

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade De Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde da Família
Universidade Aberta do SUS



**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES DE 06
AOS 12 ANOS DO DISTRITO DE BATE PÉ, VITÓRIA DA CONQUISTA – BA**

MARÍLIA BRITO MELO

Pelotas, 2014

MARÍLIA BRITO MELO

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES DE 06
AOS 12 ANOS DO DISTRITO DE BATE PÉ, VITÓRIA DA CONQUISTA – BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para à obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Camila Irigónhé Ramos

Pelotas, 2014

Filha Catalográfica

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M528q Melo, Marília Brito

Qualificação da atenção em saúde bucal dos escolares de 06 aos 12 anos do distrito de Bate Pé, Vitória da Conquista - BA / Marília Brito Melo ; Camila Irigoneh Ramos, orientadora. — Pelotas, 2014.

76 f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde bucal do escolar. I. Ramos, Camila Irigoneh, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Marília Brito Melo

Qualificação da atenção em saúde bucal dos escolares de 06 aos 12 anos do distrito de Bate pé, Vitória da Conquista – BA

Monografia aprovada em 03 de Junho de 2014, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

Camila Irigoneh Ramos (Orientadora)

Banca Examinadora:

Banca 1: Profª

Esp. Mabel Miluska Suca Salas

Banca 2: Profª

Esp. Seiko Nomiya

Especialista em Vigilância Sanitária pela Faculdade Albert Einstein

Dedico este trabalho a Deus por me dar o discernimento da Sua criação e Seu cuidado em todos os detalhes da minha vida, por torna-la um aprendizado constante e um crescimento diário e por conceder-me a oportunidade de vivenciar Seu grandioso Amor, com muita gratidão!

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela oportunidade de adquirir conhecimento com o intuito de aperfeiçoar o processo de trabalho e levar mais benefícios à vida dos que também são atores no labor da saúde, do nosso dia a dia os quais aplicamos os nossos aprendizados para aliviar/ confortar o sofrimento de outrem e promover acolhimento.

À minha família e amigos pelo apoio e por acreditar que tenho potencial. Assim como o meu noivo por estar sempre confiante ao meu lado transmitindo muita paz e tranquilidade!

À minha orientadora, Camila, por não me deixar desistir através de suas palavras de motivação!

À equipe de saúde da família de Bate pé, por fazer parte deste projeto e especialmente às crianças que tornaram meus dias de trabalho ainda mais alegres!

MUITO OBRIGADA!

Lista de figuras

Figura 1: Gráfico. Proporção de escolares examinados na escola. Vitória da Conquista/Bahia, distrito Bate pé, 2013/2014.	47
Figura 2 : Gráfico indicando a proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica. Vitória da Conquista/Bahia, distrito Bate pé, 2013/2014.	48
Figura 3: Gráfico. Indicando a proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica. Vitória da Conquista/Bahia, distrito Bate pé, 2013/2014.....	49
Figura 4: Gráfico. Indica a proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde. Vitória da Conquista/Bahia, distrito Bate pé, 2013/2014.	50
Figura 5: Gráfico. Indica a proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental Vitória da Conquista/Bahia, distrito Bate pé, 2013/2014.	51
Figura 6: Gráfico Indicando a Proporção de escolares com tratamento dentário concluído. Vitória da Conquista/Bahia, distrito Bate pé, 2013/2014.	53

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS Agente(s) comunitário(s) de saúde
ASB Auxiliar em Saúde Bucal
ATM Articulação temporomandibular
ATF Aplicação tópica de flúor
CEO Centro de Especialidades Odontológicas CPO-D Índice de dentes careados, perdidos ou obturados
DST Doenças sexualmente transmissíveis
EaD Educação a distância
E.P.I. equipamento de proteção individual para a dentista
ESB Equipe de saúde bucal
ESF Estratégia de Saúde da Família
HIPERDIA Dia de atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes
PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)
PROVAB Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSE Programa de Saúde na Escola
NASF Núcleo de apoio à Saúde da Família
SAMU Serviço de atendimento móvel de urgência
SUS Sistema Único de Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde
UFPel Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1.	ANÁLISE SITUACIONAL.....	12
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	15
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional	22
2.	ANÁLISE ESTRATÉGICA	25
2.1	Justificativa.....	25
2.2	Objetivos	27
2.3	Metas	27
2.4	Metodologia.....	28
2.4.1	Detalhamento das ações.....	29
2.4.2	Indicadores	34
2.4.3	Logística	37
2.4.4	Cronograma	41
3	RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO	42
3.1	Quais ações previstas no projeto foram desenvolvidas; quais as facilidades e dificuldades encontradas e se as ações foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	42
3.2	Quais ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas e o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.	43
3.3	Quais foram as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.	44
3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e quais os aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.	44
4.	AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	46
4.1	Resultados	46
4.2	Discussão.....	56
4.3	Relatório da intervenção para gestores.....	59

4.4	Relatório da intervenção para comunidade.....	62
5.	REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM.....	65
	Bibliografia	67
	ANEXOS	68
	ANEXO A – FICHA ESPELHO	70
	ANEXO B – PLANILHA DE COLETA DE DADOS PARA A SAÚDE BUCAL EM ESCOLARES	71
	APÊNDICE	72
	Apêndice 1 – Figuras 01 e 02: Exames bucais com finalidade epidemiológica na Escola Eurípides Peri Rosa, próxima da sede.	73
	Apêndice 2 – Figuras 04, 05, 06 e 07: Palestra sobre saúde bucal e orientações nutricionais, juntamente com a nutricionista do NASF (Luana) para os responsáveis e educadores na Escola Pau Ferro	73
	Apêndice 3– Figuras 08, 09, 10 e 11: Palestra sobre saúde bucal e orientações nutricionais, para os responsáveis e educadores na Escola de Olho d’água dos Monteiros.	74
	Apêndice 4–Figuras 12, 13, 14 e 15: Evidenciador de placa bacteriana e escovações supervisionadas.....	75
	Apêndice 5 – Figuras 16, 17, 18 e 19: Sala de espera com atividades lúdicas sobre higiene bucal para colorir; atendimento odontológico.....	76

RESUMO

MELO, Marília Brito. **Qualificação da atenção em saúde bucal dos escolares de 06 aos 12 anos do distrito de Bate pé, Vitória da Conquista – BA.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O objetivo do presente trabalho foi melhorar a atenção em saúde bucal dos escolares, nas faixas etárias de 06 aos 12 anos de idade, matriculados nas escolas de um dos distritos do município de Vitória da Conquista – BA, Bate pé. A partir do planejamento de ações preventivas voltada para crianças, foi possível promover a ampliação da cobertura da atenção em saúde bucal de alguns desses alunos que frequentam três das quatro escolas do distrito, através da realização de exames bucais com finalidade epidemiológica em 155 escolares. Posteriormente, foi realizada a classificação de risco às doenças bucais de modo a garantir o princípio da equidade aos atendimentos odontológicos de primeiras consultas programadas até a conclusão do plano de tratamento, no qual 40% das crianças foram classificadas com alto risco. Com o intuito de melhorar a adesão ao tratamento, a partir da qualificação do atendimento odontológico prestado, com a atualização dos registros dos alunos na Unidade de Saúde da Família, foi possível realizar o atendimento a 46,8% dos alunos classificados com alto risco e 27,7% do total de alunos que fizeram parte do projeto de intervenção, sendo que 41,9% dos classificados como alto risco tiveram seus planos de tratamento concluídos. Por meio da abordagem de temas cotidianos e linguagem adequada, foram realizadas atividades educativas de prevenção em saúde bucal em busca de promover mudanças de atitudes e hábitos que antes poderiam representar risco à saúde dos escolares. Foram abordados temas envolvendo higiene pessoal (escovação de dentes após as principais refeições, lavagem das mãos antes da alimentação); orientações nutricionais e doenças bucais, sempre contando com o envolvimento dos educadores e familiares para solidificar o processo de aprendizagem das crianças e estimulando-as a levarem as questões aprendidas aos seus lares. Além de escovações dentais supervisionadas e aplicação tópica de flúor gel realizada em todos os escolares que fizeram parte das atividades de intervenção.

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

APRESENTAÇÃO

Neste volume será apresentado o trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade à distância (EaD), realizado pela Universidade Federal de Pelotas em convênio com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNA-SUS).

O volume está dividido em cinco tópicos. Conta também com a bibliografia utilizada no volume e anexos. Cada tópico constitui uma etapa da intervenção realizada ao longo dos 12 meses de curso, que teve por objetivo melhorar a atenção em saúde bucal dos escolares, nas faixas etárias de 06 aos 12 anos de idade, matriculados nas escolas de um dos distritos do município de Vitória da Conquista – BA, Bate pé.

Na primeira parte será descrita a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso, na qual se buscou fazer um levantamento sobre o funcionamento das ações/ programas desenvolvidos pela equipe de saúde, além da avaliação da estrutura física da unidade.

No segundo capítulo é apresentada a análise estratégica, desenvolvida ao longo da unidade 2, na qual foi decidida a área de atuação do projeto, seus objetivos, metas e cronograma das atividades a serem realizadas durante o período de intervenção.

Na terceira parte deste volume, está o relatório da intervenção desenvolvida ao longo de 16 semanas durante a unidade 3 do curso. O relatório inclui as ações previstas e desenvolvidas durante este período, as que não foram desenvolvidas, a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço.

A avaliação dos resultados dessa intervenção é descrita no quarto tópico, desenvolvido na unidade 4 do curso e conta com a discussão dos resultados alcançados demonstrados na forma de gráficos.

A última parte é constituída pela reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. E o fechamento do volume dá-se com a apresentação dos anexos e apêndices utilizados durante a realização do projeto de intervenção e do trabalho como um todo.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade de Saúde da Família em que trabalho (USF: Santo Antônio) localiza-se numa zona rural do município de Barra do Choça- BA (a 27 km de Vitória da Conquista- BA, cidade em que resido). A Equipe de Saúde é composta por: nove agentes comunitários de saúde; uma enfermeira (que é a coordenadora da equipe); estávamos com duas auxiliares de enfermagem, ficamos um período com apenas uma, porém a equipe voltará a ter duas; uma médica (inscrita no PROVAB/Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica); eu atuando como cirurgiã-dentista; uma auxiliar em saúde bucal; uma pessoa responsável pelos serviços gerais; um motorista; uma recepcionista. Tem apenas um ano que trabalho no município e nessa unidade.

A mesma está inserida no PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) em que já foi realizada a avaliação. Existe previsão de reforma em breve, porém ainda sem divulgação de datas (ainda não foi passado para a equipe o resultado dessa avaliação). Existem alguns problemas na estrutura física, pois o local não foi construído de acordo com o modelo preconizado como o de Estratégia de Saúde da Família, é bem perceptível que foi adaptado, pois é um local antigo. Em relação à infraestrutura, temos: na entrada, um local adaptado para recepção com uma mesa e um armário onde estão alguns prontuários; uma pequena sala onde são guardados os medicamentos e insumos em dois armários; temos um corredor com algumas cadeiras para a espera dos usuários, à esquerda deste temos uma sala de vacina, seguida do consultório odontológico; a sala de espera apresenta mais algumas cadeiras, uma mesa auxiliar para os dias de HIPERDIA (ação programática propriamente dita na qual há o dia de atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes), por exemplo, duas balanças (uma antropométrica e outra para bebês) e outro armário com materiais de escritório e toda papelaria utilizada pela equipe (receituários, fichas de prontuários, cartões da família, cartões de vacinas, etc.); uma sala de enfermagem e um consultório médico (ambos com macas); dois banheiros (uma para usuários e outro para os funcionários); uma pequena copa com uma pia, uma mesa e uma prateleira.

Enfrentamos alguns problemas na infraestrutura tais como: umidade nas paredes causando mofo; falta de ventilação e iluminação adequadas; falta de espaço na sala de espera (nos dias de hiperdia, por exemplo, as pessoas não ficam bem acomodadas); falta de espaço e equipamentos na copa (não dispomos de geladeira ou frigobar para acondicionar nosso almoço que temos que levar de casa, pois a prefeitura não disponibiliza almoço, assim como também não temos um fogão ou micro-ondas para esquentar a comida, além de o espaço ser muito pequeno); não há um local adequado para serem guardadas as medicações; não dispomos de sala de expurgo e de esterilização, nem de autoclave; televisão nem aparelho de DVD para sala de espera; não temos computador (nada é informatizado) nem telefone na unidade ou orelhão por perto (não temos sinal/ torre de telefone). No consultório odontológico, por exemplo, onde estou na maior parte do tempo, há muito mofo nas paredes, uma única janela pequena e um ventilador. A sala de curativos não tem janela nem outra entrada de ar além da porta, ou seja, escura e sem ventilação.

Três dias da semana os atendimentos médicos e de enfermagem são itinerantes. Num desses locais, chamado Ingazeira é realizado num espaço escolar (muito pequeno, em que a médica não tem como examinar os usuários porque não há maca. Onde ela fica é um espaço pequeno, com muita poeira e péssima iluminação). Em outro, chamado Muritiba, é feito dentro da casa do agente comunitário de saúde e, quando é necessário a médica examinar a pessoa, utiliza a cama como maca. Já no Boa vista, tem uma estrutura de unidade consultório médico, sala de enfermagem, sala de curativos e de vacina (sem geladeira), porém normalmente falta água (um problema enfrentado pelas pessoas desta comunidade). Os outros dois locais eu não conheço, pois ainda não os visitei, mas sei que é outra escola e na casa de outra agente de saúde. Quanto aos materiais e insumos, é muito comum faltarem, tais como: luvas; anestésicos; fio de sutura; gaze; medicamentos, dentre outros que nos deixa de mãos atadas. Uma das situações que me deixa mais incomodada é quando o usuário chega com necessidade de atendimento odontológico de urgência, sendo necessário intervir com determinado procedimento (sabendo que apenas a medicação não irá resolver totalmente o problema) e a única coisa que posso fazer é a prescrição medicamentosa por falta de materiais de consumo.

Apesar dessas dificuldades, o processo de trabalho da unidade flui bem. O agendamento do atendimento odontológico é feito a partir do acolhimento/triagem, que realizamos das áreas. Assim, buscamos dar prioridade aos que apresentam maior necessidade de atendimento. Na Unidade são realizados atendimentos de clínica geral de menor complexidade (urgências, cirurgia oral menor, restaurações, profilaxia, acesso endodôntico). As pessoas não costumam faltar às consultas. O Centro de Especialidades Odontológicas (C.E.O.), infelizmente foi fechado para “corte de gastos” do município e perdemos os atendimentos de contra referência de patologias, bucomaxilo e periodontia. Pelo menos foram mantidos os tratamentos endodônticos (exceto molares); radiografias; e atendimento aos usuários com necessidades especiais.

Na maioria das vezes temos escovas de dente para serem distribuídas nas atividades educativas realizadas nas escolas, nas salas de espera em que realizo palestras e aos que passam na primeira consulta (eles deixam essas escovas lá para as próximas consultas). Como nem sempre temos escovas disponíveis para todos, preconizamos que a pessoa leve sua escova para realizar a escovação antes do atendimento. O retorno do usuário é garantido dentro de pelo menos 15 dias, porém nem sempre é possível, pois muitas vezes nos esbarramos com a falta de materiais de consumo. Realizo atividades educativas voltadas para gestantes e orientação quanto ao aleitamento materno. O atendimento às mesmas é regular. Realizamos atividades educativas extramuros nas escolas como escovação supervisionada e aplicação de flúor, sendo que as escovações são realizadas com uma frequência média de 15 ou 30 dias (varia de acordo com o calendário e atividades escolares).

Na equipe que trabalho, existe um bom relacionamento entre todos os membros. Realizamos reuniões mensais, nas quais são discutidas algumas questões como os agendamentos de consultas e atividades educativas na comunidade e problemas das áreas assistidas que são levados pelos agentes comunitários de saúde. Sempre buscamos estratégias de soluções que estejam ao nosso alcance, caso contrário, comunicamos à secretaria de saúde do município. Nessas reuniões, aproveitamos o momento para comemorarmos os aniversários do mês (é um momento importante de interação entre os membros). Neste mês (abril), a enfermeira propôs uma reunião entre a comunidade de algumas áreas e a equipe. Achei a ideia ótima, porém não estarei presente, pois estou de férias das atividades

do município. Desde que iniciamos nosso trabalho na unidade (a enfermeira e eu), esta será a primeira, mas já estamos planejando repeti-la outras vezes com toda a equipe.

Contamos com o trabalho do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) em que são realizadas atividades como: visitas domiciliares junto com a fisioterapeuta; palestras sobre orientação nutricional tanto na unidade quanto nas escolas feita pelo nutricionista responsável; assistência da psicóloga e da assistente social; atividades físicas para os grupos risco com o educador físico. Porém, essas atividades não são tão regulares como desejamos e o grupo do NASF ainda não participaram das nossas reuniões (apesar de já termos discutido isso em reunião). Sinto falta da interação do grupo com as atividades da equipe. Eles participaram do PSE (Programa de Saúde na Escola) e realizaram atividades na mesma escola da nossa equipe, mas não conseguimos efetuar ações em conjunto. Até convidei o nutricionista para realizarmos o primeiro momento do PSE na escola junto aos responsáveis e mestre, mas não foi possível.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Vitória da Conquista é um município do Estado da Bahia que está localizado no Sudoeste, há 503 km da Capital do Estado (Salvador). Segundo dados do IBGE de 2013, a população estimada é de 336.987 mil habitantes, distribuída em população urbana com 274.739 habitantes e a zona rural com 32.127, sendo a terceira maior cidade da Bahia. Os distritos do município são: Bate-Pé, Cabeceira da Jiboia, Cercadinho, Dantelândia, Iguá, Inhobim, José Gonçalves, Pradoso, São João da Vitória, São Sebastião e Veredinha.

O Sistema Único de Saúde – SUS, é gerido pela secretaria de saúde do município que, desde 1998, vem buscando o cumprimento dos princípios constitucional baseados na universalidade, equidade, integralidade e participação social, promovendo atenção à saúde, enquanto direito de todos. O município disponibiliza à população desde Atenção Básica até assistência de média e alta complexidade. Atualmente, o sistema de saúde público de Vitória da Conquista se organiza da seguinte maneira, destacando alguns serviços de média e alta complexidade:

- Unidade Básica de Saúde (UBS): 38 ao todo, sendo 23 UBS com ESF (Estratégia de Saúde da Família) de assistência à zona urbana (com 13 equipes de saúde bucal) e 15 UBS localizadas na zona rural (com 15 equipes de saúde bucal); e 08 UBS tradicionais (com 08 equipes de saúde bucal). As equipes contam com a disponibilidade do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) I, II, III e IV, composto por educadores físicos, nutricionistas, assistente social, fisioterapeutas e psicólogos.
- Serviços hospitalares, totalizam 4: Esaú Matos, São Vicente, UNIMEC, Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC);
- 1 Centro de Especialidades odontológicas (CEO) tipo III, que é o serviço de referência para os usuários em tratamento odontológico nas UBS que necessitam de atendimento especializado.

Alguns exames complementares são disponibilizados pelo serviço, tais como: tomografia, ultrassonografia, radiografia, ECG (eletrocardiograma), entre outros. Os serviços atendem, não apenas à população do município, mas um número superior a 2 milhões de habitantes que residem em 76 municípios baianos e 12 cidade do estado de Minas Gerais adstritas de Vitória da Conquista, de acordo com dados da secretaria municipal de saúde. Um dado relevante a respeito do sistema de saúde é que o município foi escolhido pelo Ministério da Saúde para sediar no Brasil o controle de câncer na Atenção Básica.

Dentre os distritos supracitados está Bate pé, onde há uma USF com ESF na qual atua uma equipe de saúde composta por: um enfermeiro, uma dentista, uma auxiliar em saúde bucal, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, quinze agentes comunitários de saúde, uma agente de saúde rural, um auxiliar de manutenção predial, uma recepcionista. É nesta USF que atuo como cirurgiã dentista da estratégia da saúde da família há dois meses. Vale ressaltar que, quando iniciei o Curso de especialização, atuava em outra UBS, localizada numa zona rural do município de Barra do Choça. No entanto, fui convocada para trabalhar no município de Vitória da Conquista, no distrito de Bate pé.

Esta USF de Bate pé está inserida na Estratégia de Saúde da Família e está instalada num local em que funcionava uma “casa de parto” do distrito que foi desativada e, atualmente funciona a Unidade de Saúde. Por tanto, a estrutura física é bastante ampla, até com espaços que não são utilizados. Existem salas para os

consultórios (odontológico, médico e de enfermagem); sala de vacina; sala de curativo; sala de reuniões; recepção bastante ampla; sala para medicação etc. A estrutura física permite a acessibilidade e deslocamento de usuários com limitações físicas permanentes e temporárias. Apresenta iluminação adequada em todas as áreas, janelas que permitem a penetração da luz solar e ventilação natural. Quanto à estrutura física, não há limitações que possam interferir na boa execução do trabalho da equipe. Esta oferece assistência a uma população de, em média, três mil habitantes cadastrados e presta serviço 24 horas, com atendimento ambulatorial, demanda espontânea de urgência além do serviço de transporte/regulação de pessoas em emergência com a ambulância a serviço do SAMU (Serviço de atendimento móvel de urgência) a qualquer momento. Esta população apresenta um número de homens e mulheres bem distribuídos (aproximadamente, 1524 homens para 1587 mulheres) sendo a maioria composta por jovens e adultos e um número crescente de idosos maiores de 60 anos. Por tratar-se de uma região bastante populosa e apresentar localidades distantes umas das outras e da sede (são ao todo 15 microáreas com algumas subdivisões) torna a assistência, apenas por uma equipe de saúde, insatisfatória. Assim, alguns serviços prestados não são adequadamente realizados pelo grande número de usuários. Além disso, algumas microáreas são muito distantes da UBS, o que dificulta ainda mais o acesso dos usuários dessas regiões e que, normalmente são aqueles que necessitam de maior atenção e cuidado. Dessa forma, a assistência fica a desejar em algumas áreas, não sendo realizada como deveria e, conseqüentemente, apresenta insatisfação da população.

A rotina de atendimento da equipe segue da seguinte maneira: durante os períodos matutino e vespertino, damos assistência à população através dos serviços prestados como equipe de saúde da família. São eles: serviço de enfermagem – com atendimento aos idosos, gestantes (pré-natal e puerpério), puericultura (com imunização, peso, avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças até os 3 anos), saúde da mulher e consultas de planejamento familiar), entrega de medicações, aferição da pressão arterial, inalação, imunização da população em geral, realização de curativos, etc.; atendimento odontológico – com procedimentos de clínica geral (consultas, restaurações, periodontia simples, cirurgia oral menor), urgências odontológicas, escovações supervisionadas. Atualmente não contamos com o atendimento médico. Algumas atividades são realizadas pela equipe em

geral, tais como: atividades educativas de prevenção em saúde e atividades em grupo; visitas domiciliares; acolhimento aos usuários com a identificação das necessidades; reuniões de equipe para discutirmos sobre o andamento e avaliação das ações da equipe.

Contamos com o auxílio do NASF para o desenvolvimento de atividade de grupos, considerando aqueles de risco, no trabalho de prevenção de agravos, de acordo com os territórios. A partir da identificação feita pelos agentes comunitários de saúde, através da realização de visitas domiciliares, é possível planejar ações para serem desenvolvidas em determinados grupos e a realização de atendimento com psicóloga, nutricionista e educador físico. De modo geral, as atribuições de cada membro da equipe e as que são em comum a todos são praticamente todas contempladas, de acordo com a Portaria nº 2488/11 do Ministério da Saúde. Porém, a única atribuição que não foi observada na equipe é a participação do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, com a identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

A falta de assistência médica é considerada um problema, pois o número de usuários de demanda espontânea tem sido alto. Temos buscado resolutividade para algumas situações que podem ser sanadas na própria UBS (como atendimento de enfermagem, odontológico e procedimentos da área técnica de enfermagem), porém, por conta da ausência da assistência médica, nos deparamos com problemáticas como exemplo: hipertensos que, mesmo tomando a medicação, continuam com a pressão arterial descompensada (e assim, este fica impossibilitado de ser submetido a procedimentos odontológicos mais invasivos, mesmo que este seja de grande necessidade). Além disso, ainda não foi possível organizar a agenda garantido o retorno ao usuário com data e horário marcados, como uma das formas de estratégia de acolhimento. Justamente por conta do número de microáreas e grande número de pessoas que buscam o atendimento. Buscamos garantir ao usuário um acolhimento que ofereça escuta e conforto/resolução inicial ao usuário que chega querendo atendimento imediato sem estar agendado. Permitindo um elo entre o usuário e o profissional, assim como toda a equipe, em busca de um bem comum que é a diminuição do sofrimento a partir da melhor resolutividade clínica e a capacidade de cuidado da atenção primária.

Falando de maneira sucinta sobre os atendimentos prestados, inicia-se com as ações de atenção à saúde da criança que não estão estruturadas de forma

programática. Não são realizados ações programadas semanais de crescimento e desenvolvimento para crianças maiores de três anos, apenas para as de zero até três anos. Mas há o acompanhamento do enfermeiro que faz o atendimento de puericultura. O atendimento do pré-natal segue mais regular. Normalmente todas as gestantes das áreas estão cadastradas e recebem atenção e assistência (de enfermagem e odontologia). No geral, a assistência tem sido garantida. Infelizmente, o atendimento odontológico ainda não está suprindo a necessidade deste grupo. Porém, já faz parte do nosso cronograma atividades em grupo com orientações sobre as mudanças e alterações relacionadas ao período gestacional; nutricional e relação direta com a formação fetal; sobre a manutenção da saúde bucal; esclarecimento dos mitos relacionados à saúde bucal e gestação; aleitamento materno; higiene bucal, tanto da mãe quanto do bebê, e estamos buscando garantir a 1º consulta da gestante durante o pré-natal, a partir da organização da agenda, como já está acontecendo. As atividades coletivas estão sendo inseridas nas ações programadas da equipe e do NASF, garantindo: um apoio psicológico tanto da gestante quanto do marido e familiares envolvidos; maiores orientações nutricionais quanto os fatores de risco, por exemplo; orientação e incentivo às atividades físicas, muito importantes nesta fase em que o corpo da mulher passa por mudanças (como inchaços, retenção de líquido, ganho excessivo de peso). Mas ainda está em andamento.

Quanto ao atendimento de prevenção e controle do câncer de colo do útero e câncer de mama, são realizados os exames preventivos em mulheres em idade fértil, periodicamente, com orientação sobre prevenção de DST. Para o controle de câncer de mama, não há registros sobre tais ações. Porém, o município está inserido num projeto denominando: “um olhar para o câncer a partir da atenção primária” que busca preparar a atenção primária nas ações de prevenção e a partir do diagnóstico, garantir a de assistência ao usuário. Esse projeto piloto nos permitirá seguir o que é preconizado pelo Ministério da Saúde como plano global de ações: “Prevenir o que for prevenível; Curar o que for curável; Alívio da dor e melhorar a qualidade de vida; gestão para o sucesso.” A partir dessas ações, haverá mudanças no sentido de melhorar a prevenção do câncer, melhores esclarecimentos e divulgação de informações (aos usuários) e melhor assistência e resolutividade, principalmente para os casos de pessoas que recebem encaminhamento para alguns exames complementares (mamografia, por exemplo) que tem cotas limitadas

e assim, demoram em ser realizados e, conseqüentemente para obter o resultado e o retorno médico.

Atualmente não há o programa de Hiperdia na USF e a falta de médico limita a atuação da equipe diante dos usuários com hipertensão e/ou diabetes descompensadas e, no caso da odontologia, não pode ser efetuado procedimentos mais invasivos. A implantação do Hiperdia nas atividades da equipe melhoraria muito a cobertura. Os usuários teriam um melhor acompanhamento, não apenas aqueles que fazem uso da medicação, mas nos casos que dependem apenas das mudanças de hábitos (como alimentação, exercícios físicos, eliminação do tabagismo, redução/eliminação da bebida alcoólica) além de um melhor programa de prevenção, enfatizando tais pontos dos hábitos do cotidiano e principalmente a alimentação já que em alguns casos é cultural a inserção de alimentos carregados de sódio e gordura, aumentando a predisposição a doenças cardiovasculares. Além da necessidade de também focar nas alterações dos hábitos das crianças e adolescentes como medida preventiva. Com uma assistência de acordo com o programa, mesmo aqueles que moram em locais mais distantes de sede (nas localidades), teriam atendimento a partir do Hiperdia itinerante, sendo agendado de acordo o cronograma de atividades da equipe e das necessidades da população, efetuando a equidade. Além disso, tendo um agendamento do Hiperdia, facilitaria o atendimento integrado ao usuário a partir da interdisciplinaridade dos profissionais da equipe envolvidos no atendimento. Por conta dessas problemáticas, a assistência ainda não está adequada.

A atenção de saúde aos idosos poderia ter uma maior cobertura. O fato de sermos apenas uma equipe que cobre muitas microáreas prejudica a assistência. Além disso, a maioria delas é distante da Unidade de saúde o que torna difícil o acesso dos usuários, principalmente os idosos. Apesar de realizarmos visitas domiciliares e atendimentos itinerantes (de enfermagem) ainda assim não conseguimos proporcionar a assistência adequada a todos os idosos.

Quanto ao atendimento odontológico, são realizados diariamente de acordo com as áreas dos agentes de saúde. São atendidos idosos, crianças, adultos/jovens, adolescentes. Dentre esses, há sempre uma vaga reservada para gestante. Ainda há muito para se melhorar na assistência em relação à saúde bucal. O número da demanda reprimida ainda é bastante considerável por apresentar uma população grande, e não é compatível ao número de vagas que há disponibilidade para a

assistência. As ações coletivas de atenção e prevenção em saúde bucal estão sendo implantadas aos poucos com atividades voltadas para grupos específicos com palestras e distribuição de panfletos informativos. Isso inclui as atividades extramuros de escovação dental supervisionada, por exemplo.

Enfim, a USF de Bate pé apresenta um número grande de habitantes e a assistência é realizada apenas por uma equipe que não conta com o atendimento médico, e ainda está sem previsão de contratação deste profissional. A falta de assistência médica torna-se uma limitação para garantir uma assistência adequada e necessária ao usuário. Além disso, falta um pouco mais do envolvimento de todos os membros da equipe no planejamento e desenvolvimento de ações preventivas de grupo, com a sensibilização da população quanto à importância da atenção básica como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. A pouca interação entre os membros da equipe com relação aos objetivos que devem ser comuns (como um atendimento mais humanizado e de melhor qualidade), interfere diretamente no processo de trabalho e reflete nos resultados e dados. Isso vale para a maioria dos programas (senão todos) preconizados para a Estratégia de Saúde da Família. Porém, são notórias as mudanças em pequenas ações como a implantação de atividades educativas em grupo e salas de espera, que foram sugeridas na reunião de equipe. Com maiores informações e conhecimento, foi possível perceber melhor a rotina da equipe e, comparando ao primeiro relatório com a análise atual, este apresenta mais detalhes sobre os programas de ações em saúde e como estes fluem na USF, mais esclarecimento quanto às atribuições dos membros da equipe, maior relevância nas programações e planejamentos para obter bons índices e, conseqüentemente, resultados satisfatórios ao proporcionar uma assistência adequada à população. Aos poucos, estamos galgando melhoras nas ações da equipe.

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

No início do curso, eu trabalhava em uma Unidade de Saúde da Família localizada na zona rural de outro município, na Barra do Choça –Ba. Lá apresentava uma estrutura bem diferente da Unidade de Saúde da Família de Bate pé, na qual estou fazendo parte da equipe de saúde bucal atualmente. Em Bate pé existe uma boa estrutura física que garante certo conforto às pessoas por ser um local com boa luminosidade, bastante arejado e permite a acessibilidade e deslocamento de usuários com limitações físicas permanentes e temporárias. Por tratar-se de uma região bastante populosa, é notório que a disponibilidade de ambulância transmite mais segurança à população que vive em Bate pé, pois o distrito fica muito distante do município, isto implica estar longe de hospitais em casos de urgências e emergências. O número de microáreas e de ACS de Bate pé foi reduzido, com o andamento da intervenção, o que ajudou bastante na melhora da assistência aos usuários. Houve uma nova territorialização e cinco agentes comunitários (e suas respectivas microáreas) de microáreas mais distantes da sede, passaram a fazer parte de uma nova Unidade de Saúde da Família e uma nova equipe. Assim, garantiu-se melhor acesso à Unidade de Saúde o que representa um ponto positivo na assistência.

A princípio, a população de Bate pé não contava com o atendimento médico na USF, o que significava uma sobrecarga ao enfermeiro que, no fim, não conseguia realizar suas atividades como seria necessário, já que também precisa dar assistência aos usuários que seriam encaminhados ao médico. Com a contratação temporária de alguns médicos durante esse período (uma médica que ficou alguns meses e depois outra que ficou apenas um mês e meio), foi possível a realização do cronograma de ações de acordo com os programas (como saúde da mulher, saúde da criança com o crescimento e desenvolvimento, entre outros) regularizando melhor o atendimento, inclusive com o acompanhamento das crianças maiores de 03 anos que antes não estava sendo possível. Quanto ao atendimento odontológico, a princípio a agenda estava um pouco confusa, pois a equipe estava habituada com a maneira como a outra dentista trabalhava. Mas, com o andamento do trabalho, passei a me adaptar melhor com os horários (já que chegamos à Unidade 10h00min

da manhã para darmos início às atividades) dos atendimentos e regularizamos a agenda inserimos ao cronograma mensal o pré-natal odontológico, atividades coletivas nas escolas além de atividades coletivas com interação dos demais membros da equipe com temas predeterminados nas reuniões de equipe. Ainda não foi possível realizar os acolhimentos/triagem com os usuários de Bate pé, pois a população é grande (mas, ainda assim está havendo um planejamento para sua realização); e as consultas de retorno dos usuários são muito espaçadas e não há como agendar data e horários marcados, como uma das formas de estratégia de acolhimento, em alguns casos demorando muito mais que 30 dias. Quanto a esses pontos citados, não houve mudanças comparando ao período da análise situacional. Quanto a equipe, ainda não há uma boa interação entre os membros. O pouco envolvimento dos membros da equipe interfere diretamente nos planejamentos e desenvolvimento de ações preventivas de grupo além do processo de trabalho, já que não há objetivos em comuns como atendimento humanizado e de melhor qualidade. No entanto, é possível perceber mudanças positivas quando se tratando de planejamento para a efetivação do projeto e das atividades de rotina na Unidade. Quanto ao meu processo de trabalho, foi muito positivo, pois, passei a me envolver mais com as questões da equipe de modo geral. Antes eu ficava mais limitada ao que se tratava apenas da parte de odontologia, não me envolvendo muito com as outras áreas como de enfermagem, atendimento médico e demais serviços que são prestados aos usuários na Unidade. Sempre teve a preocupação em acolher o usuário que chega à unidade em busca do atendimento, mas era meio “intuitivo” não era por comprometimento com meu papel de membro da equipe. Passei a me responsabilizar mais na resolutividade de todas as questões na equipe, seja relacionada diretamente ao atendimento ao usuário como também na organização do processo de trabalho da Unidade. Assim como os demais membros da equipe também passaram a ter mais comprometimento com as programações como as nossas reuniões; as do Conselho Local de Saúde; grupos de ações coletivas; campanhas (entre outros) com mais organização e planejamento das ações, discutindo o processo de trabalho em busca de melhorias. As reuniões mensais de equipe, por exemplo, alguns agentes comunitários comentaram que eram um pouco desorganizadas e sem pontos de pauta. Este foi um dos pontos positivos observados, já que a reunião é um momento fundamental para as discussões não só da organização do processo de trabalho da nossa equipe como também das

situações das famílias das áreas de abrangência. Quanto às atividades nas escolas, sempre gostei de realiza-las, mesmo antes de passar a compor a equipe de Bate pé. Porém, não havia regularidade de tempo de visitas às escolas para a realização das escovações e aplicações tópica de flúor.

Com relação à cobrança aos gestores para obtermos apoio na realização do projeto, será possível após o envio de ofício para esclarecer sobre os objetivos das atividades de intervenção a serem realizadas assim como o apoio da comunidade através das reuniões do Conselho Local de Saúde.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

A saúde bucal está diretamente relacionada às condições socioeconômicas e culturais da população, a alimentação, ao acesso a informações e aos serviços de saúde, desta maneira a promoção da saúde bucal é de suma importância para a qualidade de vida de todas as pessoas.

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Ministério da Saúde, 2004), o conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República, aborda a mudança dos serviços de saúde que deixou de ser assistencialista centrado na doença, e passou a representar um modelo de atenção integrado, com a incorporação de ações de promoção e proteção, associado aos serviços de recuperação. Para a melhor identificação dos principais grupos a serem desenvolvidas as ações prioritariamente, é necessário identificar as características do perfil epidemiológico da população, seus hábitos, estilo de vida e suas necessidades de saúde. De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (SB Brasil, 2010) a utilização da epidemiologia e as informações sobre o território, subsidia o planejamento; centra a atuação da vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos dados, riscos e determinantes do processo saúde-doença. Por esta razão, a necessidade da manutenção da realização dos exames bucais com finalidade epidemiológica nas escolas do distrito de Bate pé, para o planejamento das ações a serem desenvolvidas, através da identificação dos indivíduos em situação de vulnerabilidade e para o diagnóstico das condições de desenvolvimento de problemas de saúde bucal desses escolares.

A realização das atividades de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor gel realizadas nas escolas com o auxílio dos ACS são atividades de prevenção dos agravos ou instalação da cárie dental e servem como instrumento eficaz e seguro que garantem o controle continuado/desorganização da placa bacteriana. A cárie e a doença periodontal são patologias que acometem as estruturas da cavidade bucal, sendo a cárie a mais comum em crianças. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2012), a cárie dentária é a doença crônica mais comum em crianças de 5 a 17 anos de idade, sendo que

medidas simples como a higiene bucal adequada pode evitá-la. Assim como seus agravos como a perda dentária que acarreta em má oclusões e interfere direta na estética. A cárie, além de poder causar dor, pode afetar o desempenho escolar e social, com grande impacto na qualidade de vida.

De acordo com alguns trabalhos (como o de Costa et. al, 2013), apontam, aos 12 anos, um aumento das crianças livres de cárie, no Brasil, que passou de 3,1%, em 1986 para 31% em 2003, alcançando 44% em 2010, dado considerado favorável. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil, 2010), cujo indicador utilizado internacionalmente é o CPO aos 12 anos (que reflete o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente), aponta que o CPO, na pesquisa de 2010, ficou em 2,07, correspondendo a uma redução de 26,2% em 7 anos no país. Quanto aos escolares de Bate pé, eles têm acesso ao atendimento odontológico, porém não há o controle da regularidade de primeiras consultas, retornos e conclusão do tratamento. Estudos nessa área (PeNSE, 2012) revelam que indivíduos mais jovens costumam relatar maior frequência de visitas ao dentista e de higiene bucal. Os alunos que frequentam as escolas mais distantes da Unidade de Saúde da Família são aqueles que apresentam mais históricos de odontalgias, presença de cárie e manchas brancas ativas. Apesar da realização de escovações dentárias supervisionadas associadas às aplicações tópicas de flúor gel em ambiente escolar, também não ocorria com regularidade.

É importante apontar que o conhecimento em relação aos fatores responsáveis pelo processo de início e progressão de doenças relacionadas à estagnação da placa bacteriana tem valorizado a implementação de programas educativos, aplicados prioritariamente a grupos de maior risco ao desenvolvimento das mesmas (Meneghim et al., 2014). Embora exista a veiculação de informações pela mídia, normalmente não há uma sensibilização desta população para a manutenção do autocuidado. Considerando uma odontologia voltada para a promoção de saúde, a educação desempenha um papel fundamental no sucesso de qualquer programa odontológico. Programas educativos em saúde bucal, apesar de não impedirem completamente o aparecimento de doenças bucais, tem seu papel positivo na redução e paralisação de processos infecciosos (Meneghim et al., 2014).

As quatro escolas das áreas de abrangência da Equipe de Saúde de Bate pé recebiam escovas e dentifrícios de acordo com o número de escolares que frequentavam as escolas. No entanto, os registros estavam desatualizados e, por

conta disso, não havia a regularidade do monitoramento, assim como também eram realizadas as aplicações tópicas de flúor gel. Essas ações eram realizadas apenas pelos agentes comunitários de saúde. E, segundo relatos dos mesmos, raramente aconteciam ações coletivas de educação em saúde no ambiente escolar com a presença da dentista ou outro profissional da equipe. As visitas mais comuns eram as dos ACS. Talvez tenha sido este um dos motivos da resistência dos demais membros da equipe para a implementação dessas ações no cronograma e até mesmo, a dificuldade da adesão deles às ações. Outro motivo relevante é a frequente falta de água nas escolas e por não existir escovôcromo, o que torna um fator limitante considerável.

Esses são motivos que justificam a relevância das ações em prevenção nas escolas, com o objetivo de atingir escolares nas faixas etárias que estão na fase do aprendizado, incluindo os cuidados com a saúde.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde bucal de escolares na comunidade Bate pé, Vitória da conquista, Bahia.

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 os registros das informações;
5. Promover a saúde bucal dos escolares.

2.3 Metas

Relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares.

1.1 Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 75% em 4 meses, para 85% em 6 meses e 100% em 12 meses, dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.

1.2 Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 75% em 4 meses, para 85% em 6 meses e 100% em 12 meses dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

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

Relativa ao objetivo 2: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

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

Relativa ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares.

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

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

3.3 Concluir o tratamento dentário em 50% em 4 meses, para 75% em 6 meses e 100% entre 8 até 12 meses (em média) dos escolares com primeira consulta odontológica.

Relativa ao objetivo 4: Melhorar registro das informações.

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

Relativa ao objetivo 5: Promover a saúde bucal dos escolares

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

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

5.3 Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

2.4 Metodologia

2.4.1 Detalhamento das ações

Com a preocupação em manter as atividades programáticas propostas pelo projeto, estipulou-se um período de 4, 6 e 12 meses apenas para fins de continuidade pensando-se em médio e longo prazo para a intervenção, o que não significa dizer que as metas pactuadas foram para esse período, mas sim para um cronograma de 4 meses de ações. Para contemplar o desenvolvimento da meta: ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 75% dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência; no eixo qualificação da prática clínica será realizada a capacitação com ACS e ASB para a efetivação destas atividades que irão garantir a ampliação do acesso ao atendimento odontológico estabelecendo prioridade aos escolares de seis a doze anos de idade das escolas das áreas de abrangência a partir das ações coletivas de exame bucal com finalidade epidemiológica.

No eixo organização e gestão do serviço será realizado, antes do início da intervenção, contato com os diretores responsáveis pelas quatro escolas que definimos em que haverá as atividades de intervenção através de ofícios elaborados para este fim que serão entregues pelos agentes comunitários de saúde assim como a afirmação ou não da participação da escola no projeto. A organização da agenda da equipe de saúde bucal para a realização dos exames bucais com finalidade epidemiológica será a partir da inserção destas atividades no cronograma da equipe pelo menos a cada duas semanas.

Quanto ao eixo monitoramento e avaliação, será feito a partir análise do número de escolas das áreas de abrangência e dos escolares que às frequenta nas faixas etárias de seis aos doze anos de idade. Este monitoramento será feito pela cirurgiã-dentista e discutido com os ACS das áreas correspondentes. Após a realização dos exames bucais com finalidade epidemiológica o preenchimento das fichas (Anexo A) que servirão de instrumento também será avaliado pela própria cirurgiã-dentista. Assim como o monitoramento da situação de risco dos escolares para doenças bucais também será feita pela cirurgiã-dentista. A partir da avaliação dos resultados do levantamento com finalidade epidemiológica, serão priorizados os atendimentos odontológicos dos escolares com maiores índices de problemas em saúde bucal. Serão classificados com maior risco a doenças bucais os escolares

com odontalgia (recorrente ou constante); abscessos/ fístulas intrabucais; alto índice de cárie; presença de muita placa bacteriana e doenças no periodonto etc.

No eixo engajamento público, a cirurgiã-dentista buscará informar e sensibilizar a comunidade, a partir de uma breve apresentação dos objetivos do projeto, sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde, a partir das reuniões do conselho local de saúde – que acontecem uma vez ao mês, e através dos ACS, em suas visitas domiciliares. Sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades, a partir de ofícios informativos que serão levados aos diretores para esclarecimento da intenção das ações.

Para as metas: ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde e realizar primeira consulta odontológica dos escolares classificados como alto risco para doenças bucais, uma síntese do projeto e ofícios serão elaborados pela cirurgiã-dentista e enviados aos gestores antes de serem iniciadas as atividades de intervenção com o intuito de solicitar apoio, incluindo a necessidade de transporte para o deslocamento dos escolares das áreas mais distantes da Unidade de Saúde. Além de manter junto ao gestor a oferta regular de serviços diagnósticos (como radiografias periapicais, por exemplo, que já são realizadas com regularidade). A solicitação da resposta estará contida nos ofícios, podendo ser feita pessoalmente, através de e-mail ou comunicação interna. Após uma triagem dos exames, serão priorizados os escolares que apresentarem maior risco de doenças bucais no agendamento das primeiras consultas odontológicas – ambas as atividades corresponderão ao eixo de organização e gestão do serviço. Serão elaborados convites aos responsáveis, solicitando a permissão/liberação dos escolares ao atendimento odontológico. Os ASC(s) serão comunicados e levarão às casas destes a solicitação da presença dos escolares à consulta.

No eixo de monitoramento e avaliação, será realizado o monitoramento do número de escolares moradores da área de abrangência que passarão pelas primeiras consultas odontológicas será realizado pela cirurgiã-dentista, após análise e avaliação dos resultados dos exames bucais com finalidade epidemiológica. Para melhor controle e monitoramento dessas atividades (principalmente as primeiras consultas odontológicas programáticas) serão utilizadas fichas espelhos e planilhas

de coletas de dados, nas quais haverá dados pessoais dos escolares, condições atualizadas da higiene bucal assim como da sua saúde bucal.

O eixo engajamento público será para esclarecer a comunidade, durante salas de esperas ou nas reuniões do conselho local, sobre a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos dos escolares, principalmente aos classificados como alto risco à doença bucal. Estes alunos serão acolhidos na USF pela equipe de saúde, em especial a equipe de saúde bucal que fará agendamento para a realização do tratamento clínico odontológico (esta atividade corresponderá ao eixo qualificação da prática clínica). A meta realizar busca ativa dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos ao tratamento odontológico através das visitas domiciliares efetuadas pelos ACS. A ASB e a recepcionista serão capacitadas pela cirurgiã-dentista antes de serem iniciados os atendimentos odontológicos (primeiras consultas programadas) para detectarem os escolares faltosos às consultas odontológicas e organizar a agenda de modo que garanta o acolhimento destes. A partir daí, será solicitado ao ACS que realize a visita domiciliar destes usuários com intuito de saber a justificativa da ausência. Estas ações estão referentes aos eixos de organização e gestão do serviço; qualificação da prática clínica.

O eixo monitoramento e avaliação será desenvolvido através do monitoramento da periodicidade das consultas dos faltosos que será efetuado a partir da checagem dos retornos das consultas programados com a utilização de fichas espelhos elaboradas para o programa. Já o monitoramento das buscas será feito pela cirurgiã-dentista, contando com a colaboração do enfermeiro. A divulgação da importância da atenção em saúde bucal aos escolares será realizada nas reuniões do conselho de local de saúde e com o auxílio dos ACS (corresponde ao eixo de engajamento público). Assim como acatar possíveis propostas da população para a melhora do acesso ao atendimento.

Para o desenvolvimento das metas: realizar escovação supervisionada com creme dental e aplicação tópica de gel fluoretado com escova dental em escolares de alto risco para doenças bucais, serão realizadas atividades nas escolas, assim, será dada continuidade das ações com o auxílio dos ACS(s) na modalidade indireta e, nos casos de maior necessidade de sensibilização, na modalidade direta com uso de evidenciador de placa bacteriana. Corresponde ao eixo de organização e gestão dos serviços as seguintes ações: planejamento da necessidade de materiais

de higiene bucal (creme dental e escovas de dente) para a realização das atividades. E assim, garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.

A solicitação será feita a partir do número de escolares que participarão das atividades. Esta estará inclusa na síntese do projeto que será enviado aos gestores; a estimativa do número de turnos necessários para atingir a meta. Será feita através dos planos de tratamento dos escolares que passarão pelas primeiras consultas odontológicas programáticas e principalmente aqueles classificados de alto risco; a pactuação com as escolas onde serão realizadas as atividades sobre horários da execução que será feita a partir da concordância dos diretores e responsáveis através dos ofícios (às escolas) e as cartas convites (aos responsáveis); e a elaboração das listas de frequência para o monitoramento do número de escovação e aplicações tópicas de flúor. Para isso, será usada fichas já existentes na Unidade da Saúde. O monitoramento da média de ações coletivas de escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor feitas nos escolares será realizado pela cirurgiã-dentista, com a colaboração do enfermeiro que solicitará dos ACS a ficha de controle das escovações e A.T.F. Este monitoramento e avaliação serão feitos a partir da análise das fichas que já são utilizadas na rotina da Unidade e corresponde ao eixo de monitoramento e avaliação das ações. Este monitoramento, provavelmente será feito uma vez por mês durante os turnos da produtividade. Já o eixo de engajamento público será para informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde através das visitas domiciliares dos ACS. Sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instalação de rotinas de escovação dental e aplicação tópica de flúor nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde, a partir de reuniões junto com a cirurgiã-dentista com a utilização de Datashow estas ações serão discutidas com a equipe de saúde durante as reuniões (eixo de qualificação da prática clínica).

Para atingir a meta: concluir o tratamento dentário em 50% dos escolares com primeira consulta odontológica. Ao garantir a consulta de retorno aos escolares a partir da organização da agenda, através do agendamento das próximas consultas será possível realizar a conclusão do tratamento odontológico daqueles classificados como de alto risco às doenças bucais. O monitoramento da conclusão do tratamento dentário será realizado pela cirurgiã-dentista e a ASB a partir do acompanhamento

do livro de procedimentos e das fichas espelhos na qual haverá o plano de tratamento clínico. (eixo de monitoramento e avaliação das ações). Será necessário esclarecer a comunidade quanto à importância do agendamento dos retornos dos escolares classificados como alto risco para garantir a conclusão do tratamento programado. Com a ajuda dos ACS - através das visitas domiciliares – e durante as reuniões do conselho local de saúde, será possível este esclarecimento (eixo de qualificação da prática clínica).

Para as metas do objetivo promoção a saúde bucal dos escolares, como fornecer orientações nutricionais; informações e orientações sobre higiene bucal e agravos da cárie dentária, serão desenvolvidas ações com a finalidade de incentivar o autocuidado dos escolares, a partir de atividades educativas de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Com a organização da agenda de atendimento, será possível efetuar atividades educativas em grupo que será realizada de acordo com as turmas, por classe escolar com duração média de 30 minutos, no mínimo e serão feitas pelo menos duas atividades por turma (uma no início das atividades, para a sensibilização e outra após o início das intervenções clínicas. Para isso, será necessário: identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas, que será feita pela cirurgiã-dentista, ouvindo e acatando as sugestões dos professores responsáveis; organizar todo material necessário para essas atividades; organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades a partir das planilhas de coleta de dados (todas as ações supracitadas correspondem aos eixos de organização e gestão do serviço). O monitoramento das atividades educativas coletivas será realizado pela cirurgiã-dentista (eixo de monitoramento e avaliação). Será realizada capacitação com os ACS(s) para que possam manter as atividades educativas nas casas dos escolares, durante as visitas domiciliares das suas áreas de abrangência (eixo de qualificação da prática clínica). O eixo engajamento público será efetuado com a divulgação da potencialidade das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar a partir das reuniões do conselho local e com ajuda dos professores que representação multiplicadores, assim como os escolares que estiverem participando das atividades. Promover a participação de membros da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares. Promover a participação de membros da comunidade e da escola na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares com a ajuda dos professores e dos ACS a

partir de caixa de sugestões que estarão presentes no consultório odontológico. A meta que corresponde ao registro atualizado em planilha e prontuário será feito pela cirurgiã-dentista e pela ASB com o preenchimento adequado sempre após finalização dos atendimentos odontológicos dos escolares agendados para o dia.

2.4.2 Indicadores

Relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares

Meta: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 75% em 4 meses, para 85% em 6 meses e 100% em 12 meses, dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.

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

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

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

Meta: Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 75% em 4 meses, para 85% em 6 meses e 100% em 12 meses dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de escolares, moradores da área de abrangência que realizarão primeiras consultas odontológicas.

Denominador: Número de escolares moradores da área de abrangência.

Meta: Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares, em 4 meses, da área classificados como alto risco para doenças bucais.

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

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

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

Relativa ao objetivo 2: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal

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

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

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

Denominador: Número de escolares da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde e faltosos na consulta odontológica.

Relativa ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares.

Meta: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares, em 4 meses.

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

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

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

Meta: Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais, em 4 meses

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

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

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

Meta: Concluir o tratamento dentário em 50% em 4 meses, para 75% em 6 meses e 100% entre 8 até 12 meses (em média) dos escolares com primeira consulta odontológica.

Indicador: Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

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

Denominador: Número total de crianças de 6 a 12 anos da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Relativa ao objetivo 4. Melhorar registro das informações

Meta: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área, 4 meses

Indicador: Proporção de escolares com registro atualizado.

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

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

Relativa ao objetivo 5. Promover a saúde bucal dos escolares

Meta: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares, em 4 meses.

Indicador: Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal.

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

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

Meta: Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças, em 4 meses

Indicador: Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.

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

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

Meta: Fornecer orientações nutricionais para 100% em 4 meses das crianças.

Indicador: Proporção de escolares com orientações nutricionais.

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

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

2.4.3 Logística

O projeto será realizado com foco na assistência em saúde bucal dos escolares da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família: Bate-pé. Inicialmente, será realizado um levantamento do número de escolas das áreas de abrangência e, em seguida, o número de escolares nas faixas etárias de 06 aos 12 anos, que é o foco do projeto. Em seguida, serão realizadas visitas às escolas inseridas no projeto, juntamente com o ACS da área em que se localizam as escolas.

De acordo com as informações passadas informalmente pelo ACS, o número total de escolares na faixa etária de 06 aos 12 anos de algumas áreas de abrangência é de 233. Sendo que este número é ainda maior, considerando a população do distrito. Para a realização das intervenções no período de quatro meses, a meta será realizar primeiras consultas odontológicas programáticas em aproximadamente 130 escolares frequentadores de quatro escolas do distrito, buscando alcançar a conclusão do tratamento programado de, pelo menos 52 dos classificados como alto risco.

Deseja-se que 100% dos escolares que frequentam as quatro escolas que receberão a proposta do projeto, sejam acompanhadas através da atenção integral da equipe. Como este projeto representará a inserção de melhora da qualidade do acesso dos escolares ao atendimento odontológico, almeja-se dar continuidade às atividades de intervenção com o objetivo de atingir todos os escolares do distrito, nesta faixa etária, mesmo após a conclusão do trabalho.

Os exames bucais com finalidade epidemiológica serão realizados antes das intervenções clínicas; em ambiente escolar onde haja iluminação solar (luz natural), pelo examinador – que será a cirurgiã-dentista, com a utilização de luvas descartáveis, abaixadores de língua de madeira, E.P.I. (equipamento de proteção individual para a dentista) e fichas nas quais serão preenchidos dados pessoais de identificação do aluno (nome, idade) e os CPO-d para a classificação de risco de cárie e doença periodontal. Estes instrumentos já existem na USF e já são utilizados pela secretaria de saúde do município e são disponibilizados normalmente mediante solicitação por escrito nos pedidos mensais ao almoxarifado. O principal objetivo será, após a realização dos exames bucais com finalidade epidemiológica nos escolares, e avaliação com classificação de risco, prioriza-los no atendimento

odontológico, garantindo o agendamento das primeiras consultas odontológicas e a conclusão do tratamento planejado.

Para a realização deste projeto, será utilizado o “Manual de instruções: Epidemiológico Básico de Saúde Bucal”; 4ª ed. de 1997 da OMS, além do “Caderno de Atenção básica: Saúde dos escolares” do Ministério da Saúde de 2009. Este Manual ainda não foi solicitado aos gestores. Porém, será pedido pelo menos um para servir como material de apoio para a equipe.

Inicialmente, a cirurgiã-dentista estará responsável pela elaboração de um ofício de esclarecimento sobre o projeto e as atividades que serão realizadas nas escolas. Nas visitas às escolas, antes de serem iniciadas as atividades de intervenção, serão levados à direção solicitando a autorização para a execução dos exames bucais com finalidade epidemiológica. Posteriormente, serão solicitadas as listas com os nomes dos alunos de cada turma das escolas envolvidas que participarão do projeto.

Será definida a agenda de realização dos exames, a partir da melhor data tanto para escola quanto para as atividades da equipe de saúde bucal, o turno e período de aula para serem efetuadas as ações. A partir de então, serão programados os dias das próximas visitas nas quais serão realizados ações educativas de orientação em saúde bucal (prevenção da cárie e orientações sobre alimentação saudável); exames bucais com finalidade epidemiológica nos escolares nas faixas etárias de seis aos doze anos de idade; escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor.

Antes de ocorrerem estas ações serão agendadas reuniões com educadores e responsáveis para esclarecimento do projeto e em busca de apoio destes para a manutenção de hábitos saudáveis. Serão convidados a fazerem parte do projeto os profissionais do NASF (nutricionista, psicóloga, educador físico) como apoiadores e colaboradores. Assim, está sendo planejado que em pelo menos algumas dessas reuniões possamos contar com a presença dos mesmos. Será utilizado apenas o Datashow e esta reunião será breve, com uma duração média de 30 minutos. Os responsáveis receberão as solicitações de liberação para atividades com os escolares que envolva exame clínico e aplicação de flúor. Antes dos exames, a cirurgiã-dentista realizará uma palestra em saúde bucal (breve com duração de no máximo 15 minutos) e orientações, nas escolas, com a utilização de materiais lúdicos, macromodelos, evidenciadores de placa bacteriana e, quando disponíveis, o

datashow e posteriormente, os escolares farão as escovações supervisionadas, seguido os exames bucais com finalidade epidemiológica.

Após avaliação e classificação de risco dos escolares que participaram da ação, será programado o agendamento das primeiras consultas odontológicas daqueles considerados de alto risco. A avaliação de risco para doenças bucais será realizada após a análise das fichas preenchidas durante os exames bucais com finalidade epidemiológica. Serão avaliados a presença: de placa bacteriana; de mancha branca; de lesão de cárie crônica ou ativa; sangramento gengival; dor/ abscesso entre outros sinais que possam representar risco para doenças bucais. Nos casos dos escolares que apresentarem um ou mais dos sinais citados será classificado como alto risco para doenças bucais e deverá ser priorizado no agendamento das primeiras consultas odontológicas. Participarão desta etapa do projeto: agentes comunitários de saúde; auxiliar de saúde bucal; dentista; educadores. Para a realização dos exames com finalidade epidemiológica, será realizada uma capacitação com os ACS e a ASB, na qual será utilizado o “Manual de instruções: Epidemiológico Básico de Saúde Bucal” para que os mesmos estejam preparados para a realização desta ação com as seguintes funções: monitores e anotadores respectivamente. Esta capacitação deverá ser realizada antes da intervenção. As reuniões que serão realizadas nas escolas pela cirurgiã-dentista e a nutricionista do NASF servirão como capacitação aos educadores para promover a melhora dos padrões de saúde, garantindo melhor orientação na segurança alimentar nutricional e saúde bucal tornando-os mais sensibilizados quanto ao papel do professor e da escola enquanto transformadores da realidade.

Será solicitado aos gestores um transporte para garantir o deslocamento dos escolares que moram nas regiões mais distantes. Caso não seja possível, será necessário planejar outra forma de garantir o acesso deste ao tratamento, já que a unidade móvel de atendimento encontra-se com problemas e não está sendo utilizada pelo município. O monitoramento dos escolares que serão atendidos será realizado a partir do livro de registros de retorno e da ficha que será elaborada para o projeto (fichas espelhos que serão impressas e preenchidas manualmente. Já as planilhas de coleta de dados, serão em formato eletrônico) Este monitoramento será feito pela dentista e ASB. Nos casos dos faltosos, será solicitado ao ACS que realize uma visita domiciliar a família da criança para informar-se da justificativa reafirmar a

necessidade da manutenção até a finalização do tratamento. Neste monitoramento será feito com o auxílio do enfermeiro.

Os indicadores quantitativos e qualitativos serão: o número de escolares de seis aos doze anos de idade de algumas escolas da área de abrangência matriculados que participarão do exame bucal com finalidade epidemiológica e que participarão das atividades coletivas de educação e orientação em saúde bucal igual ao número de escolares de alto risco que passarem pela primeira consulta odontológica, assim como o número de escolares que farão escovação supervisionada com creme dental e aplicação tópica de flúor igual ao número de escolares frequentadores das escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde; proporção de escolares com tratamento dental concluído. A melhoria na qualidade do atendimento odontológico e a garantia do acesso desses escolares ajudará no progresso do nível de percepção do autocuidado dessas crianças em fase de desenvolvimento psicossocial e intelectual através inserção de práticas de hábitos de higiene bucal corretas e de alimentação adequada. Tais ações serão avaliadas pela Equipe de Saúde Bucal da USF.

2.4.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Avaliação e discussão com a equipe sobre o andamento dos trabalhos			■			■					■			■
Enviar solicitações de autorização aos responsáveis para a participação dos escolares nas atividades programadas	■	■	■											
Enviar solicitações de autorização aos responsáveis para a participação dos escolares nas atividades programadas, além de convites para os responsáveis participarem da reunião (na escola) sobre o projeto	■	■	■		■									
Realização de reunião com pais e educadores sobre o projeto: melhorar a saúde bucal dos escolares, juntamente com a nutricionista	■	■	■	■										
Realização de atividades em grupo com os escolares; escovação supervisionada; exame clínico com finalidade epidemiológica; aplicação tópica de flúor	■	■	■	■										
Enviar solicitações de autorização aos responsáveis para o encaminhamento dos escolares de alto risco para a primeira consulta odontológica						■	■							
consultas odontológicas e monitorar os escolares faltosos a partir das visitas domiciliares									■	■	■	■	■	■
Consultas odontológicas seguindo o plano de tratamento programado e dar continuidade ao tratamento até sua conclusão									■	■	■	■	■	■
Monitoramento da intervenção									■	■	■	■	■	■

3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

Durante o andamento do projeto de intervenção, foram verificadas diversas situações. Algumas delas serviram de motivação para a continuidade das atividades; outras representaram limitações e refletiram nos resultados finais que não foram os esperados quando se iniciou o projeto. Porém, o fato de ter conseguido inserir na rotina da equipe de saúde as atividades propostas, já se tornou gratificante, pois, a princípio, a própria equipe representou uma limitação para o andamento e realizações das atividades.

3.1 Quais ações previstas no projeto foram desenvolvidas; quais as facilidades e dificuldades encontradas e se as ações foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

De tudo que havia sido planejado como atividade durante o projeto de intervenção, não foi possível realizar por completo algumas ações, assim como não houve possibilidade de seguir o cronograma programado, pois inicialmente houve mudança no tema da intervenção, o que atrasou o início das atividades; as chuvas que aconteceram durante os meses da intervenção interferiram diretamente no andamento do cronograma do projeto.

A princípio, havia sido planejado realizar atividades em todas as escolas, e assim, contemplar todos os alunos na faixa etária de 06 até 12 anos residentes nas áreas de assistência da Equipe de Saúde da Família do distrito de Bate pé. No entanto, o número de escolares que participaram da intervenção diminuiu pois, os que faziam parte das microáreas mais distantes da sede e de difícil acesso, passaram a fazer parte da área de cobertura da nova equipe de saúde. Assim, o número de escolas e, conseqüentemente, de alunos que fizeram parte das atividades, ficou limitado àquelas mais próximas da sede, o que facilitou o deslocamento dos escolares nos dias das consultas ambulatoriais.

As intervenções aconteceram inicialmente nas escolas da localidade de São Matheus, Olho d'água dos Monteiros, Pau Ferro II e Eurípides (na sede). Em todas as escolas citadas foi possível realizar as seguintes atividades: ação educativa de orientação em saúde bucal e nutricional (Figuras 4 até 06); escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor gel (Figuras 8 até 10); exame bucal com finalidade epidemiológica (Figuras 1 até 3). A partir dos resultados do exame bucal, foi possível classificar e identificar os escolares com maior necessidade de atenção

em saúde bucal, sendo priorizado o seu atendimento e agendada a primeira consulta. Os mesmos receberam uma carta de solicitação de comparecimento à primeira consulta que seria realizada na Unidade de Saúde de Bate pé. Porém, os alunos das duas primeiras escolas (São Matheus e Olho d'água dos Monteiros) encontraram dificuldade, pois não há transporte regular para o deslocamento. Foi solicitado junto aos gestores o transporte para o devido fim, mas não foi possível a disponibilidade, infelizmente, já que os locais mais distante também são os mais necessitados em termos de assistência à saúde.

Além disso, a unidade móvel de atendimento do município encontra-se quebrada sem previsão para o retorno do funcionamento. Isto representou uma limitação bastante considerável para a realização das atividades propostas pelo projeto. Então, foi necessário mudar o número de atendimentos odontológicos e a conclusão do plano de tratamento individual. Antes disso, foram realizadas algumas palestras educativas em algumas escolas (inclusive as da localidade distante) com a presença dos responsáveis e educadores. Obtivemos êxito nas atividades planejadas graças à parceria com os educadores, o NASF (especialmente a nutricionista que se fez presente) e o esforço demonstrado pelos ACS. Durante a atividade, foi abordado o intuito do projeto e a necessidade da coparticipação dos responsáveis e educadores para a continuidade da sensibilização das crianças sobre os devidos cuidados com a saúde de modo geral, enfatizando a relação entre a manutenção de uma dieta saudável e a saúde bucal.

Esclareceram-se também quais seriam os tipos de atividades realizadas na escola, como as escovações dentais supervisionadas, uso de evidenciadores de placa bacteriana (Figuras 8 até 11), aplicação tópica de flúor gel e exames bucais com finalidade epidemiológica. Este momento junto aos responsáveis e educadores foi muito importante para a realização das demais atividades do projeto, pois, assim, será possível dar continuidade às ações mesmo após ter sido finalizado (didaticamente).

Foi possível garantir algumas primeiras consultas aos escolares classificados como alto risco assim como a conclusão do plano de tratamento de um número pequeno destes, porém significativo, mediante as adversidades.

3.2 Quais ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas e o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

Todas as atividades supracitadas foram realizadas em quatro escolas, sendo uma ao lado da sede da Unidade (Eurípides) e as demais em regiões mais distantes (com exceção de uma que ficava menos distante da sede, a do Pau Ferro II). Já as primeiras consultas (Figuras 16 até 19) dos escolares classificados como alto risco foram realizadas apenas em alguns alunos da Escola Eurípides e a do Pau Ferro II. Tiveram dias sem água de abastecimento para a realização dos atendimentos odontológicos, assim como dias chuvosos que não permitiu o acesso à Unidade de Saúde, já que é estrada de chão e a passagem ficou impossibilitada (isto ocorreu a partir de meados do mês de novembro e praticamente todo o mês de dezembro). A partir de Janeiro, as áreas de São Matheus e Olho d'água dos Monteiros passaram a fazer parte de outra equipe de saúde: Lagoa Formosa. Assim, os alunos que participaram das atividades iniciais do projeto passaram a ser classificados como “escolar não morador na área de abrangência da equipe” e conseqüentemente, não estão contabilizados como alto risco na planilha de indicadores de saúde bucal (instrumento de avaliação das ações do projeto). Motivos que também foram determinantes nos resultados finais das atividades.

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

A coleta dos dados, assim como a sistematização, fechamento das planilhas e cálculo dos indicadores foram um tanto complicados já que não foi possível dividir esta tarefa com os demais membros da equipe. O projeto foi divulgado e comentado durante reuniões de equipe, assim como reunião do conselho local de saúde para contarmos com a compreensão e colaboração da comunidade para a realização das atividades de intervenção, já que para isto seria necessário estar ausente alguns dias dos atendimentos ambulatoriais para a realização de atividades na escola e posterior agendamento dos alunos convocados para as consultas (primeiras consultas; retornos; encaminhamento para o atendimento especializado—quando necessário; conclusão do tratamento).

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e quais os aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Atualmente, as ações propostas pelo projeto foram incorporadas à rotina da equipe de saúde, o que representa um resultado bastante positivo do trabalho

prestado. No cronograma estão inseridos dias de visita às escolas com realização de atividades envolvendo os escolares com ações educativas de prevenção, além dos atendimentos dando prioridade aos classificados como alto risco. As escovações dentais supervisionadas e aplicação tópica de flúor gel que, quando não são realizadas com minha presença, os ACS fazem juntamente com os professores. No quesito bom relacionamento e, conseqüente bom desenvolvimento das atividades propostas, também não representou pontualmente um dos melhores. Foi bastante complicado contar com a compreensão e solidariedade dos membros. A maioria não compreendia os benefícios do projeto para a comunidade e para a otimização do trabalho da equipe.

A intenção é continuar os atendimentos aos alunos que ainda não tiveram seus planos de tratamento finalizados até a conclusão e garantir as primeiras consultas odontológicas aos demais que fizeram parte dos exames bucais com finalidade epidemiológica.

Há planos de realização de capacitação com os agentes comunitários de saúde para a captação dos alunos faltosos às consultas e melhor orientação sobre higiene e saúde bucal. Assim, será possível manter as ações do projeto buscando garantir melhor acesso ao atendimento odontológico aos escolares moradores das áreas de cobertura da Unidade de Saúde, alcançando benefícios para a saúde destas crianças que se tornaram influenciadores em suas casas e, com certeza, serão adultos com hábitos saudáveis!

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A Unidade de Saúde da Família de Bate pé tinha seis escolas do distrito sob sua cobertura. Atualmente, dentre as seis escolas da área, por mudança de área de cobertura, apenas quatro escolas continuam a fazer parte das áreas de cobertura, e somam 286 escolares. Por questões de logística e de tempo, as atividades da intervenção ficaram limitadas apenas duas escolas do distrito no início da intervenção que após a mudança da territorialização, ou seja, as outras escolas passaram a fazer parte da área de cobertura de uma nova equipe de Saúde da Família, reduziu-se para as duas mais próximas da unidade, dentre as quais totalizaram 155 escolares na faixa etária de 06 a 12 anos de idade que fizeram parte da intervenção.

Com o objetivo de ampliar a cobertura da atenção à saúde dos escolares, pactuou-se a meta de ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 75% em 4 meses, para 85% em 6 meses e 100% em 12 meses, dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência, monitorou-se esta meta por meio do indicador proporção de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal. É importante salientar que todas as metas pactuadas foram para o período do cronograma da intervenção dentro de 4 meses. Porém, com a preocupação em dar continuidade às ações programáticas propostas pelo projeto, citou-se o prazo estipulando para 6 e 12 meses apenas para fins de continuidade pensando-se em médio e longo prazo para a intervenção.

Dentre os 155 escolares, durante os quatro meses de intervenção, foi possível a realização dos exames bucais com finalidade epidemiológica em 100% dos alunos das escolares das áreas de abrangência. No 1º mês de intervenção, foram realizados os exames em 70 alunos, ou seja, 45,2 % dos escolares, sendo que foram em três das quatro escolas que foram realizadas as intervenções (duas turmas de uma mesma escola – próxima da sede). No 2º mês, totalizaram 130 exames (83,9%) ocorrendo um acréscimo de 38,7% nos exames. Neste mês foi possível incluir mais uma turma da escola da sede e uma escola da localidade mais

distante da sede. No 3º mês, foram realizados os exames nas demais turmas (duas da escola da sede) alcançando os 155 (100%) de alunos. No 4º mês não houve atividade de intervenção envolvendo exames bucais com finalidade epidemiológica, pois estavam sendo realizadas as primeiras consultas odontológicas e a conclusão dos planos de tratamento das crianças classificadas com alto risco. Além disso, este mês coincidiu com o recesso dos escolares.

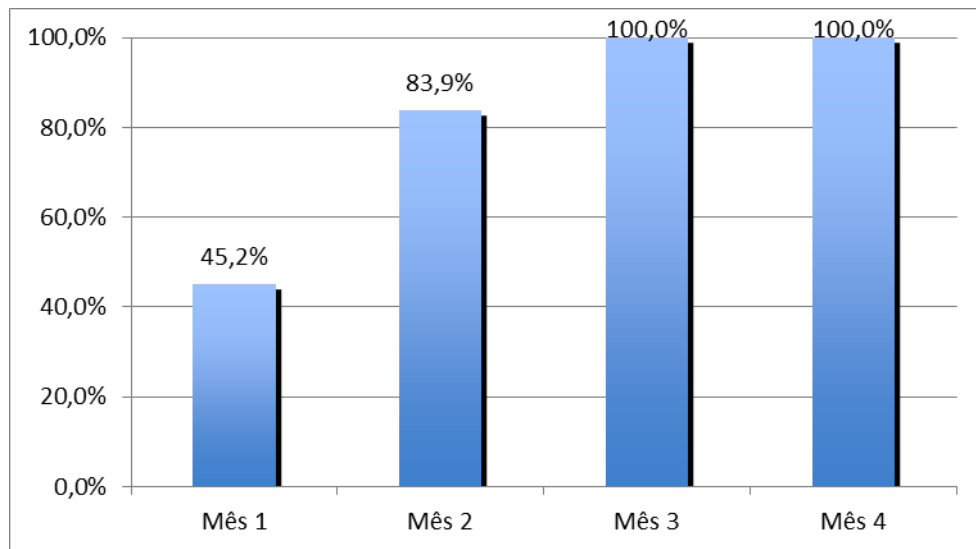


Figura 1: Gráfico. Proporção de escolares examinados na escola. Vitória da Conquista/Bahia, distrito Bate pé, 2013/2014.

Os exames bucais com finalidade epidemiológica servem de instrumento para o planejamento da implementação das consultas odontológicas. Partindo deste princípio, foi possível realiza-lo com os alunos matriculados nas quatro escolas escolhidas para a efetivação das intervenções. Utilizando o critério da equidade, foi possível agendar as primeiras consultas de acordo com as necessidades daqueles identificados e classificados como alto risco para doenças bucais, proporcionando o acesso ao atendimento odontológico.

Ainda com o objetivo de ampliar a cobertura da atenção à saúde, a outra meta pactuada foi ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 75% em 4 meses, para 85% em 6 meses e 100% em 12 meses dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde. Esta meta foi monitorada por meio do indicador "proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica".

Nesse indicador foram considerados apenas os escolares da área de abrangência, havendo redução do número total de escolares examinados (155) para 112, já que houve uma nova territorialização e passaram a fazer parte da área de abrangência da nova equipe. No 1º mês, foram realizadas 15 primeiras consultas, ou seja, 31,3% dos alunos. Já no 2º mês foram 18 (20,7% primeiras consultas odontológicas, houve um acréscimo de apenas 3 atendimentos, pois deu-se continuidade aos tratamentos iniciados no mês anterior. Seguido de 25,9% (29 escolares) no 3º mês, em que mais 09 alunos consultaram, e no 4º mês realizou-se

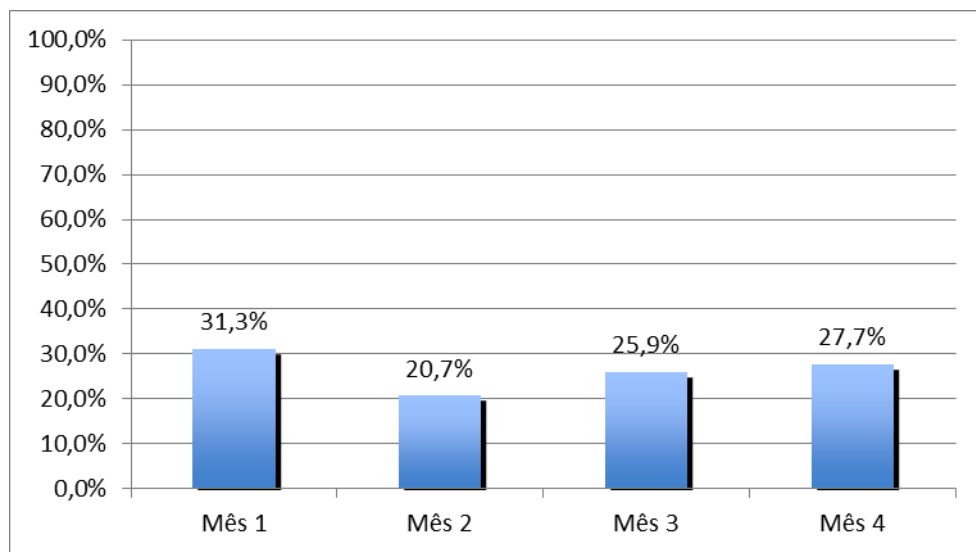


Figura 2 : Gráfico indicando a proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica. Vitória da Conquista/Bahia, distrito Bate pé, 2013/2014.

mais 02 primeiras consultas, totalizando 31 atendimentos dos 112 escolares da área 27,7%.

Como as atividades de intervenção iniciaram um pouco depois do que havia sido planejado para a realização do projeto, o número de consultas ficou reduzido e foi diminuindo ao longo dos meses, pois aqueles que tiveram suas primeiras consultas agendadas foram os escolares classificados como alto risco, os quais necessitavam de um número considerável de retornos até finalização/conclusão do tratamento programado. Além disso, os alunos classificados como alto risco de duas escolas que participaram da fase de intervenção dos exames bucais com finalidade epidemiológica deixaram de fazer parte da área de abrangência por conta da implantação de uma nova equipe em outra localidade.

Outra meta pactuada, ainda com o objetivo de ampliar a cobertura à saúde bucal dos escolares foi a de realizar primeira consulta odontológica em 100% dos

escolares, em 4 meses, da área classificados como alto risco para doenças bucais. Monitorou-se esta meta a partir do indicador proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

Foi possível contemplar quase metade dos escolares classificados como alto risco para doenças bucais. No 1º mês, foram realizadas 50% (15 alunos) das primeiras consultas dos 30 alunos examinados e classificados como alto risco. No 2º mês foram 36,2% (17 escolares), seguindo pelo 3º mês com 41,9% (26 escolares) das primeiras consultas e, por fim no 4º mês foram atendidos 29 (46,8%) do total de 62 escolares classificados como alto risco.

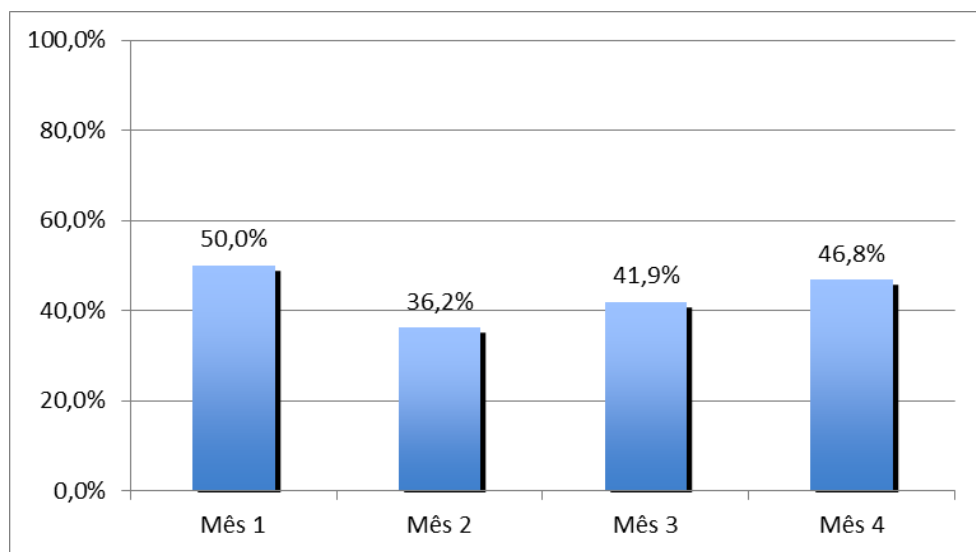


Figura 3: Gráfico. Indicando a proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica. Vitória da Conquista/Bahia, distrito Bate pé, 2013/2014.

Desde o princípio das intervenções, foram priorizados os escolares classificados como alto risco para doenças bucais. Portanto, de acordo com os resultados numéricos, foi possível proporcionar o acesso e a realização de primeiras consultas em quase metade do número desses alunos. Não foi possível a realização de primeiras consultas em 100% nos escolares, pois ocorreram alguns problemas como a falta de abastecimento de água, assim como a acessibilidade da estrada que leva à unidade ficou comprometida devido às chuvas nos meses de novembro e dezembro, o que impediu a ida da equipe e afetou diretamente nos resultados já que as atividades planejadas haviam sido canceladas.

A partir do objetivo de melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal, pactuou-se a meta de realização de busca ativa de 100 % dos escolares da área, em 4 meses, com primeira consulta programática, faltosos às consultas. Tendo

como indicador a proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

As buscas ativas foram realizadas aos escolares faltosos que estavam com as primeiras consultas agendadas. Porém, do número correspondente não houve busca ativa, pois houve redistribuição das áreas. No 1º mês foram realizadas apenas 08 (42,1 %) buscas ativas aos 19 faltosos. Isto ocorreu, pois os demais faltosos restantes passaram a fazer parte da área de abrangência da nova equipe de saúde. Assim, tiveram suas faltas justificadas e, por este motivo, não houve busca ativa, já que passariam a ser atendidos pela nova equipe de saúde da nova Unidade. O mesmo ocorreu no 2º mês (42,1%), pois os escolares agendados compareceram. No 3º mês, assim como no 4º mês, foram realizadas 21 (61,8%) buscas ativas dos 34 escolares faltosos. Revelando que no 4º mês não houve escolar faltoso à consulta.

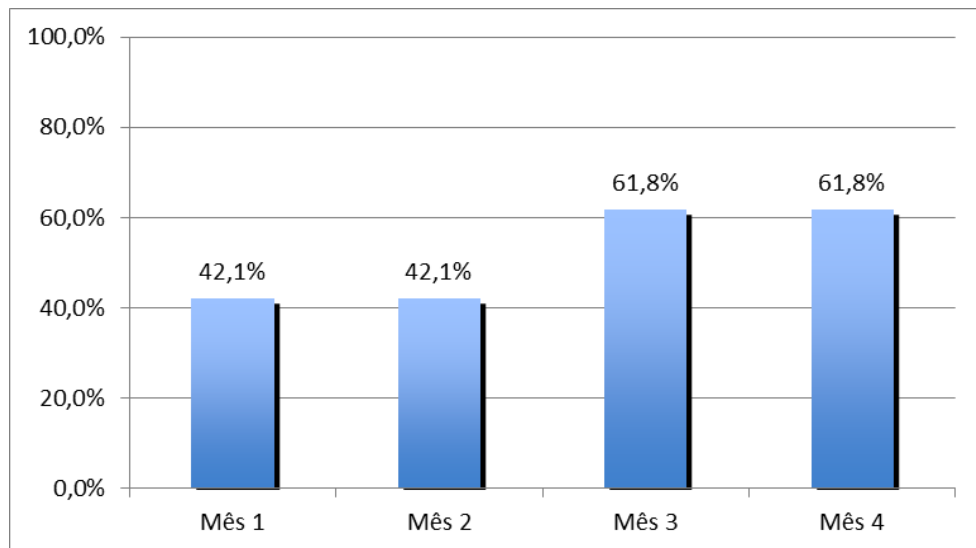


Figura 4: Gráfico. Indica a proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde. Vitória da Conquista/Bahia, distrito Bate pé, 2013/2014.

Apesar de ter ocorrido um baixo número de buscas ativas, a adesão ao tratamento foi bastante considerável, já que a maioria dos escolares que eram agendados não faltava às primeiras consultas e retornos. Os alunos que tiveram um número maior de busca ativa, na sua maioria, foram àqueles moradores das áreas mais distantes da Unidade de Saúde. Mas, ainda assim os ACS foram orientados a buscar a justificativa da ausência do aluno e reagendar o retorno da primeira consulta.

Para melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares, foram pactuadas algumas metas entre elas está a realização da escovação supervisionada

com creme dental em 100% dos escolares, em 4 meses. Tendo como indicador a proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

As escovações dentais supervisionadas foram realizadas, no 1º mês em 70 escolares, dentre os 155 escolares que participaram dos exames bucais com finalidade epidemiológica (42,5 % dos escolares), já que no primeiro mês foi realizado exame com finalidade bucal em apenas 03 turmas e nos meses subsequentes foram acontecendo os demais exames nas outras turmas das escolas. No 2º mês, foram realizadas mais 60 escovações totalizando 130 (83,9%) escolares. Nos dois últimos meses (3º e 4º mês de intervenção), foram realizadas mais 25 escovações, alcançou-se assim 155 escolares (100%).

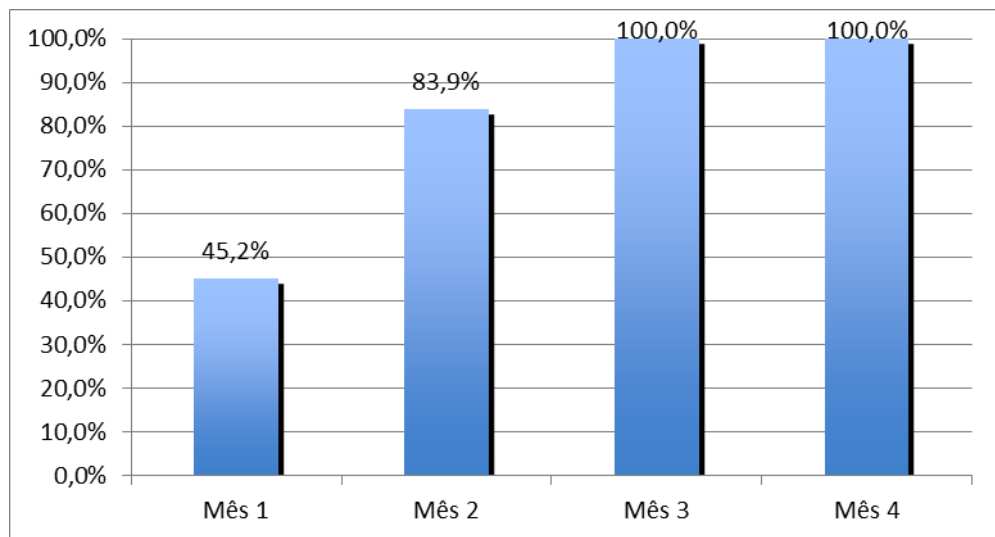


Figura 5: Gráfico. Indica a proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental Vitória da Conquista/Bahia, distrito Bate pé, 2013/2014.

A atividade de escovação supervisionada foi realizada com um bom resultado (Apêndice 3), pois foi possível envolver todos os alunos que fizeram parte das atividades de intervenção. Até o 3º mês foi possível realizar as atividades de escovações supervisionadas, porém no 4º mês não foi possível ampliar o número de escolares nessa atividade por ter sido o mês de recesso escolar, no entanto não prejudicou os resultados da intervenção já que foi atingida a meta (100%). Os ACS estiveram ativos na realização das escovações supervisionadas indiretas realizadas nos alunos em suas escolas e, a partir disto passaram a realizar a manutenção dessas atividades mensalmente.

Dentre as metas com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares também está a de realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais, em 4

meses, cujo indicador foi a proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Com relação ao indicador de aplicação de flúor gel com escovação dental em escolares classificados como alto risco, a meta pactuada (100%) foi alcançada, tendo o resultado de 100% para todos os meses de intervenção, ou seja, no 1º mês foram classificados 30 alunos como alto risco para doenças bucais e todos participaram da atividade de aplicação de flúor gel. Assim como no 2º mês, no qual foram classificados 47 escolares como alto risco e nos últimos meses (3º e 4º mês) foram classificados 62 escolares como alto risco.

A atividade de aplicação tópica de flúor gel foi realizada em todas as escolas que fizeram parte do projeto (incluindo aquelas que posteriormente passaram a fazer parte das áreas de cobertura de outra equipe de saúde) e em todos os escolares na faixa etária de 06 aos 12 anos de idade, independente da classificação de risco, pois não há água (fluoretada) de abastecimento regular direto nas casas, as localidades recebem através de carros pipas de acordo com o calendário. Com ações de aplicação tópica de flúor gel nas escolas, é possível aos escolares maior acesso a esse meio de fluoretação, juntamente com a escovação de dente, ajudando na diminuição dos índices de cárie nessas regiões.

Ainda dentro do objetivo de melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares, outra meta pactuada foi a de concluir o tratamento dentário em 50% em 4 meses, para 75% em 6 meses e 100% entre 8 até 12 meses (em média) dos escolares com primeira consulta odontológica. Monitorou-se a meta a partir do indicador de proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

Dos escolares que tiveram suas primeiras consultas realizadas no 1º mês, foi possível realizar a conclusão do tratamento de 20% destes – 3 dos 15 com primeiras consultas realizadas. No 2º mês, foram concluídas as consultas de 22,2% dos escolares (4 tratamentos concluídos dos 18). No 3º mês o número de tratamento concluído aumentou para 34,5% (10 alunos com tratamento concluído de 29 com primeiras consultas realizadas) seguindo do 4º mês no qual a intervenção foi finalizada com 41,9% dos tratamentos odontológicos concluídos quase alcançando a meta proposta para os quatro meses de intervenção, ou seja, 13 tratamentos concluídos dos 31 escolares que foram atendidos.

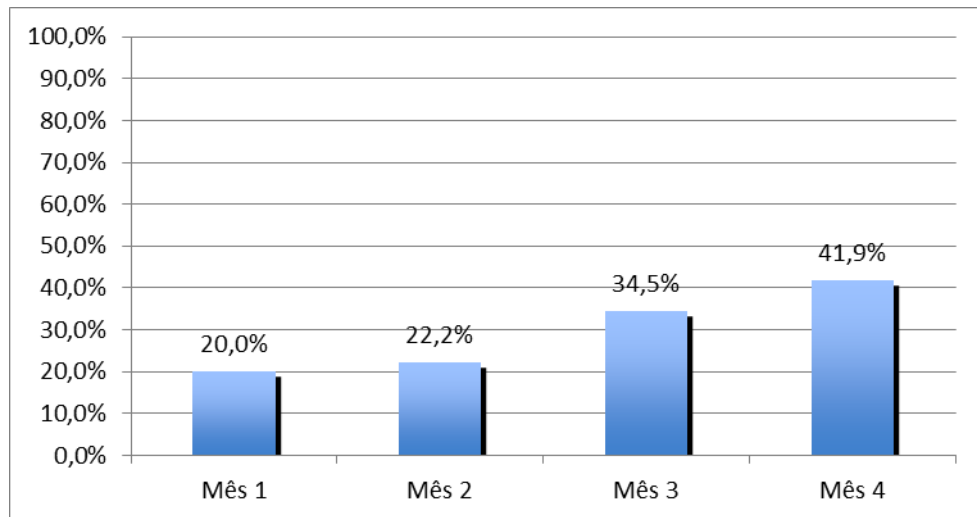


Figura 6: Gráfico Indicando a proporção de escolares com tratamento dentário concluído. Vitória da Conquista/Bahia, distrito Bate pé, 2013/2014.

Dos 155 escolares que fizeram parte das atividades de intervenção, 31 deles tiveram acesso às primeiras consultas odontológicas. Na fase da intervenção dos atendimentos odontológicos ocorreram alguns percalços que interferiram diretamente no número reduzido de escolares atendidos como: a não disponibilidade de transporte para o deslocamento dos escolares das regiões mais distantes; falta de água na Unidade de saúde tendo que suspender os atendimentos nestes dias; estrada ruim que não permitiu a acesso da equipe até a Unidade por conta da chuva, por quase um mês; problemas com o equipo odontológico, porém foram poucos dias e logo foi resolvido. Como foram priorizados aqueles classificados como alto risco para doenças bucais, o plano de tratamento da maioria desses escolares foi extenso, o que envolveu muitos procedimentos e assim, muitos retornos até a conclusão do tratamento programado.

Para o objetivo de melhorar registro das informações, pactuou-se a meta de manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área no período de 4 meses, monitorado pelo indicador de proporção de escolares com registro atualizado.

Dos escolares que passaram pelo atendimento odontológico, 100% tiveram seus registros atualizados no quarto meses de intervenção, com isso alcançou-se a meta estabelecida. No 1º mês foram 15 escolares atendidos; no 2º mês foram 18; no 3º mês 29 e no 4º e ultimo mês de intervenção totalizaram 31 escolares com as primeiras consultas odontológicas realizadas.

Assim, todos os alunos que foram submetidos às primeiras consultas odontológicas tiveram seus registros atualizados. A maioria desses escolares nunca havia passado pelo atendimento, nestes casos, foram preenchidos os prontuários com os dados a anamnese e a estes, eram anexadas fichas espelhos de atendimento individual com perguntas como: presença de placa bacteriana visível; número estimado de consultas de retorno; faltou à consulta; foi realizada busca ativa; entre outras que, a partir do preenchimento é possível que haja o acompanhamento da evolução nas próximas consultas.

Para promover a saúde bucal dos escolares, foram pactuadas algumas metas. Dentre elas está a de fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares, em 4 meses. O indicador utilizado para o monitoramento foi o de proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal.

No 1º mês, 70 escolares (45,2 %) receberam orientações sobre saúde bucal. Estas foram realizadas de maneira coletiva (durante as palestras) e individual, nos momentos dos atendimentos odontológicos em ambulatório e durante as escovações dentais supervisionadas. A partir do 2º mês, 83,9% do total de alunos (130 dos 155 escolares) já haviam sido orientados sobre a manutenção da saúde bucal. Nos dois últimos meses (3º e 4º mês), foi alcançada a meta com o total de 100% dos escolares, 155 alunos.

Em todas as escolas que fizeram parte das atividades de intervenção, foram realizadas orientações de higiene em saúde bucal como forma de prevenção de doenças que representam risco como: a cárie, gengivite, periodontite. A partir da distribuição das escovas de dente e com auxílio de micromodelo foram realizadas as orientações sobre: como deve ser realizada a escovação, associada ao uso de fio dental, dentifrício (pasta de dente); com que frequência deve ser realizada; de quanto em quanto tempo deve ser trocada a escova; etc. O controle da presença das crianças era feito com o uso de fichas disponibilizadas pela UFEI para estes fins.

A outra meta pactuada ainda dentro do objetivo de promover a saúde bucal dos escolares foi a de fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças, em 4 meses, cujo indicador foi a proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.

Assim como no indicador sobre orientação em saúde bucal, o mesmo ocorreu sobre a orientação sobre cárie dentária: 1º mês, 45,2% dos escolares foram esclarecidos sobre os riscos da cárie; no 2º mês foram 83,9% do total de alunos e

nos dois últimos meses (3º e 4º mês), foi alcançada a meta com o total de 100% dos escolares orientados sobre o risco e prevenção da cárie.

Durante as atividades de intervenção que envolveram as orientações de higiene em saúde bucal, também foram citadas a necessidade de prevenção de cárie e das demais doenças que acometem o meio bucal e que podem causar dano à saúde e gerar desconfortos e até mesmo dor, podendo chegar à necessidade de mutilação, seja nos dentes decíduos ou permanentes e assim causar prejuízos na oclusão além de interferir de maneira direta na vida social do indivíduo. Nestas atividades, foram utilizados filmes interativos (explicativos) e desenhos para colorir que modo que as crianças visualizassem a partir de uma linguagem adequada para a idade, os danos causados pelas doenças bucais e pela falta de cuidados devidos.

A meta pactuada para fornecer orientações nutricionais para 40% em 4 meses, 60% em 6 meses e 100% em 12 meses das crianças, cujo indicador para o monitoramento foi a proporção de escolares com orientações nutricionais. Com o objetivo de promover a saúde bucal dos escolares, foram fornecidas orientações sobre higiene bucal, cárie dentária e nutricionais para todos os escolares, conforme segue: no 1º mês foi realizada com 45,2% dos escolares; no 2º mês foram 83,9% e nos dois últimos meses (3º e 4º mês), foi alcançada a meta com o total de 100% dos escolares obtiveram orientação nutricional.

As orientações nutricionais são de extrema importância para a manutenção da saúde de modo geral, incluindo a saúde bucal, principalmente quando se trata de alimentos cariogênicos. Durante as palestras que foram realizadas, algumas com a presença da nutricionista do NASF, foram abordados temas como: menor ingestão de açúcar refinado nas refeições, evitar ingestão de doces entre as refeições (se for fazer, de preferência logo após a refeição em pouca quantidade para que possa realizar a escovação e sempre preferir as frutas); evitar refrigerantes; entre outras informações que ajudam na orientação das crianças para tornarem-se adolescentes e adultos saudáveis.

4.2 Discussão

A Equipe de Saúde da Família tem papel fundamental na comunidade em que atua. Através de investigações com finalidade epidemiológica é possível detectar as necessidades de maior foco da população, que interferem no binômio saúde-doença e a partir daí traçar planos de ações capazes de promover mudanças e melhorias. Partindo deste princípio, as atividades de intervenção programadas e realizadas através do projeto foram de bastante relevância não apenas para a comunidade, como também para a equipe de saúde que trabalhou para que o este fosse efetivado. Apesar de não ter ocorrido a interação desejada e proposta pelo projeto, foi possível mobilizar alguns membros, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que colaboraram com o andamento das ações. Aqueles que não fizeram parte diretamente, posteriormente compreenderam o teor da importância que é sensibilizar e influenciar de maneira positiva crianças e adolescentes em idade escolar em plena formação intelectual e moral, ajudando-os a se tornarem multiplicadores em suas famílias e, conseqüentemente, adultos com uma melhor qualidade de vida através da promoção de saúde.

Um indivíduo para ser considerado como saudável deve apresentar uma condição de vida na qual seja reduzida a vulnerabilidade e riscos relacionados aos determinantes e condicionantes como: modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2009). Assim também, a saúde bucal está diretamente ligada às condições de alimentação; ambiente em que o indivíduo vive; acesso à informação e aos serviços de saúde; etc.

O ambiente escolar representa o local de formação do cidadão, além de estimular a autonomia, o controle das condições de saúde e a corresponsabilidade do indivíduo em processo de amadurecimento (BRASIL, 2009). A parceria entre a Equipe de Saúde da Família e educadores (juntamente com a ajuda dos responsáveis) com objetivos em comum, ou seja, promoção de saúde do escolar pode representar a possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. Através de práticas programáticas, é possível organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência incorporando-os à

rotina da equipe de maneira que o torne-se um trabalho continuado e com bons resultados.

Considera-se a importância dos programas odontológicos educativos realizados durante as atividades de intervenção, foram abordados temas pouco conhecidos ou até mesmo desconhecidos pela população alvo, neste caso alguns dos escolares das áreas de abrangência da Equipe de saúde da Família. Tais como: a necessidade de uma higiene bucal adequada – e de que modo deve ser realizada, e com que frequência– para evitar agravos à saúde bucal como a cárie e sua evolução; assim como uma alimentação balanceada e todos esses fatores associados aos demais hábitos saudáveis. Com isso, criou-se a possibilidade de garantir aprendizagem capaz de promover mudanças de atitudes e hábitos que antes poderiam representar risco à saúde dos escolares. Foi a partir da abordagem de temas envolvendo situações cotidianas e corriqueiras dos escolares como escovar os dentes após as principais refeições e lavar as mãos antes de se alimentarem, para facilitar o processo de aprendizagem, e sempre buscando envolver os familiares estimulando as crianças a levarem as questões aprendidas para seus lares.

O fato de serem realizadas atividades de prevenção é de grande valia para o serviço da rede saúde já que evita o quanto antes que o indivíduo necessite de atenção em saúde especializada ou que precise de atendimentos de urgências como odontalgias (no caso da odontologia) que causam desconfortos muito desagradáveis por serem dolorosos impedindo que o indivíduo realize suas atividades laborais de rotina. Normalmente estes casos têm como fator etiológico a ausência de cuidados ou a falta de conhecimento sobre os fatores de prevenção. Através das ações educativas de prevenção em saúde bucal, a comunidade passa a ter mais conhecimento e esclarecimento a respeito do autocuidado e assim passa ter adquirir benefícios a médio e logo prazo, já que os cuidados com a higiene bucal, por exemplo, possibilita evitar tratamentos mutiladores, ou seja, extrações de dentes que poderia ser evitado se as pessoas tivessem acesso ao tratamento precoce à instalação de doenças bucais, principalmente a cárie. A perda das unidades dentárias permanentes ou mesmo a perda dos dentes decíduos precocemente trazem consequências indesejáveis à oclusão (a articulação temporo-mandibular (ATM), por conta da necessidade de reabilitação protética para suprir a ausência dentária que impede a trituração dos alimentos, trazendo prejuízos à saúde como a

gastrite, por exemplo, além de ter relação direta com a socialização do indivíduo. Estes tratamentos são de alto custo e, mesmo que seja através do serviço público, normalmente os centros de especialidades odontológicas (CEO) não dispõem de número de vagas proporcional ao número de desdentados no país. Além de interferir na autoestima já que o sorriso representa o “cartão de visita” das pessoas, como dito anteriormente.

As ações de intervenção propostas no projeto já estão incorporadas à rotina da Equipe de Saúde da Família de Bate pé. Passaram a ser realizadas escovações dentais mensais nas escolas, juntamente com a aplicação tópica de flúor gel, pelos ACS responsáveis pelas áreas de abrangência assim como a continuidade dos atendimentos aos alunos que passaram pelos exames bucais.

Com a avaliação das ações de intervenção foi possível concluir que haveria possibilidade de alcançar melhores resultados com a maior interação da equipe e através de mobilização e estímulo. Assim como um maior envolvimento dos educadores e assim, promoverem mais ações em saúde bucal no âmbito escolar, incluindo no conteúdo programático temas em prevenção em saúde além de sensibilizá-los para a realização de escovação dental diária. Porém, é fundamental que haja o apoio dos gestores para a construção ou na disponibilidade de escovódromos nas escolas que não tem local adequado para a realização das escovações coletivas, assim como o funcionamento regular da unidade móvel de atendimento para promover acesso àqueles que moram nas localidades mais distantes da Unidade de Saúde e ainda encontram dificuldade para o deslocamento. A comunidade seria muito beneficiada, pois as áreas mais distantes também são aquelas com indivíduos com maior necessidade de atenção em saúde, como pôde ser detectado durante os exames bucais com finalidade epidemiológica. Assim, comunidades rurais distantes devem ser priorizadas num conjunto de setores, particularmente os de ação social e educação e isto inclui a saúde. Caso as intervenções tivessem seu início a partir da experiência que passou, algumas situações talvez seriam diferentes como: maior envolvimento e mobilização da equipe de saúde; maior tempo para realização das ações pois, provavelmente iniciariam no tempo determinado pelo projeto (diferente do que aconteceu pois houve mudança de tema de intervenção); maior número de escolares envolvidos na primeira consulta odontológica e conclusão de tratamento, já que o tempo seria otimizado; maior envolvimento do NASF e assim, melhor parceria para a realização

das palestras de prevenção em saúde (poderiam estar envolvidos outros membros como: educador físico e psicóloga) abordando temas mais diversificados não apenas aos escolares como também aos familiares que poderiam estar ainda mais envolvidos e até mesmo engajados com o projeto na realização de oficinas com os mesmos; entre outras questões que poderiam ser melhoradas para resultados ainda mais satisfatórios não apenas para o projeto propriamente dito mas também para a comunidade que representa o reflexo das ações da Equipe de Saúde da Família por ser o foco de todas as intervenções planejadas.

Para que haja melhoria na atenção à saúde no serviço, partindo das ações que foram realizadas e com os resultados obtidos, é imprescindível o trabalho em equipe e que sejam efetivadas as parcerias com o NASF, gestores, educadores, pais (responsáveis) e centros comunitários ou conselho local de saúde, onde a população possa discutir suas necessidades, melhorias, propostas de ações da equipe; elogios para com a equipe; discussões sobre processo de trabalho etc. É preciso, com o auxílio do Conselho Local de Saúde, que a população seja mais ativa, na busca dos seus direitos e compreensão sobre os seus deveres, pois a reunião do C.L.N. é o momento no qual as situações que envolvem a saúde da comunidade estão em foco para serem resolvidas e solucionadas dando prioridade àquelas que são consideradas de risco. Mas, na realidade atual no distrito, são poucas pessoas que fazem parte da comunidade e que tem interesse em comparecer às reunião e participar.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Senhores gestores

Venho por meio deste, relatar brevemente sobre o processo de análise e intervenção que desenvolvi durante a especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas –Rs. É importante destacar que dentre os distritos do município de Vitória da Conquista está Bate pé, onde atualmente há quatro escolas nas quais estão matriculados 286 alunos nas faixas etárias de 06 aos 12 anos de idade; e uma Unidade de Saúde da Família com uma Equipe de Saúde da Família na qual há uma equipe de saúde bucal.

Após a análise no primeiro módulo desta especialização de todos os programas da unidade, foi possível verificar que a necessidade da realização de

ações de intervenções focadas na saúde bucal de crianças na faixa etária de 06 aos 12 anos, matriculadas nas escolas do distrito. Através de exames bucais com finalidade epidemiológica, que serviram como subsidio para o planejamento das ações em saúde coletiva, a partir da identificação dos indivíduos em situação de vulnerabilidade e o diagnóstico das condições de desenvolvimento de problemas de saúde bucal. Após essa etapa, foram realizados os atendimentos odontológicos seguindo o princípio da equidade.

Durante do projeto de intervenção, foram realizadas atividades educativa em saúde com a abordagem de temas cotidianos e linguagem adequada a cada faixa etária, com o intuito de promover mudanças de atitudes e hábitos que podem representar risco à saúde dos escolares. Atividades de prevenção são de grande valia para o serviço da rede saúde já que evita agravos ao indivíduo (necessidade de atendimentos de urgência causados por odontalgia) ou que necessite de atenção em saúde especializada. Normalmente esses casos têm como fator etiológico a ausência de cuidados ou a falta de conhecimento sobre os fatores de prevenção.

Tais atividades foram realizadas nas escolas da sede (Eurípides Peri Rosa); do Pau Ferro II; Olho d'água dos Monteiros; São Mateus, localidades do distrito. Foram elas: exames bucais com finalidade epidemiológica e identificação e classificação de alto risco para doenças bucais; escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor gel (que servem de instrumento eficaz e seguro que garantem o controle continuado/desorganização da placa bacteriana e consequente, controle da cárie); orientações sobre higiene bucal, cárie dentária e nutricionais; atendimento odontológico (primeira consulta programada com busca ativa dos faltosos) até a conclusão do tratamento, priorizando as crianças classificadas como alto risco para doenças bucais. Através de palestras educativas, as crianças foram estimuladas a levarem as questões aprendidas aos seus lares, tornando o processo de aprendizagem mais solidificado.

Fizeram parte de tais ações ao todo 155 escolares entre as idades de 06 até 12 anos de idades durante quatro meses de ações de intervenção. Foi possível garantir o atendimento odontológico a 46,8 % das crianças classificadas como alto risco (que totalizam 62 alunos) e a conclusão do tratamento de 41,9 % dos que tiveram acesso à primeira consulta odontológica programada (31 alunos). Nas demais atividades, 100% dos escolares que fizeram parte da intervenção

participaram. Antes da intervenção, nenhum desses alunos estavam cadastrados em programa de saúde bucal da Unidade.

Durante as atividades de intervenção, ocorreram alguns transtornos que acho pertinente relatar, pois representaram limitações para um melhor resultado do projeto, tais como a falta de água para a realização dos atendimentos odontológicos, a dificuldade de acesso das crianças das localidades mais distantes (como Olho d'água dos Monteiros e São Mateus) que ficaram impossibilitados de fazerem parte do atendimento, pois não foi possível conseguir o transporte solicitado aos gestores; a dificuldade de acesso da própria equipe nos dias chuvosos (pela falta de asfalto na estrada), até a Unidade de Saúde também representou uma limitação considerável.

Enfim, o apoio dos gestores para o desenvolvimento de atividades como essas é de fundamental importância por promover melhorias na assistência. Por este motivo, estamos convidando-os para fazer parte dessas ações que causam impactos positivos relevantes na população e assim, garantimos a continuidade das atividades. No caso da saúde bucal, por exemplo, a construção escovódromos ou mesmo a distribuição dos portáteis nas escolas que não tem local adequado para a realização das escovações coletivas, representaria um ótimo incentivo para a realização de escovações diárias dos escolares após o lanche/merenda, garantindo que o aluno realize pelo menos aquela escovação com creme dental fluoretado ao dia e, por tornar-se hábito, provavelmente também o fará em seu lar influenciando seus familiares ao mesmo. O funcionamento regular da unidade móvel de atendimento também representa uma ação que promoveria melhor acesso à população ao atendimento odontológico àqueles que moram nas localidades mais distantes da Unidade de Saúde e ainda encontram dificuldade para o deslocamento. A comunidade seria muito beneficiada, pois as áreas mais distantes também são aquelas com indivíduos com maior necessidade de atenção em saúde, como pôde ser detectado durante os exames bucais com finalidade epidemiológica. Assim, comunidades rurais distantes devem ser priorizadas num conjunto de setores, particularmente os de ação social e educação e isto inclui a saúde.

A parceria entre a Equipe de Saúde da Família e educadores (juntamente com a ajuda dos responsáveis) com objetivos em comum, ou seja, promoção de saúde do escolar pode representar a possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. Através de práticas programáticas, é possível organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência

incorporando-os à rotina da equipe de maneira que o torne-se um trabalho continuado e com bons resultados.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

O projeto de intervenção foi planejado com a ideia de melhorar e facilitar a realização do atendimento odontológico para as crianças matriculadas nas escolas de Bate pé.

- Por que as crianças?

As crianças precisam de uma atenção ainda maior que os adultos, pois, estão na fase da vida de maior aprendizado. Por este motivo foi definido as crianças de 06 aos 12 anos, que frequentam as escolas que fazem parte das áreas de cobertura da Equipe de Saúde de Bate pé, para participarem das ações que aconteceriam tanto na escola como na Unidade da Saúde.

- Como aconteceu o projeto?

Inicialmente, foram realizadas reuniões em algumas das escolas de Bate pé, com os pais das crianças e professores para ser explicado tudo que seria feito. Depois, foram distribuídas escovas de dente (aos alunos que ainda não tinham) e foram feitas escovações, juntamente com a aplicação de flúor que ajuda para evitar o aparecimento de cárie nos dentes.

Para os alunos serem atendidos pela dentista lá na Unidade de Saúde, primeiro suas bocas foram examinadas por ela para ver quais eram as crianças que estavam com mais problemas, com a boca mais doente e assim, que precisava de mais atenção primeiro, antes das outras.

Além disso, as crianças também aprenderam a maneira certa de escovar os dentes, como devem cuidar de suas escovinhas e quando devem ser trocadas, quais os alimentos que ajudam no seu crescimento para se tornarem adultos saudáveis e fortes e menos doentes. Tudo isto e muitas outras informações importantes para a saúde foram ensinadas para as crianças na escola.

Esse projeto começou com alunos das escolas: da localidade de São Matheus, Olho d'água dos Monteiros, Pau Ferro II e Eurípides (na sede).

As crianças com maior necessidade de atendimento foram as primeiras a receber uma carta de solicitação de comparecimento à primeira consulta com a dentista. As

que não fizeram parte do projeto, também terão suas oportunidades com a continuação do projeto.

- Quais ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas e o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas?

Tiveram dias sem água na Unidade de Saúde e por isto, não foi possível realizar os atendimentos odontológicos, assim como dias chuvosos que não permitiu o acesso à Unidade de Saúde, já que é estrada de chão e a passagem fica muito ruim. A partir de Janeiro, as áreas de São Matheus e Olho d'água dos Monteiros passaram a fazer parte de outra equipe de saúde: Lagoa Formosa. Fora esses motivos, foi possível realizar algumas primeiras consultas aos escolares que estavam com maior necessidade até a conclusão do tratamento.

Atualmente, as ações propostas pelo projeto foram incorporadas à rotina da equipe de saúde o que representa um bom resultado do trabalho prestado. Atividades como: visita às escolas com realização para palestras educativas de prevenção, escovações e aplicação de flúor; atendimentos aos escolares classificados como alto risco. A intenção é dar continuidade aos atendimentos dos alunos que iniciaram o tratamento até a conclusão, além de garantir as primeiras consultas odontológicas aos demais. Os Agentes Comunitários de Saúde estarão orientados a buscarem os alunos agendados faltosos às consultas.

A Equipe de Saúde conta sempre com a ajuda dos pais e de quem cuida das crianças para estarem atentos com os cuidados de higiene destas, para que façam a orientação já que os meninos e meninas nessa idade normalmente tem preguiça de escovar os dentes, e gostam muito de comer doces ou “salgadinhos”. Por isso que é tão importante o envolvimento da família e dos professores, já que eles passam parte do dia na escola. E a importância da criança ter a oportunidade de ser atendida na Unidade de Saúde pela dentista, antes mesmo que passe a sentir dor ou fique com a boquinha inchada por causa da cárie; passe a ter mal hálito (“bafu”); ou perder os dentes antes de ficarem “moles” porque estão com “buraco” e não ter mais como ser tratado; ou mesmo perder os dentes permanentes e ficar desdentado; etc. Tudo isso representa prejuízo para a saúde da criança e preocupação para os pais e são problemas causados quando não há o cuidado devido para evita-los ou não tem oportunidade de ser atendido na Unidade. Por este motivo pelo menos dois dias ao mês, serão dedicados para o atendimento das crianças e para atividade nas escolas.

Além disso, é importante que as crianças participem e colaborem nas atividades de escovação que são feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde uma vez por mês. Os pais também precisam reforçar em casa esses cuidados! É importante destacar que a população teve um papel bastante positivo nos resultados finais do projeto, através dos incentivos e influências aos escolares, tornando ainda mais importante sua participação, além da colaboração com respeito à compreensão das modificações positivas na rotina da equipe. Razões estas que contribuíram bastante para um melhor desenvolvimento das atividades, entendendo que são para benefício da comunidade.

Assim, será possível manter as ações do projeto buscando garantir melhor acesso ao atendimento odontológico aos escolares moradores das áreas de cobertura da Unidade de Saúde alcançando benefícios para a saúde destas crianças que serão adultos com hábitos mais saudáveis!

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Esta especialização ajudou muito no meu processo de aprendizagem. Todas as etapas até a elaboração final do Trabalho de Conclusão de Curso foram essenciais para o desenvolvimento de um senso crítico determinado de acordo com as experiências e vivências. O fato de ter que trabalhar em equipe já é um aprendizado diário por tratar-se de pessoas com diferentes personalidades e infelizmente, não são todas que galgam objetivos em comum com relação à comunidade em que se atua, apesar deste ser o princípio para a efetivação das ações. Foram muitas mudanças no decorrer do ano em que foi realizado o curso. Inicialmente, eu fazia parte de outra equipe em outro município, no qual já estava trabalhando há um ano (na Barra do Choça). Todo processo de mudança, para mim é um pouco difícil, pois necessito de um tempo para adaptação. Hoje, no decorrer dos meses percebo que a adaptação está se concretizando após quase 12 meses de trabalho em Bate pé. Talvez se não tive ocorrido tal mudança (que desencadearam diversas outras) as atividades de intervenção poderia ter tido resultados mais satisfatórios, pois haveria uma melhor interação na equipe de saúde. E até mesmo não teria ocorrido a mudança no tema de intervenção, que foi motivado pela dificuldade de comunicação com os colegas de trabalho. Isto também atrapalhou no andamento das atividades que ficaram atrasadas de acordo com o cronograma do curso.

É notória a curva de aprendizagem e amadurecimento, principalmente diante do comprometimento com as atividades a serem realizadas. De certo que houve um período, durante o curso, que fiquei bastante desmotivada em dar continuidade ao projeto, pois houve muitos empecilhos para a realização da intervenção. Por não estar conseguindo realizar as atividades como havia sido planejado, estava sem perspectiva de alcançar bons resultados de acordo com o projeto. No entanto, foi possível finalizar o trabalho que, no início foi planejado com muito entusiasmo e muitas ideias boas para sua realização. Infelizmente, não foi possível efetuar-las, mas tenho a intenção de poder dar continuidade e fazer diferença de maneira positiva não somente para a comunidade, principalmente para as crianças que são sempre tão receptivas e carinhosas, mas também para a equipe. Trabalhar com

crianças torna os dias mais felizes, principalmente quando você apresenta para ela de maneira clara e tranquilo o que é o melhor para ela e se faz compreendida. A melhor sensação ao final de um dia de um atendimento é a de dever cumprido. Hoje, não diria que tenho esta sensação ao finalizar este trabalho, pois sei que a caminhada de aprendizado é contínuo e gradativo. Percebo que este é apenas o início de uma sequencia de resultados positivos que representarão bons frutos dessa sementeira.

Enfim, o processo de aprendizagem é composto por experiências pessoais únicas; isto, por sua vez, torna a aprendizagem um processo único e diferenciado para cada indivíduo. E o que desenvolve o aprendizado é a motivação. A realização e finalização (desta etapa, de acordo com o curso) do projeto de intervenção representa uma motivação para dar continuidade às ações sempre em busca de melhorias tanto na efetivação das atividades como para o desenvolvimento pessoal a partir de diferentes mecanismos para aprender e aperfeiçoar na própria evolução, pois, ao aprender algo novo o indivíduo modifica seu comportamento em diversos aspectos, proporcionando um novo olhar sobre a realidade.

Bibliografia

BRASIL. Caderno de Atenção básica: Saúde dos escolares, Ministério da Saúde, 2009;

BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde, 2004;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar/ Ministério da Saúde. IBGE. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.


COSTA, Simone de Melo et al. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.2, pp. 461-470;

Manual de instruções: Epidemiológico Básico de Saúde Bucal; 4ª ed. de 1997, OMS;

MENEGHIM, Marcelo de Castro et al. **Impacto de programas educativos sobre condições bucais de escolares de 6 e 7 anos em duas escolas municipais do interior do Estado de São Paulo/Brasil.** [], 48, 1, pp. 40-46. ISSN 1516-0939;

ANEXOS

ANEXO A – FICHA ESPELHO


 Universidade Federal de Pelotas
 Departamento de Medicina Social
 (Saúde em Movimento) com
Saúde da Família

PROJETO SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR
 NOME DA CRIANÇA _____ IDADE _____

A criança participou do Levantamento Epidemiológico (passou por exame bucal na escola)?
 SIM NÃO

Atividade de cárie CPD-E _____
 A criança passou por primeira consulta odontológica programática?
 SIM NÃO

Foi registrado o atendimento da primeira consulta odontológica na ficha de acompanhamento?
 SIM NÃO

Os pais da criança foram comunicados através de cartas informando a data do atendimento e importância do comparecimento?
 SIM NÃO

Foi realizada busca ativa em caso de criança faltosa à consulta marcada?
 SIM NÃO

A criança teve o Tratamento Odontológico Concluído?
 SIM NÃO

A criança e seu responsável receberam orientação sobre higiene bucal e prevenção de cárie de forma individualizada na primeira consulta odontológica?
 SIM NÃO


A criança e seu responsável receberam orientação nutricional de forma individualizada na primeira consulta odontológica?
 SIM NÃO

A criança participou de ações educativas e preventivas na escola? (atividades lúdico-participativas)
 SIM NÃO

A criança realizou escovação supervisionada com orientação profissional?
 SIM NÃO

A criança recebeu aplicação de flúor tópico?
 SIM NÃO

Assinatura do responsável: _____ Data: __/__/__


 Universidade Federal de Pelotas
 Departamento de Medicina Social
 (Saúde em Movimento) com
Saúde da Família

PROJETO SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR
 NOME DA CRIANÇA _____ IDADE _____

FICHA DE EXAME CLÍNICO

NOME DA ESCOLA _____ SÉRIE/TURNO _____

GÊNERO (M/F) _____ ONDE MORA/ Nº CARTÃO DA FAMÍLIA _____

Quando foi a última visita ao dentista?
 1ª visita ao dentista Há alguns meses Média de tempo / Motivo: _____

Dentição
 Decídua Mista Permanente

Higiene Bucal (número de escovações)
 Boa Regular Ruim

Uso fio dental?
 Sim Não Às vezes

Toma líquido durante as refeições?
 Sim Não Às vezes O Que? _____

A gengiva sangra com facilidade?
 Sim Não Às vezes

Hábitos bucais?
 Sim Não Às vezes


Respiração
 Bucal Nasal Bucco-nasal

Já sofreu algum trauma dental?
 Sim Não Há quanto tempo? _____

CARIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
V	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
L	[Grid]						[Grid]							
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
V	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
L	[Grid]						[Grid]							

Assinatura do responsável: _____ Data: __/__/__


 Universidade Federal de Pelotas
 Departamento de Medicina Social
 (Saúde em Movimento) com
Saúde da Família

PROJETO SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR
 NOME DA CRIANÇA _____ IDADE _____

CARIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
V	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
L	[Grid]						[Grid]							
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
V	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
L	[Grid]						[Grid]							

Assinatura do responsável: _____ Data: __/__/__

ANEXO B – PLANILHA DE COLETA DE DADOS PARA A SAÚDE BUCAL EM ESCOLARES

Indicadores de saúde bucal - Mês 1																
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 buceas realizadas ao escolar faltoso às consultas	O escolar participou de escovação supervisionada com creme dental?	O escolar de alto risco recebeu aplicação de gel fluorado 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 saúde dentária?	O escolar / familiar recebeu orientação nutricional?
0= Nenhum	0= Nenhum	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	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	0 - Não 1- Sim
Onemape s de preenchime																
De 1 até o total de escolares cadastrados																
ACS: WILTON	1	Rafael Campos Silva	6	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
	2	Jose Daniel Cerequeira Silva	7	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
	3	Luiza Monteiro Alves	7	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
	4	Mariana de Jesus Silva	7	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
	5	Stefany Alves da Silva	6	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
	6	João Victor Aguiar Silva	8	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
	7	Katrine Aguiar Silva	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	8	Uelder Borges Lima	7	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
	9	Amanda Xavier Silva	8	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
	10	Edvânia da Silva Aguiar	8	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	11	Emerson Ferreira da Silva	10	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	12	Jackson Braga da Silva	8	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	13	Jonatas Xavier Silva	11	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	14	Luz Vitor da Silva Moura	8	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	15	Nicolau Cerequeira Silva	9	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
	16	Shaiane Brito da Silva	10	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
	17	Thaís Alves Dias Silva	10	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	18	Marcones Oliveira Santos	9	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	19	Marcones Oliveira Santos	12	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	20	João Vitor Moura	13	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	21	Elisvan	12	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
	22	Jhoni	14	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	23	Maria Grazielle S. Ramos	8	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	24	Anita S. Paiva	9	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	25	Ligiane Paiva Pereira	8	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	26	Larissa O. Ramos	8	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1
	27	Nubia Sousa Cordeiro	8	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1
	28	Maria Estela Moraes Lopes	9	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1

APÉNDICE

Apêndice 1 – Figuras 01 e 02: Exames bucais com finalidade epidemiológica na Escola Eurípides Peri Rosa, próxima da sede.



Apêndice 2 – Figuras 04, 05, 06 e 07: Palestra sobre saúde bucal e orientações nutricionais, juntamente com a nutricionista do NASF (Luana) para os responsáveis e educadores na Escola Pau Ferro



Apêndice 3– Figuras 08, 09, 10 e 11: Palestra sobre saúde bucal e orientações nutricionais, para os responsáveis e educadores na Escola de Olho d’água dos Monteiros.



Apêndice 4—Figuras 12, 13, 14 e 15: Evidenciador de placa bacteriana e escovações supervisionadas.



Apêndice 5 – Figuras 16, 17, 18 e 19: Sala de espera com atividades lúdicas sobre higiene bucal para colorir; atendimento odontológico.

