolar morador da área de abrangência classificado como alto risco está com primeira consulta odontológica realizada?	Número de consultas odontológicas não realizadas	Número de buscas realizadas ao escolar faltoso às consultas	O escolar participou de escovação supervisionada com creme dental?	O escolar de alto risco recebeu aplicação de gel fluoretado com escova dental?
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	0 = Nenhuma	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										

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

Pronto 90%

Dados para Coleta	Número do escolar	Nome do Escolar	Idade do escolar	O escolar participou de escovação supervisionada com creme dental?	O escolar de alto risco recebeu aplicação de gel fluoretado com escova dental?	O escolar está com tratamento odontológico concluído?	O escolar está com registro de saúde bucal atualizado?	O escolar / familiar recebeu orientação sobre higiene bucal?	O escolar / familiar recebeu orientação sobre cárie dentária?	O escolar / familiar recebeu orientação nutricional?
Orientações de preenchimento	De 1 até o total de escolares cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									
	13									

Anexo F - Documento do Comitê de Ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL