

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - EaD**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da atenção à saúde bucal dos escolares de 06 a 12 anos, São  
João da Serra, PI**

**Tânderson Rittieri Camêlo Soares**

Natal/RN, 2014

**Tânderson Rittieri Camêlo Soares**

**Qualificação da atenção à saúde bucal dos escolares de 06 a 12 anos, São  
João da Serra, PI**

Trabalho apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família /Modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas/Universidade Aberta do SUS (UNASUS), como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Vania Priamo

Natal/RN, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

S676q Soares, Tânderson Rittieri Camêlo

Qualificação da atenção à saúde bucal dos escolares de 06 a 12 anos, São João da Serra, PI / Tânderson Rittieri Camêlo Soares ; Vania Priamo, orientadora. — Pelotas, 2014.

74 f.

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. Priamo, Vania, orient. II. Título.

CDD : 362.14

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai José Ivan, minha mãe Antonia, ao meu irmão e minha namorada, pela paciência e auxílio em todos os momentos.*

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Agradeço aos meus pais, José Ivan Soares e Antonia Camelo Soares, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Agradeço ao meu irmão, Wesley Railan Camelo Soares, e minha namorada, Antonia Rayane Sousa Monte, por terem me incentivado e entenderem minha ausência em vários momentos.

Às Instituições UFPel e UNASUS pelo ambiente criativo e amigável que proporciono.

A minha orientadora, Vania Priamo, que esteve comigo até os acréscimos do segundo tempo para realizar um excelente trabalho.

Aos colegas de Moodle que compartilharam conhecimentos, contribuindo para meu crescimento como Cirurgião-Dentista.

A todos aqueles que colaboraram direta e indiretamente com a construção deste trabalho, desde as merendeiras até as diretoras das escolas onde desenvolvi as atividades, não esquecendo as secretárias de saúde e educação, Dra. Erika Galvão e Adriana Manu, respectivamente.

**“Tente mover o mundo – o primeiro passo  
será mover a si mesmo.”  
(Platão)**

## Resumo

SOARES, Tânderson Rittieri Camêlo. **Qualificação da atenção à saúde bucal dos escolares de 06 a 12 anos, São João da Serra, PI.** 2014, 74fs. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade federal de Pelotas, Pelotas/RS.

A APS é a porta de entrada dos serviços de saúde e a qualificação de suas ações propicia melhorias substanciais na qualidade de vida da população atendida, em especial para alguns grupos populacionais específicos, como as crianças, que necessita de suporte por não conseguir, satisfatoriamente, cuidar-se sozinhos. Ações simples e orientadas de maneira adequada são capazes de reduzir substancialmente alguns problemas de saúde bucal, como a cárie. O objetivo desse estudo é melhorar a qualidade das ações de atenção à saúde bucal em crianças com idade escolar entre 06 e 12 anos, nas escolas da área adscrita da Unidade de Saúde Joaquim Fernandes de Araújo e na equipe de saúde bucal implantada na sede da Secretaria de Saúde, localizadas no município de São João da Serra/PI. O projeto de intervenção desenvolveu-se em 16 semanas, entre os meses de setembro/2013 e janeiro/2014, e foi incorporado à rotina da unidade. As ações realizadas incluíram a ampliação da cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, ampliação da cobertura de primeira consulta com enfoque nos escolares de alto risco, realização de busca ativa a usuários faltosos às consultas, realização de escovação supervisionada e aplicação tópica de gel fluoretado, conclusão do tratamento dentário, manutenção do registro atualizado dos escolares e orientação sobre saúde bucal aos escolares. Os resultados apontaram que 276 (92%) escolares participaram das ações de exame epidemiológico, escovação supervisionada e orientações em saúde bucal, as quais envolviam orientações sobre cárie, higiene bucal e nutricional; 40 (100%) escolares de alto risco participaram da ação de aplicação tópica de flúor, somados a todos os outros 236 escolares que participaram da ação de exame epidemiológico; houve uma ampliação em 41% da primeira consulta de escolares, sendo esta ampliação em 27,5% em escolares com alto risco de cárie, com um índice de busca ativa a faltosos e sua reinserção no tratamento odontológico de 100%; manutenção de quase 100% dos registros e conclusão de 77,1% dos tratamentos inicializados. Aliados aos ganhos quantitativos houve os ganhos qualitativos da melhoria da atenção a este grupo populacional, confecção de um novo prontuário odontológico e de um método de avaliação da saúde bucal. Assim, espera-se dar continuidade a essa proposta, ampliando para outras unidades do município com apoio da equipe de gestão, e que possamos propiciar maior integração com a comunidade.

**Palavras-chaves:** Saúde da Família; Atenção primária à Saúde; Saúde Bucal do escolar.

## Lista de Figuras

FIGURA 1	Proporção de escolares examinados na escola. São João da Serra, PI, 2014.	49
FIGURA 2	Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica. São João da Serra, PI, 2014.	49
FIGURA 3	Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica. São João da Serra, PI, 2014.	50
FIGURA 4	Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde. São João da Serra, PI, 2014.	50
FIGURA 5	Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental, São João da Serra, PI, 2014.	51
FIGURA 6	Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental. São João da Serra, PI, 2014.	51
FIGURA 7	Proporção de escolares com tratamento dentário concluído. São João da Serra, PI, 2014.	52
FIGURA 8	Proporção de escolares com registro atualizado. São João da Serra, PI, 2014.	52
FIGURA 9	Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal, cárie dentária e nutricionais. São João da Serra, 2014.	53



## Lista de Tabelas

TABELA 1	<b>Cronograma da aplicação das ações realizadas durante a intervenção na UBS Secretaria Municipal de Saúde, São João da Serra-PI. EAD/UFPel, 2014.</b>	46
TABELA 2	<b>Indicadores utilizados de acordo com os objetivos e metas estabelecidas para a intervenção proposta como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família EAD/UFPel, 2014.</b>	47
TABELA 3	<b>Ações Desenvolvidas Segundo os Objetivos Específicos do Projeto de Intervenção Realizado em São João da Serra (PI).</b>	57

## **Lista de Abreviaturas/Siglas e Acrônimos**

ESF	–	Estratégia de Saúde da Família
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
CRAS	–	Centro de Referência da Assistência Social
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS		Ministério da Saúde
NASF	–	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SIAB	–	Sistema de Informação da Atenção Básica
ASB	–	Auxiliar de Saúde Bucal
ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
PSE	–	Programa de Saúde na Escola
ESB	–	Estratégia de Saúde Bucal
SMS/SJS	–	Secretaria Municipal de Saúde/São João da Serra
SUS	–	Sistema Único de Saúde
CD	–	Cirurgião-Dentista

## Sumário

<b>Apresentação</b> .....	<b>12</b>
<b>1. Análise situacional</b> .....	<b>13</b>
1.1 Texto Inicial sobre a situação da UBS realizado em 18/04/2013.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional realizado em 11/07/2013 .....	15
1.3 Comentário comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	23
<b>2. Análise estratégica – projeto de intervenção</b> .....	<b>24</b>
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e Metas .....	25
2.2.1 Objetivo Geral.....	25
2.2.2 Objetivos Específicos .....	26
2.2.3 Metas.....	26
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das Ações.....	27
2.3.2 Indicadores .....	33
2.3.3 Logística da Intervenção.....	35
2.3.4 Cronograma .....	40
<b>3. Relatório da intervenção</b> .....	<b>41</b>
3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades.....	41
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades.....	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	44
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço .....	44
<b>4 avaliação da intervenção</b> .....	<b>46</b>
4.1 Resultados .....	46
4.2 Discussão.....	53
4.3 Relatório da intervenção para os gestores.....	56
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade.....	60
<b>5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b> .....	<b>63</b>
<b>Referências bibliográficas</b> .....	<b>66</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo 1 – Ficha Espelho	

Anexo 2 – Planilha de Coleta de dados

Anexo 3 – Documento do Comitê de Ética em Pesquisa

**Apêndices**

Apêndice 1 – Prontuário Odontológico

Apêndice 2 – Ficha para Levantamento Epidemiológico (\*) Índices CPO-D/ceo-d.

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Está constituído pelo relato da realização de um projeto de intervenção voltado à melhoria da atenção à saúde Bucal de crianças em idade escolar de 06 a 12 anos, nas escolas da área adscrita da Unidade de Saúde da Família Joaquim Fernandes de Araújo e na equipe de saúde bucal implantada na sede da Secretaria de Saúde, localizadas no município de São João da Serra, Piauí. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, independentes entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, realizada por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção desenvolvida ao longo de 16 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados dessa intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho, o qual foi desenvolvido entre Abril/2013 e Abril/2014.

## **1. Análise situacional**

### **1.1 Texto Inicial sobre a situação da UBS realizado em 18/04/2013**

#### **- ESTRUTURA DA UBS:**

A minha UBS (P. S. Joaquim Fernandes de Araújo) fica situada na comunidade

Lagoas, zona rural de São João da Serra (PI). No entanto, por conta de não comparecimento de um dos três cirurgiões-dentistas concursados, estou sendo responsável por esta equipe e outra que se localiza na Secretaria Municipal de Saúde (SEDE). Dessa forma, como estou responsável pelas duas equipes de ESF (por enquanto, segundo a Secretária de Saúde que já convocou o 1º classificado do concurso), sinto-me na obrigação de relatar sobre as duas equipes. Como nem todos os convocados do concurso compareceram, também não há zonas definidas. Porém, como já relatei anteriormente, essa situação já esta sendo normalizada. Além disso, todas as equipes são mistas, ou seja, atendem a população da zona rural e urbana.

A equipe situada na SEDE está dividida em dois pontos, pois não temos uma UBS. De forma que a gerência da ESF e o atendimento odontológico funcionam na secretaria municipal de saúde, já a enfermagem e o atendimento médico funcionam no hospital municipal. No entanto, em reunião com a secretária de saúde, já está confirmado à criação da UBS, faltando apenas o arquiteto terminar a planta para a execução da obra. O consultório em que atendo, há ar-condicionado, é forrado e tem os padrões recomendados pelo MS. Temos uma sala de esterilização e lavagem e acondicionamento de materiais separados, além de um banheiro para lavagem de mãos, ou seja, dentro dos padrões de biossegurança.

Ao lado da secretaria funciona o NASF, onde há o acompanhamento da fisioterapeuta, psicóloga e a farmácia. Existe um bom relacionamento entre o NASF

e a equipe de ESF, posso até comentar de um caso onde uma paciente que tivera um trismo, ocasionado por AVC, fora submetida à cirurgia corretiva, e está sendo acompanhada por equipe multiprofissional (Fisioterapia, Psicologia, Odontologia) composta pelos dois centros de atenção. O acompanhamento nutricional ainda não está sendo realizado por questões de chamada em concurso público. Além disso, a frente de minha unidade, localiza-se o CRAS, onde, em parceria com a assistente social e a secretária de assistência social, estão havendo palestras com grupos (gestantes, idosos, pacientes com necessidades especiais...), estando envolvidos a enfermeira e eu, cirurgião-dentista, da equipe do P. S. Joaquim Fernandes.

Com relação ao Posto de Saúde Joaquim Fernandes, esta já é uma UBS que possui uma recepção; consultório de enfermagem, medicina e odontologia; sala para curativos, almoxarifado e um banheiro. Toda a estrutura está em boas condições, sendo que o consultório odontológico é forrado e equipado com ar-condicionado, o compressor situa-se fora do consultório (assim como na SEDE, diminuindo a poluição sonora do consultório), sendo bem confortável. Ele situa-se ao lado de uma Unidade Escolar, onde há um acompanhamento bem próximo da equipe para com a qual.

#### - PROCESSO DE TRABALHO

Com relação a equipe, os cargos de nível superior (médico, enfermeira e dentista) são todos concursados, no entanto, há apenas um mês e meio que a equipe se reuniu, sendo assim, estamos tendo algumas dificuldades para trabalhar em equipe. Além disso, como alguns profissionais convocados por concurso não assumiram, assim não temos uma organização fixa das equipes, como disse anteriormente. Com relação à ASB, serviços gerais e demais cargos, inclusive dos NASF, todos são bolsistas, ou seja, contratados temporariamente.

Existe uma boa relação entre todos, tanto concursados como bolsistas, tendo um respeito muito grande de ambas às partes. Com relação o núcleo odontologia-medicina-enfermagem, existe um distanciamento entre mim, dentista, e o médico; já com a enfermagem começou a desenrolar uma boa parceria, onde já começamos a planejar algumas ações.

## - RELAÇÃO COM A COMUNIDADE

Em relação à comunidade, está havendo um bom feedback, onde os ACS estão trazendo as dificuldades para a equipe e estamos tentando saná-las. A comunidade, segundo os ACS, está “gostando” da equipe.

Com relação ao Conselho Municipal de Saúde, este existe, mas sua atuação está muito aquém de sua importância. Sua formação encontra-se inadequada, sendo praticamente todo composto pelos “administradores” da prefeitura.

A Enfermagem e a Odontologia estão realizando o PSE (Programa de Saúde na Escola), onde estão havendo palestras, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor. Além disso, está sendo planejada a entrega da Cartilha do Adolescente, onde será envolvida toda a equipe em parceria com as Unidades Escolares.

No entanto, estou com dificuldades em relacionar a atenção curativa e a prevenção e promoção de saúde, uma vez que a quatro meses que não havia atendimento odontológico na minha cidade, ou seja, há um demanda reprimida muito grande.

### **1.2 Relatório da Análise Situacional realizado em 11/07/2013**

São João da Serra, cidade do estado do Piauí com 6019 habitantes (IBGE, 2012), situada a 130 km da capital Teresina, conta com um sistema de saúde composto por um hospital misto, três equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 2.

O hospital misto é responsável pela primeira atenção em casos de urgências e emergências, sendo que casos que necessitem atenções especializadas são encaminhados para a capital, bem como a maioria dos exames complementares, os quais estão com a coleta e realização suspensas no município, exceto a citologia esfoliativa do colo uterino e a glicemia capilar.

O NASF auxilia a atenção básica com a farmácia popular, atenção de dois fisioterapeutas, uma psicóloga e um nutricionista. Além deste, a saúde encontra-se em parceria com o social através do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), onde são formados grupos de atenção, como, por exemplo, idosos, gestantes, pacientes especiais, dentre outros.



As equipes de ESF, em número de três e, por isso, denominadas equipe 1, 2 e 3, são todas do tipo de atenção mista (atendem zona urbana e rural) tradicional, associadas, na proporção de 1 para 1, a uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) Modalidade I. Sendo assim, todas as equipes têm como formação básica um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório dentário (auxiliar de saúde bucal) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Com relação a sua locação, a equipe 1 está locada no Posto de Saúde Mãe Honorata; já as equipes 2 e 3 têm suas atenções de enfermagem e médica locadas no hospital e a atenção de saúde bucal realizadas na Secretaria Municipal de Saúde (zona urbana) e P.S Joaquim Fernandes de Araújo (zona rural, especificamente no povoado Lagoas), respectivamente. Componho a Equipe 3, porém estou locado na Secretaria Municipal de Saúde porque o terceiro Cirurgião-Dentista ainda não fora selecionado em caráter definitivo através do Concurso de Provas e Títulos por problemas administrativos.

Como já fora observado, a Equipe 3 é dividida, situação que compromete a atuação em equipe nos diversos grupos de atenção (idosos, hipertensos e diabéticos, crianças), com exceção da atenção a gestantes, pois há uma deficiência de diálogo na equipe. Esta deficiência pode ser superada através de reuniões envolvendo toda a equipe, em um primeiro momento, e da construção da UBS para reunir todas as atenções e a estratégia em equipe funcione em sua plenitude.

Além do diálogo, a atenção está locada no hospital dificulta a população entender o caráter de prevenção e promoção de saúde da ESF. Como solução para dificuldade poderia ser, de caráter imediato, um arranjo dentro do próprio hospital de forma a melhorar o aspecto visual e assim dar relevância para a ESF de forma a distanciá-la conceitualmente aos olhos da população da atenção hospitalar em si.

Em relação à atenção de saúde bucal, esta, como já citado, funciona na Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a gerência da UBS. Além do distanciamento da equipe, existe uma dificuldade com relação ao acolhimento, uma vez que não há recepcionista, sendo esse realizado pela Auxiliar de Saúde Bucal. Associada as dificuldades anteriores, tem-se ainda a descaracterização conceitual da ESB, uma vez que, ainda é entendida apenas no seu caráter curativo, tendo certa resistência por parte dos gestores em aceitar o aspecto de promoção e prevenção. Estão sendo realizadas reuniões com a gestão para este entendimento, além disso, de forma imediata, seria também a realização de um melhoramento visual do local

de atendimento de forma a caracterizar a ESB junto ao olhar da sociedade de São João da Serra.

Ainda com relação ao aspecto estrutural, porém de forma mais concreta, a Equipe 3 dispõe de duas salas no hospital para atendimento médico e de enfermagem, ambas sem banheiro próprio, além de sala de espera (a mesma do hospital) e sala para acolhimento (a mesma do hospital). Na Secretaria de Saúde, onde funciona a gerência da UBS e atendimento odontológico, é disponível um consultório com ar condicionado, banheiro e espaço para lavagem de materiais (separado do consultório), uma sala para autoclave, a qual tem acesso por uma janela para o espaço de lavagem de material, um lugar arejado fora do consultório para o compressor odontológico, uma minúscula e quente sala de espera. Além disso, existe uma sala para a gerência e um depósito.

Além das dificuldades estruturais, a Equipe 3 também tem como dificuldade a se enfrentar, pelo menos nesse ano, a falta de dados. Como a equipe fora formada no início do ano em sua totalidade e não se dava a devida atenção ao arquivamento dos dados, o que ainda hoje ocorre, não se tem um número exato de vários indicadores dos diversos grupos de atenção (hipertensos, diabéticos, idosos...). Os indicadores utilizados nesta análise foram, em sua grande maioria, coletados nos registros pessoais dos profissionais (atenção de enfermagem e odontologia).

Indicador certo é a população adscrita da equipe: 2600 habitantes da zona urbana e rural, a qual, em sua maioria, é composta por crianças (0-14 anos, principalmente), adultos e idosos, do sexo feminino (em uma proporção aproximada de 1 para 0,6, em relação ao sexo masculino). A faixa etária dos adolescentes e adultos jovens está um pouco aquém da estimado por haver uma imigração deste por motivos de ocupação profissional. Esta população adscrita é representada por 5 agentes comunitários de saúde (ACS), os quais relatam não conseguir fazer a cobertura da região em sua plenitude. Com relação às equipes de ESF e ESB, estas são adequadas à população, porém existem as deficiências estruturais relatadas anteriormente.

A população adscrita é atendida em sua prioridade por atendimento programático, onde as ações de atenção a grupos específicos têm dias determinados na UBS, com exceção da atenção em saúde bucal que atende exclusivamente por demanda espontânea. A demanda espontânea também é acolhida na atenção médica e de enfermagem, de forma que o acolhimento é

realizado pela auxiliar de enfermagem e a recepcionista, as quais direcionam para a ESF ou atenção hospitalar, não havendo um excesso de demanda nestas atenções.

Dentro da população adscrita foram avaliados grupos de atenção específica, os quais são: pré-natal, saúde da mulher (controle do câncer de cólon de útero, controle do câncer de mama), saúde da criança, saúde do idoso, hipertensos e diabéticos e, por fim, a saúde bucal.

Antes de descrever a situação da atenção destes grupos é essencial realçar novamente que não há um tratamento adequado dos dados que alimentam o SIA/SUS, SIAB, SISVAN, HIPERDIA, dentre os outros. Assim, não uma avaliação local dos grupos nem pelos profissionais e muito menos pela coordenadora das ESF/ESB. Os registros que foram iniciados a partir da posse dos profissionais e aqui utilizados são o livro de registro da enfermeira e o livro de registro da atenção em saúde bucal. Em relação aos prontuários, estes estão organizados por ACS e localizados no hospital, o que também impossibilita uma avaliação minuciosa dos grupos através destes. Já o prontuário odontológico foi instituído neste mês (por mim) e funcionará a partir de Agosto.

Para iniciar a avaliação dos grupos, nada mais conveniente que começar com a origem, a atenção ao pré-natal. Primeiramente é importante mencionar que há um número muito menor de gestantes atendidas no pré-natal que o número estimado pela planilha de denominadores, sendo aquele correspondendo a sete gestantes (18% do total de gestantes estimadas). Pode está ocorrendo uma das seguintes situações: não estão sendo captadas precocemente as gestantes ou realmente há esse baixo número de gestantes. A definição da situação que esta acontecendo partirá de uma busca minuciosa dos ACS para a captação dessas possíveis gestantes faltantes.

As gestantes que estão realizando o Pré-natal estão todas com as consultas, exames, orientações (aqui se inclui a orientação para o AME – Aleitamento Materno Exclusivo – e o complementado até os dois anos) e vacinas em dia, até a avaliação da saúde bucal, a qual não era 100% na época da coleta dos dados da avaliação situacional, atualmente está com sua cobertura em sua totalidade, segundo os últimos dados obtidos com a análise da saúde bucal. As futuras mães tem um dia específico de atenção médico e de enfermagem, sendo limitado a um turno, porém, se houver necessidade de atendimento por demanda espontânea, esta é atendida e a gestante direcionada para o dia do pré-natal.

Continuando o ciclo da vida, a puericultura, ou seja, o atendimento das crianças de 0 a 72 meses, é realizado em duas oportunidades de turno, em dois dias diferentes, porém, caso haja a necessidade de atendimento por demanda espontânea, esta é resolvida e a criança é direcionada para as oportunidades de puericultura.

As crianças sob a atenção da Equipe de Saúde 3 estão com o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, vacinas e consultas em dia, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Estas que estão em um número de 40, inferior ao número estimado (neste caso, é bem provável que o número apresenta seja o real e o estimado esteja superestimado, podendo haver a diferença de apenas uma ou duas crianças), somente estão em déficit com a avaliação da saúde bucal, que na época da análise representava apenas 25% e atualmente ainda não passou dos 50%.

Com relação aos recém-nascidos, todos têm a primeira consulta de puericultura antes dos sete dias de vida, um cuidado que já havia na equipe anterior e que continua na atual; porém há uma deficiência com relação ao teste da orelhinha e o teste do pezinho até os sete dias, pois não há a disponibilidade destes no município, sendo assim, sua realização é dependente da maternidade onde há o nascimento. No caso de partos realizados no município, os recém-nascidos ficam na espera de um transporte e uma maternidade que realize os testes na capital.

O INCA (Instituto Nacional do Câncer) estima para 2013 a detecção de 518.510 novos casos; dentre os diversos tipos de câncer, são assistidos, e aqui avaliados, na atenção básica os que acometem o Colo do Útero e a Mama. A estes dois tipos de câncer é destinado um turno da semana para atendimento médico e de enfermagem pela Equipe 3 de ESF/ESB de São João da Serra.

Durante a avaliação desses, observou-se um número muito abaixo em relação à estimativa da cobertura de Prevenção do Câncer Ginecológico (Colo do Útero), 30% aproximadamente. É importante afirmar que este número fora obtido nos três primeiros meses de atendimento da equipe, o que indispõe afirmar que está havendo uma cobertura aquém, bem como, presumir que nos 12 meses haverá a cobertura de 100% da população estimada para a realização da prevenção.

Entre os indicadores da qualidade da Prevenção do Câncer de Colo de Útero avaliados, observa-se a obtenção de amostras satisfatórias da citologia, ou seja, é executada de acordo com a técnica do Ministério da Saúde, e o baixo índice de CA

de colo de útero em São João da Serra (houve apenas um diagnóstico positivo). Além disso, é importante assistir também que todas as mulheres são orientadas sobre DSTs e prevenção dessas e a maioria está com o exame de colo uterino em dia (97%).

Ainda sobre os CAs, a Prevenção e Controle do Câncer de Mama na UBS estão com uma cobertura de 93%, o que é bastante satisfatório uma vez que a equipe, na época da coleta dos dados, estava apenas de 3 a 4 meses formada e atuante. Destas 200 mulheres já atendidas, apenas 10 estavam com a mamografia com mais de 3 meses em atraso e apenas uma com avaliação de risco para CA de mama.

A hipertensão e a diabetes são duas das doenças crônicas de maior relevância quando se considera morbi/mortalidade no Brasil. Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde realiza anualmente o inquérito telefônico para a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL). Em 2009 o inquérito detectou as seguintes prevalências de hipertensão: 24,4% na população adulta de 18 anos e mais, chegando a 63,2% na população maior de 65 anos. Em relação às diabetes, detectou que 5,8% da população brasileira com 18 anos ou mais a confirma ter diabetes.

De acordo com o Ministério da Saúde, O Sistema de Informações de Hipertensos e Diabéticos (SIS-HiperDia) permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e diabetes vinculados às unidades básicas do SUS. As informações do sistema são de extrema importância para a Vigilância em Saúde e para os profissionais da rede básica e gestores do SUS, no enfrentamento destas doenças. A Equipe 3 destina um dia de atendimento médico e de enfermagem ao HIPERDIA.

Com relação ao acompanhamento dos hipertensos residentes na área da UBS da Equipe 3, esta se resume a 37% da estimativa realizada através dos denominadores. No entanto, o número de 200 hipertensos acompanhados, segundo a enfermeira da equipe, representa aproximadamente 80% dos hipertensos da área. Porém, a enfermeira ressaltou que se precisa de mais ações para identificar os hipertensos que não foram diagnosticados ainda, além disso, uma conscientização com relação ao uso dos medicamentos prescritos (muitos são analfabetos).

É bem verdade que não há um registro bem definido, uma vez que os números informados durante a análise situacional são de forma parcial, pois os

registros organizados que teve acesso são do registro de enfermagem instituído quando a equipe fora formada. Com relação à atenção odontológica, devendo-se principalmente a atenção ocorrer em local diferente a aquela que é realizada a atenção de enfermagem, resistência dos pacientes e demanda reprimida ainda muito intensa no município, está defasada.

Continuando a atenção as doenças crônico-degenerativas, a equipe da UBS acompanha 70% (110 pacientes) da estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área. Igualmente aos hipertensos, de acordo com a enfermeira, esse número parece está superestimado; porém, se analisarmos que muitos pacientes com diabetes não sabem que possuem a enfermidade, pois esta é silenciosa, pode ser um indicador que deve haver uma busca por esses 30% faltantes de cobertura.

Dentre os que estão com o acompanhamento em dia, observando os indicadores pesquisados durante a avaliação, observa-se uma negligência em vários indicadores. Pode-se observar que o diagnóstico dos principais agravos em decorrência da diabetes não está sendo realizado (olho e pé diabético). Além disso, não está sendo realizado um acompanhamento da saúde bucal, isto se deve por quatro fatores básicos: a atenção da enfermagem e odontológico serem realizadas em locais diferentes (a primeira no hospital e a segunda na secretaria), falta de um prontuário que aborde a saúde bucal do paciente, a resistência do paciente em ir ao serviço odontológico, além da demanda reprimida ser bastante grande ainda (a falta de vagas também desestimula os pacientes).

Verificando a situação dos pacientes diabéticos, pode-se diagnosticar que deve ser realizada uma reorganização da atenção para que sejam realizados os diagnósticos necessários e a atenção à saúde, onde o paciente seria atendido por pelo menos os três profissionais envolvidos na ação: médico, enfermeiro e dentista.

A avaliação situacional constatou que são acompanhados mais de 380 idosos com ou mais de 60 anos, como fora informado anteriormente, essa faixa etária é uma das predominantes. Destes 230 estão diagnosticados com hipertensão e 70 com diabetes, correspondendo a 61% e 18%, respectivamente, da população idosa atendida. Dentre os vários indicadores avaliados, o que chama atenção positivamente é a totalidade dos idosos possuírem sua caderneta e estarem com orientação nutricional para hábitos alimentares e atividade física em dias. No entanto, chama a atenção negativamente os 100 idosos que estão com o

acompanhamento com mais de três meses de atraso, o que é realmente preocupante. Além disso, até o dia da avaliação, apenas 80 idosos afirmaram ter buscado a avaliação da saúde bucal, o que fora constatado que era uma informação incoerente, pois, ao verificar a atenção à saúde bucal na última semana de avaliações, observou-se que somente a metade fora ao dentista.

Voltando-se ainda aos idosos, observou-se também que, em sua grande maioria, estão envolvidos em algum dos grupos de atenção já vislumbrados. Dessa forma, a atenção a esses pacientes é realizada em todos os dias, na forma de atendimento a demanda espontânea, sendo direcionados para os grupos de atenção específica. Aqueles que possuem a tão desejada “saúde de ferro” tem atendimento diferenciado com marcação de consultas mensais (por exemplo, se um senhor de 80 anos com nenhum problema sistêmico vai a UBS, ele tem sua consulta marcada com 30 após aquele dia).

Finalizando a análise situacional, observou-se a situação da saúde bucal na Equipe 3. Esta contemplou em um movimento sobre-humano quase que a totalidade dos indicadores anuais em quatro meses, como por exemplo, 25% da população adscrita atendida em 1ª consulta programática e mais de 100% das gestantes atendidas.

Que fique bem claro que esta ação de diminuição da demanda reprimida chegou a estes números por atender mais de área, ou seja, o cirurgião-dentista (eu) estava a atender a demanda de saúde bucal das Equipes 2 e 3. Assim, não se pode afirmar que estes números são fidedignos em relação à área adscrita para a Equipe 3 (ou seja, não foi 25% da população de 2600 pessoas da área que foram atendidas, foram 528 pessoas da população de São João da Serra), e, dessa forma, vangloriar esta atuação do cirurgião-dentista na saúde bucal de sua área. Porém é de fato um exemplo que a ESB funcione 25 dias no mês, três dias a mais que a média de dias utilizada para realizar as estatísticas, bem como a realização de mais de um procedimento por paciente.

A construção desse relatório durante as várias semanas de análise situacional provocou um olhar diferente na equipe, principalmente por parte da enfermagem e odontologia. Assim, como resultados principais têm-se a mudança do horário da atenção de saúde bucal, com mais ênfase a promoção e a prevenção de saúde, e um olhar diferenciado aos dados por parte da enfermeira. Adiciona-se também uma reunião onde foram pedidos mais recursos destinados a ações de prevenção e

promoção de saúde para a gestão, uma vez que não está havendo este enfoque por parte desta.

### **1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da análise Situacional (RAS)**

Ao comparar o relatório da análise situacional e o relatório inicial realizado na semana de ambientalização, observou-se uma avaliação mais profunda da equipe, vendo e revendo suas nuances em relação ao atendimento aos diversos grupos de populacionais atendidos na unidade. No entanto, percebo que ficou faltando uma avaliação situacional com olhar mais holístico, que se considera uma avaliação das relações interprofissionais e interpessoais durante essas semanas. Pontos a serem melhorados nos próximos momentos em equipe.

E nessa reflexão, volto à atenção para quatro aspectos, três da análise proposta e um com enfoque pessoal: 1) o dia-a-dia da equipe promoveu uma integração maior e mais consistente, com sentimento de pertencimento a um grupo que trabalha conjuntamente, o que contribui para me sentir cada vez mais “em casa”, pois sou de fora da cidade; 2) Percebi que precisamos de uma melhor organização na gestão dos dados para assim propor uma análise da situação de saúde mais fidedigna e consistente e, dessa forma garantir uma abordagem diferenciada de cada grupo de atenção; 3) é necessário integrar mais a equipe nas ações aos grupos específicos, o que precisa de mudanças tanto por parte da equipe quanto maior apoio dos gestores; e, finalmente o 4) Em que avalio me sentir mais capaz em falar de mudanças para a melhoria da saúde pública, uma vez que antes não fazia muito sentido que algumas práticas fossem diferenciadas, o que me faz ver tudo de outra forma agora.



## **2. Análise estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A ação programática Saúde Bucal nas Escolas, subsidiada pelos Cadernos de Atenção Básica Nº 17 (BRASIL, 2006) e Nº 24 (BRASIL, 2009), tem sua importância no fato da escola ter grande influência sobre a saúde dos escolares. Por isso, há anos existem programas de saúde bucal sendo desenvolvidos em escolas no mundo; sendo que a priorização dos escolares permitiu o controle da cárie na maioria dos países onde isso ocorreu. Como experiência nacional, podemos citar o caso de São José dos Campos (SP), onde se observou que a prevalência da cárie dentária nos escolares diminuiu no período de 1979 a 1991, devida à reorientação das ações preventivas em 1985, as quais consistiam na implementação de um programa preventivo complementar para escolares de alto risco. Dentre as diversas vantagens da atuação da Equipe de Saúde Bucal dentro do ambiente escolar pode-se citar: Resultados favoráveis alcançados com a aplicação de medidas preventivas de caráter coletivo; a presença da maioria das crianças e adolescentes nas escolas de Ensino Fundamental e Médio, as quais proporcionam facilidades de atendimento e ambiente propício à absorção de novos conhecimentos, como os conteúdos de educação em saúde.

Os escolares de São João da Serra representam quase 17% da população adscrita (439 pessoas com idade entre 5 e 14 anos), das quais apenas 25% já frequentaram a unidade de saúde para cuidados bucais. Porém, apenas 63 (57%) concluíram o tratamento, além de ainda serem tímidas as ações coletivas de orientação em saúde bucal, sendo representadas por visitas pontuais as escolas com orientação de higiene bucal e aplicação tópica de flúor, e não há um quadro diagnóstico da situação da saúde bucal deste grupo.

Assim, apesar dos esforços para oferecer uma boa qualidade de serviços em saúde bucal, a equipe da ESB ainda não consegue realizar o enfoque preventivo tão importante na estratégia. Mesmo com uma parceria cada vez mais próxima com a enfermeira, não está havendo um fluxo contínuo da pericultura para atenção em saúde bucal por conta da dificuldade física, o consultório odontológico é separado do restante da equipe, da demanda reprimida, que ainda é muito grande na cidade (por exemplo, posso citar que pessoas estão chegando às quatro horas da manhã para pegar um número para serem atendidas, mesmo após seis meses de duas equipes de ESB atuando em sua plenitude), da necessidade de mais uma equipe de uma terceira ESB (ainda com problemas de chamada em concurso público) e de planejamento do processo de trabalho, afinal deve-se conscientizar a população, a gestão e o próprio profissional que a prevenção é a solução para evitar a intervenção curativista que ainda é o principal foco de muitas equipes de atenção primária no Brasil.

Dessa forma, observando sua importância e baixa atenção dada às ações de saúde bucal para este grupo, justifica a proposta de intervenção, sendo que sua implementação está sendo esperada tanto pela gestão quanto pela escola (diretoria, professores e alunos). A intervenção em sua essencial é viável, desde que haja uma integração muito boa entre a equipe de saúde e a equipe de gestão, uma vez que depende de investimento por parte desta para que possamos realizar com a qualidade devida. Além disso, sabemos que o período de quatro meses é o primeiro passo para uma melhoria na qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares com ênfase na prevenção e promoção de saúde. As ações devem ser continuadas.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Qualificar as ações de atenção à saúde bucal em crianças com idade escolar de 06 a 12 anos, nas escolas da área adscrita da Unidade de Saúde da Família Joaquim Fernandes de Araújo e na equipe de saúde bucal implantada na sede da Secretaria de Saúde, no Município de São João da Serra/PI.

### 2.2.2 Objetivos Específicos

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

### 2.2.3 Metas

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

1. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 80% dos escolares de seis a doze anos de idade das escolas da área de abrangência;
2. Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 100% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde;
3. Realizar 1ª consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco;

**Relativas ao objetivo 2:** Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal:

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

**Relativas ao objetivo 3:** Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares:

5. Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares;
6. Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares;
7. Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

**Relativas ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações:

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

**Relativas ao objetivo 5:** Promover a saúde bucal dos escolares:

9. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares;
10. Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças; .
11. Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças. .

## **2.3 Metodologia**

Este projeto de intervenção está para ser desenvolvido no período de 16 semanas nas escolas da área adscrita. Participarão da intervenção os escolares em idade entre 06 e 12 anos.

### **2.3.1 Detalhamento das Ações**

- Objetivo específico 1: ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares

Para ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 80% dos escolares de seis a doze anos de idade das escolas da área de abrangência, no eixo monitoramento e avaliação, será realizado um monitoramento da situação de risco dos escolares para doenças bucais através do exame epidemiológico CPO-D, o qual possibilitará a construção de um quadro de risco epidemiológico para a cárie dental, identificando em qual a idade entre 5 e 14 anos é mais prevalente. No eixo organização e gestão do serviço, serão identificados e informados os espaços escolares adstritos a cada Unidade Básica de Saúde (UBS) através de reunião com as secretárias de saúde e/ou educação primariamente e, em seguida, através de reunião com os diretores dos espaços, para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal. Definidos os espaços escolares, será organizada a agenda de saúde bucal, onde será destinado um turno de atendimento específico para os escolares e um turno para as atividades extra-muro, com o objetivo de priorizar as atividades nas escolas e o atendimento aos escolares. No eixo do engajamento público, a comunidade será informada e sensibilizada sobre os turnos de atividades

nas escolas da área de abrangência da UBS através dos ACS (os quais serão orientados) e professores e funcionários dos espaços escolares (também serão orientados), para que todos tenham um objetivo: a saúde bucal dos escolares, porém, claro, sem atrapalhar o andar das atividades destes nas escolas. No eixo da qualificação da prática clínica, a equipe será capacitada para a realização da ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica através de artigos, e para realizar a classificação de riscos, programação de atividades segundo as necessidades e hierarquização dos encaminhamentos dos escolares para atendimento clínico na UBS através do curso de especialização em Saúde da Família, e seus respectivos materiais e orientações, e estudos de práticas clínicas anteriores. É importante ressaltar que o eixo da qualificação da prática clínica limita-se a equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista – eu – e a ASB).

Para a ampliação da cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 80% dos escolares moradores da área de abrangência da UBS, no eixo de monitoramento e avaliação, será monitorado o número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta através das fichas odontológicas confeccionadas e com arquivo próprio. Assim, somando o percentual de crianças com 1ª consulta programática que fora obtido na análise situacional com o número de crianças que realizarão as primeiras consultas, teremos o número de crianças com a 1ª consulta programática realizada. No eixo da organização e gestão do serviço, será organizado o acolhimento a este escolar, bem como realizado o seu cadastro e dada à atenção à sua saúde bucal em um turno semanal destinado a estes, onde, a partir da atenção em saúde bucal, serão encaminhados aos outros níveis de atenção da UBS (médico, enfermeiro, nutricionista) de acordo com a necessidade. No eixo do engajamento público, a comunidade será esclarecida sobre a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos dos escolares através dos ACS e cartazes a serem dispostos na UBS e nos espaços escolares. No eixo da qualificação da prática clínica, será realizada a capacitação da equipe de saúde bucal para realizar o acolhimento, cadastro e agendamento dos escolares para o programa através de material a ser estudado e implementado junto à equipe.

Para realizar em 100% dos escolares da área classificados como alto risco a primeira consulta odontológica, no eixo monitoramento e avaliação, será monitorado o número de escolares que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica através de quadro de risco obtido do exame epidemiológico, as fichas-

espelho e a ficha do monitoramento de entrada de pacientes. No eixo organização e gestão do serviço, será organizada a agenda de modo a priorizar o atendimento aos escolares de alto risco, destinando-se um turno da semana para a atenção desses escolares. No eixo engajamento público, será esclarecida a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos dos escolares de alto risco por meio dos ACS e cartazes que irão informar a importância de se intervir precocemente na doença cárie. Já no eixo qualificação da prática clínica, será capacitada a equipe para realizar o acolhimento, o cadastramento e o agendamento dos escolares de alto risco e seus responsáveis para o programa.

- Objetivo específico 2: melhoria a adesão ao atendimento em saúde bucal.

Para realizar a busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas, no eixo monitoramento e avaliação, será monitorado a periodicidade das consultas, os faltosos e as buscas realizadas pelo programa de atenção à saúde bucal do escolar através de arquivo específico para os participantes desta ação, onde, semanalmente será realizada uma busca ativa dos faltosos agendados. No eixo organização e gestão do serviço, será organizada a agenda para acomodar os faltosos após a busca e, se necessário, organizar visitas domiciliares para busca de faltosos, através de três meios: primeiro por contato telefônico, segundo por marcação do horário de atendimento durante o turno escolar, de forma a não prejudicá-lo, e terceiro por meio dos ACS. No eixo engajamento público, será ouvido a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento, por meio de uma caixa de sugestões e uma ficha específica com as perguntas “o que o Sr(a) acha que melhoraria a acessibilidade da UBS?” e “o que o Sr(a) acha que está faltando para o atendimento seja considerado excelente?”. No eixo da qualificação da prática clínica, capacitar-se-á a equipe para esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal e os ACS para realizar a busca aos escolares faltosos ao tratamento odontológico através de reunião com a equipe e os ACS para esclarecer a importância desta ação não só para a saúde da boca como também do corpo daquela criança; assim, este ACS esclarecido terá meios de argumentação para trazer os escolares faltosos de volta a UBS.

- Objetivo específico 3: melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares.

Para realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares, no eixo monitoramento e avaliação, será monitorada a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por escolar através de listas de frequência preenchidas durante as ações de escovação supervisionada. No eixo organização e gestão do serviço, planejando a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades, estimando-se o número de turnos necessários para atingir a meta para os escolares das escolas da área da unidade de saúde, sendo definido o número de escolares envolvidos (300 aproximadamente), têm-se como necessário para a realização da atividade 300 escovas dentais novas promovidas pela SMS/SJS ou mesmo as dos escolares; 10 tubos de creme dental 30g (exagerando-se mais de 1 g de creme dental por criança); 1 macro modelo (já existente na UBS); local para guardar as escovas na escola; como a ação dura em média 20 minutos por turma de em média 20 alunos, então, necessita-se de 300 minutos, ou seja, 6 horas (para não ficar tão cansativo, será realizado em dois turnos). Como o objetivo é realizar duas ações de escovação supervisionada, serão precisos 20 tubos de creme dental e quatro turnos. No eixo engajamento público, será informada e sensibilizada a comunidade sobre os turnos de atividade nas escolas da área de abrangência da UBS e sensibilizado os professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde através dos ACS e cartazes espalhados nas escolas e UBS sobre a importância desta ação na formação de adultos saudáveis; já os professores e funcionários serão convidados a participarem das ações para que vejam a importância desta ação para a saúde bucal daquelas crianças. No eixo qualificação da prática clínica, será capacitada a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada através de oficina para tornar o espaço onde serão realizadas as ações desta intervenção o mais atrativo para as crianças através de bonecos, balões e cartazes.

Para aplicar gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares, no eixo monitoramento e avaliação, será monitorada a média de ações coletivas de aplicação de gel fluoretado por escolar através de lista e marcação daqueles que participarão da ação. No eixo organização e gestão do serviço, será pactuado com as escolas a área e os horários para realização de ações coletivas de saúde bucal e elaboradas fichas de acompanhamento do número de escovação supervisionada

recebida por cada escolar. Ainda no mesmo eixo, planejando a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades, estimando o número de turnos necessários para atingir a meta para os escolares das escolas da área da unidade de saúde, têm-se:

- Sendo que participarão 300 crianças, colocando 2 ml de gel por aplicação, sendo duas aplicações (3 em 3 meses), assim temos a necessidade de 1200 ml de gel fluoretado.

- Sendo o tempo global para a aplicação dura em média de 2 minutos, se serão duas aplicações, teremos a necessidade de 1200 minutos, ou seja, 20 horas, sendo ainda mais específico, 5 turnos.

No eixo engajamento público, será informada e sensibilizada a comunidade sobre os turnos de atividade nas escolas da área de abrangência da UBS e sensibilizado os professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde através dos ACS e cartazes espalhados nas escolas e UBS sobre a importância desta ação na formação de adultos saudáveis; já os professores e funcionários serão convidados a participarem das ações para que vejam a importância desta ação para a saúde bucal daquelas crianças. No eixo qualificação da prática clínica, será capacitada a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de aplicação de gel fluoretado, de forma a deixar o ambiente mais atrativo para as crianças.

Para concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica, no eixo monitoramento e avaliação, será monitorada a conclusão do tratamento dentário através das fichas-espelho confeccionadas para os escolares que irão participar do programa. No eixo organização e gestão do serviço, organizar-se-á a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento, sendo determinado um turno semanal para a atenção aos escolares, de forma a priorizar a conclusão dos tratamentos, assim, pensa-se inicialmente realizar 4 primeiras consultas e 3 continuações de tratamento para poder obter-se a meta; será garantido com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico, por intermédio de reuniões semanais com a Secretária de Saúde; e garantir-se-á junto ao gestor o oferecimento de serviços de diagnóstico por meio de requisição da aquisição do material necessário para a realização do exame radiográfico. No eixo engajamento público, será



esclarecida a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento dentário através dos ACS. No eixo qualificação da prática clínica, serão capacitados os profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde por meio de pesquisas e confecção de resumos para atender as necessidades desta ação.

- Objetivo específico 4: melhorar o registro das informações

Para manter o registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área, no eixo monitoramento e avaliação, será monitorado o registro de todos os escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica através de planilhas a serem construídas a partir do arquivo específico gerado para os escolares. No eixo organização e gestão do serviço, será implantada planilha de saúde bucal e ficha para acompanhamento dos escolares cadastrados durante a ação e disposto a ser uma rotina da UBS. No eixo engajamento público, será esclarecidos os escolares e seus responsáveis sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de 2ª via se necessário, por meio de cartazes informativos, de acordo com a Carta de Direitos dos Usuários de Sistemas de Saúde. No eixo da qualificação da prática clínica, será treinada a equipe para adequado preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento por meio de modelo que ficará sempre disponível.

- Objetivo específico 5: promover a saúde bucal dos escolares

Para fornecer orientações nutricionais, sobre higiene bucal e cárie dentária para 100% dos escolares, no eixo monitoramento e avaliação, serão monitoradas as atividades educativas coletivas por meio de ficha de frequência e fotos serão tiradas. Esta ficha irá compor um registro de quantos escolares participaram da ação. No eixo organização e gestão do serviço, será organizada a agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola, identificados e organizados os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas, organizado todo o material necessário para essas atividades e as listas de presença para o monitoramento dos escolares que participarem destas atividades, de forma que será disposto um turno semanal para a realização das atividades coletivas; nestas atividades serão abordados temas que, de acordo com a pesquisa prévia, serão benéficos tanto para a sua saúde bucal como saúde holística; tendo em mente que não podem ser atividades muito cansativas e imóveis, uma vez que estamos

trabalhando com crianças; durante a atividade, será realizada uma lista de frequência. No eixo engajamento público, será divulgada as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar, incentivada a importância do autocuidado do escolar, promovida a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento, avaliação, monitoramento e gestão das ações de saúde para os escolares por intermédio de reuniões onde O Como e o Quando as ações serão realizadas, serão discutidos com os profissionais da UBS, ACS, Diretora, Secretária de Saúde e Educação e professores para que estas sejam valorizadas e seus conceitos não fiquem apenas naquele encontro pontual, que se perpetuem através dos professores, ACS e profissionais da UBS. No eixo qualificação da prática clínica será capacitada à equipe para atividades de gestão em saúde, fortalecimento do controle social e para o trabalho multidisciplinar ao posicionar-se a frente de uma atividade, estará sendo realizada uma capacitação para gestão daqueles participantes, além disso, haverá um fortalecimento do controle social, onde os pais tomaram como para si as ações de promoção e prevenção de doenças bucais dos escolares e assim assumindo o seu papel dentro deste conceito.

### **2.3.2 Indicadores**

#### **Relativos ao objetivo 1:**

- 1.1 Proporção de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal:

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

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

- 1.2 Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica:

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

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

- 1.3 Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

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

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

### **Relativos ao objetivo 2:**

- 2.1 Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

### **Relativos ao objetivo 3:**

- 3.1 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.

- 3.2 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.

- 3.3 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.

**Relativos ao objetivo 4:**

- 4.1 Proporção de escolares com registro atualizado.

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

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

**Relativos ao objetivo 5:**

- 5.1 Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal.

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

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

- 5.2 Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.

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

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

- 5.3 Proporção de escolares com orientações nutricionais.

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

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

**2.3.3 Logística da Intervenção**

Para realizar a intervenção com o objetivo geral de Melhorar a Atenção a Saúde Bucal dos Escolares será adotado como referência o Caderno de Atenção Básica nº24 (BRASIL, 2009). A ficha prontuário não prevê a coleta de informações epidemiológicas, nem com relação à participação em eventos coletivos de saúde bucal. Assim, para coletar todos os indicadores será utilizada uma ficha prontuário modificada, onde abordará os dados epidemiológicos necessários para a pesquisa, além disso, será compilada uma ficha de registro a fim de dispor todos os escolares da área que participarão das atividades coletivas. Está sendo realizado um contato com o gestor para a disposição das fichas bem como de todo o material necessário

para a realização de cada indicador. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico da intervenção, será confeccionado um local apenas para guardar os prontuários e as fichas de registro. Ao fim de cada semana será avaliado cada indicador para que se observe onde deve haver maior engajamento para a obtenção de resultados esperados nos indicadores ou até sobrepujá-los.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS e gestores. Assim, começaremos a intervir na saúde bucal dos escolares, com o objetivo de ampliar a cobertura da atenção, através da ampliação da cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 80% dos escolares de seis a doze anos de idade das escolares da área de abrangência da UBS. Para a realização dessa atividade, inicialmente será realizada reunião com as secretárias de saúde e educação para a definição de quais são as escolas adscritas na região da UBS. Essa reunião já está sendo programada antes mesmo do término das semanas de análise estratégica.

Posterior à reunião com a secretária de educação, provirá outra com as diretoras das escolas selecionadas para definição dos horários, de como realizar as ações e não prejudicar o andamento escolar nas atividades corriqueiras. Esta reunião também já pode ser realizada após a concretização dos objetivos e metas, para que as semanas de intervenção sejam focadas realmente na intervenção.

Definidas as parecerias, será definido um turno semanal para a realização do exame epidemiológico. O exame epidemiológico a ser realizado será o CPO-D. Para a sua realização a produção de 300 fichas de exame (240 fichas, correspondendo a 80% dos escolares, mais excedente), caneta e prancheta e pasta classificadora como material de consumo. Todo o material de consumo será pleiteado com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Ponderando o tempo necessário para a realização deste exame, sendo necessários 7 minutos para a realização de cada exame, estima-se que sejam necessários oito turnos para a realização deste em 80% dos escolares. Ou seja, serão necessários dois meses para a realização deste. Sendo que o examinador será o cirurgião-dentista da UBS (eu).

Durante a realização do exame, será realizado o encaminhamento dos escolares que visualmente são de alto risco para a realização da 1ª consulta programática.

Após o exame epidemiológico, será ampliada a cobertura de primeira consulta programática (ou seja, aquela com o plano de tratamento odontológico) para 80% dos escolares moradores da área de abrangência da UBS. Sendo que, já foram atendidos 25% do total estimado de 439 escolares, será necessária a realização de 154 primeiras consultas para o cumprimento da meta.

Será destinado um turno semanal para o atendimento destes escolares; assim, como são atendidos sete pacientes por turno, serão necessários seis turnos semanais, resultando em um mês e meio para a realização da meta.

Ainda com o foco na primeira consulta odontológica programática, serão atendidos 100% dos escolares da área classificados como alto risco. Durante o exame epidemiológico serão encaminhados primeiramente aqueles escolares que forem identificados de alto risco de cárie.

Passando do objetivo específico da ampliação da atenção a saúde bucal dos escolares, abordaremos a melhoria da adesão ao atendimento através de busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas. Essa busca será realizada pela Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) através do registro específico criado para os escolares, onde serão observados aqueles faltosos. Definidos os escolares, estes juntamente com os pais serão convidados através do ACS e de ligação a comparecer ao consultório para a conclusão do tratamento. Sendo aceito o convite, a ASB encaixará esses faltosos a agenda.

Os pais das crianças faltosas serão convidados a fazer sugestões para a melhoria do atendimento de forma a não voltar a faltar seus filhos. Dessa forma, serão necessários como material de consumo um telefone e um plano de ligações, ambos a serem dispostos pela SMS. Além disso, uma caixa e umas 300 fichinhas para sugestões a serem dispostas no consultório odontológico e fornecidas pela SMS.

Agora com o objetivo específico da melhoria da qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares, serão realizadas a escovação supervisionada com creme dental em 100%. Para a realização dessa meta, primeiramente, definindo o número de escolares que serão envolvidos. No caso, aproximadamente, 300 escolares.

Definido isto, define-se o que será necessário para a realização da atividade:

- 300 escovas dentais;
- 10 tubos de creme dental 30g (exagerando-se mais de 1 g de creme dental por criança);
- 1 macro modelo (já existente na UBS);
- local para guardar as escovas na escola.

Definido o número de crianças por sala, será realizada a ação a durar em média 20 minutos por turma de em média 20 alunos, então, necessita-se de 300 minutos, ou seja, 5 horas. Dessa forma, para não ficar tão cansativo, será realizado em dois turnos.

Como o objetivo é realizar duas ações de escovação supervisionada, serão precisos 20 tubos de creme dental e quatro turnos. Sendo que todo o material será fornecido pela SMS.

Além disso, serão distribuídos cartazes sobre saúde bucal e cuidados de higiene bucal pelas escolas; sendo estes confeccionados com ajuda dos professores, ASB e profissionais de saúde que se disponibilizarem, inclusive o cirurgião-dentista. Todo o material para esta confecção será fornecido pela SME (Secretaria Municipal de Educação).

Ainda com o objetivo já citado, será realizada a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares dos escolares de alto risco. Logo após a escovação supervisionada, será realizada esta atividade. Sendo que participarão 286 crianças, colocando 2 ml de gel por aplicação, sendo duas aplicações (3 em 3 meses), assim temos a necessidade de 1200 ml de gel fluoretado. É interessante ressaltar que está considerando-se que todas as crianças sejam de alto risco para que não falte material para a realização da ação.

Sendo o tempo global para a aplicação dura em média de 2 minutos, se serão duas aplicações, teremos a necessidade de 1200 minutos, ou seja, 20 horas, sendo ainda mais específico, 5 turnos.

Na reunião com a diretora será exposta toda a intervenção a ser realizada. Durante a realização da atividade, será realizada uma lista de frequência.

Assim, somadas as duas ações anteriores têm sete turnos semanais para a sua realização, ou seja, quase dois meses. Somados aos turnos semanais necessários para o exame epidemiológico já quase que compreende os quatro meses de intervenção. No entanto, para fechar os quatro meses, incluiremos as

ações de educação em saúde bucal, sendo mais específico, com o objetivo de promover a saúde bucal dos escolares.

As orientações quanto a hábitos saudáveis de saúde bucal (higiene, nutrição e informação sobre cárie dental) serão realizadas ao mesmo tempo através de palestras utilizando recursos audiovisuais e macromodelos. Além disso, serão realizadas oficinas com as professoras responsáveis pelo ensino artístico para a realização de atividades com os temas.

Assim, fecham-se todos os turnos extramuro dos quatro meses de intervenção. Especificamente, dois meses para o exame epidemiológico e dois meses para a orientação em saúde bucal, escovação supervisionada e aplicação de flúor.

Retornando ao cumprimento do objetivo específico da melhoria do atendimento a saúde bucal, serão concluídos os tratamentos dentários em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática. Para isso, será determinado um turno semanal para a atenção aos escolares, de forma a priorizar a conclusão dos tratamentos. Assim, pensa-se inicialmente realizar 4 primeiras consultas e 3 continuações de tratamento para poder obter-se a meta.

Como para a conclusão da meta de 80% de primeiras consultas programáticas será necessário um mês e meio, será tranquilo condizer ao esperado de 100% de tratamentos concluídos.

Serão realizadas reuniões semanais com a Secretária de Saúde para a manutenção dos materiais necessários da ação bem como para monitoramento desta.

Será requisitada com muita veemência a aquisição do material necessário para a realização do exame radiográfico.

Por fim, para o objetivo de melhoria do registro das informações, será mantido o registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área. Isso será realizado através de arquivo específico criado para os escolares. E, como serão utilizadas as fichas de exame epidemiológico para o cadastro dos escolares e não há um cadastro atualmente, então se pressupõe que será realizada a manutenção do registro de 100% dos escolares.



### 2.3.4 Cronograma

Ações	Semanas															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Informação da comunidade sobre o projeto através dos ACS e reuniões com pais e mestres	■				■					■		■				
Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica dos escolares	■	■	■	■	■	■	■	■								
Ampliar a primeira consulta programática dos escolares		■	■	■	■	■										
Ampliação da realização da primeira consulta programática dos escolares de alto risco			■	■	■	■	■	■								
Realização da busca ativa dos escolares em tratamento faltosos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Realização de ação coletiva de escovação supervisionada									■	■	■	■				
Realização da ação coletiva de aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco.									■	■	■	■	■	■		
Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta programática					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Manutenção do registro atualizado	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Aplicação da ação coletiva de orientação em higiene bucal, sobre cárie dentária e nutricional.														■	■	■
Ações de monitoramento e avaliação das ações.	■				■				■				■			■

### **3. Relatório da intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades**

O projeto de intervenção elaborado com o objetivo da melhoria da qualidade da saúde bucal dos escolares de São João da Serra foi composto de várias ações que exigiam muito da equipe de Saúde Bucal, tendo cada ação uma particularidade crucial para o seu desenvolvimento.

Antes de expor as ações realizadas através dos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, é importante ressaltar alguns pontos que provocaram mudanças no cronograma destas e conseqüentemente determinaram a intervenção. O primeiro fator foi a transferência do cirurgião-dentista da UBS na qual estava sendo realizada a intervenção para outra unidade, UBS Joaquim Fernandes de Araújo, a qual não possui escolas com crianças com a idade compatível da intervenção e que está localizada 6 a 8 km de distância da sede.<sup>1</sup>

Além disso, podemos citar que todas as metas foram mantidas em percentual alto e as de qualidade em 100%, onde avaliamos inicialmente que estava acima do que poderia ser alcançado, pois a intervenção em cada escola ocorre apenas uma vez na semana, mas avaliamos que a trajetória da intervenção nos dá a visão de quando poderemos atingir essas metas.

Partindo das mudanças ocasionadas pelos fatos supracitados, o cronograma, o qual até a terceira semana de intervenção estava sendo seguido ponto a ponto, foi modificado, onde inicialmente destinou-se a atenção às ações fora do consultório para, em seguida, observar as ações no consultório, uma vez que se precisaria de uma solução para a atuação do cirurgião-dentista em uma intervenção fora de sua UBS. Depois de algum tempo, foi acordado que seria destinado à tarde de todas as

---

<sup>1</sup> Uma observação aqui deve ser feita: foi garantido ao cirurgião-dentista que ficaria naquela unidade de saúde, onde seria transferido no sistema do SUS DATASUS, uma vez que já atuava na UBS desde o início de suas atividades no município. Porém foi exatamente o contrário o que aconteceu.

terças-feiras para a atenção às crianças na UBS da área da unidade escolar pelo cirurgião-dentista que estava realizando a intervenção por meio de troca de postos com a cirurgiã-dentista que assumiu a UBS da Secretaria Municipal de Saúde.

Mesmo diante de tantas adversidades sequer imaginadas, através de seu esforço, a equipe obteve êxito em todas as ações planejadas, sejam parcialmente, integralmente ou a mais que a meta estabelecida.

No eixo **monitoramento e avaliação**, as ações foram realizadas com facilidade, uma vez que foram criadas fichas para a avaliação da situação de risco dos escolares para a doença cárie (Índice CPO-D e ceo-d), a partir do qual foi montado um arquivo organizado por classificação de risco de cárie: baixo risco, risco e alto risco. O arquivo da intervenção, além de conter todas as fichas CPO-D e ceo-d, contém uma tabela com todos os escolares de alto risco, outra para monitorar a frequência das consultas realizadas e tratamento concluído e, por último, o registro de todas as atividades de educação em saúde, escovação supervisionada e aplicações tópicas de flúor (atividades fora do consultório) por sala de cada Unidade Escolar. Assim, manteve-se o registro atualizado quase que em sua totalidade.

Além disso, neste mesmo eixo, foi criado um novo prontuário odontológico para atender não somente a intervenção como para iniciar um novo marco na organização da saúde bucal.

No eixo **qualificação da prática clínica**, a equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB)), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a equipe de acompanhamento da educação (professores, diretoras e funcionários da escola) foram capacitados de forma que todas as ações fossem desenvolvidas sem prejuízos em relação a este eixo. Para que houvesse a integração da equipe de forma a propiciar o ambiente no qual foi realizada a intervenção, foram necessárias ao total seis reuniões, onde duas foram com o CD, os ACS e as ASB, outras duas apenas com as ASB e o CD, e duas reuniões envolvendo a equipe de acompanhamento da educação e a secretária de saúde.

No entanto, houve um pequeno descuido neste eixo no objetivo da melhoria dos registros das informações, onde não se preencheu o prontuário de um dos escolares completamente. Logo após a análise mensal, este descuido já foi solucionado com um novo diálogo com as auxiliares de saúde bucal e a busca deste paciente para a complementação de seu registro.

O eixo da **organização e gestão do serviço** foi o mais prejudicado pelos eventos já citados neste relatório. Houve um correto manejo das ações fora do consultório, onde foram organizados de forma favorável os espaços escolares, as visitas pelos ACS aos escolares faltosos e o planejamento dos materiais necessários para as ações nas escolas, de forma que, através deste, obteve-se um alcance maior que a meta da intervenção.

Porém, todas as ações que neste eixo envolveram o consultório, a prática clínica em si, tiveram pendências. Não fora possível organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento aos escolares, dentro destes, aos escolares de alto risco e, por fim, os escolares faltosos, não atingindo a meta. Além disso, houve uma dificuldade muito grande de agendamento e acolhimento destas crianças, pois a maioria das ações ocorreu no período das férias, onde se têm um menor contato com as crianças, seja por estarem viajando, seja por o responsável não ter tempo para levar o escolar ao consultório, dentre vários motivos.

A superação das dificuldades já relatadas para que fossem contempladas todas as ações para a melhoria da saúde bucal dos escolares foi alicerçada no **engajamento público** de todos que fizeram a intervenção, desde a equipe de saúde bucal (ESB) até a equipe de acompanhamento da educação, não se esquecendo dos ACS. Houve uma flexibilidade quase inacreditável da ESB para, mesmo em uma área diferente e longe daquela onde realizou a intervenção, por em prática todas as ações, uma vez que, teve-se que aproximar muito com a equipe da educação para houvesse um bom entendimento, que realizar um acordo com a equipe que assumiu a UBS para realizar as ações em sua área adscrita e que fazer “um jogo de cintura” para não descobrir a área pela a qual a partir do momento das mudanças ficou responsável.

A equipe de acompanhamento da educação também foi muito especial para a realização das ações, pois, principalmente por parte das diretoras e professores, passaram para os escolares e seus responsáveis a importância de todas as ações que estavam sendo desenvolvidas nas escolas, resultando em uma aceitação e compreensão quase que na totalidade. A comunidade, ao ser informada das ações que estavam sendo desenvolvidas, além de aprovar pediu a realização das ações em todas as escolas do município.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades**

Tantas adversidades ocorreram durante as semanas de intervenção, que seria esperado que ações pudessem não ser desenvolvidas. Mas, com muito esforço e engajamento, mesmo diante de tantas situações complexas, a equipe obteve êxito em todas as ações planejadas, sejam parcialmente, integralmente ou para além da meta estabelecida, não tendo assim, nenhuma ação prevista não desenvolvida.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Durante toda a intervenção foi encontrada muita facilidade para a coleta de dados, pois sempre houve uma proximidade entre os agentes da intervenção e, assim, sempre que era necessário um dado ou outro, habilmente era coletado. Além disso, a criação de um arquivo apenas para a intervenção facilitou o acesso aos dados sempre que necessário.

Porém, a planilha de coleta de dados e o cálculo de indicadores foi uma dor de cabeça que somente findou já na avaliação da intervenção. Sempre que era abastecida a planilha de dados, esta ofertava um cálculo errôneo dos indicadores, o que levava a uma interpretação dos resultados muito distante da realidade. Ao fim de quase cinco meses, com o auxílio da orientadora e do apoio pedagógico, e depois de muito estudo, a planilha foi abastecida de maneira correta e afirmou os indicadores com bastante clareza.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço**

A intervenção é a ponta do iceberg das ações que podem e devem ser desenvolvidas junto a um grupo tão importante da população deste e de qualquer outro município, pois além de ser o futuro, estão no momento ideal para o aprendizado.

A melhoria da qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares é um dos objetivos da Estratégia de Saúde Bucal que, com o auxílio deste curso de especialização, pôde ser esmiuçada em várias ações e, conseqüentemente, facilitou que seja alcançado. Assim, a intervenção não só pode como deve e está em prática no município de São João da Serra em todas as Equipes de Saúde Bucal.

Para que fosse obtida a coesão das ações de melhoria de saúde bucal dos escolares juntamente com a atenção a todos os outros grupos de atenção, foi determinado que um turno semanal fosse designado apenas para a atenção aos escolares. Também foi prolongado o cronograma das ações, onde a intervenção ocorreu em apenas quatro meses, as ações para a melhoria de saúde bucal dos escolares do município fossem dispostas em doze meses. Além disso, foram estendidas as ações para todos os escolares, desde a creche até o ensino médio, independente da idade.

Por fim, para enfatizar ainda mais a importância desta ação, o PSE (Programa de Saúde na Escola) do ano de 2014 propõe que sejam realizadas avaliações da saúde bucal de todos os escolares, além de ações de educação em saúde bucal e escovação supervisionada.

## 4. Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares com idades entre 6 e 12 anos na área adscrita a UBS Secretaria Municipal de Saúde, na qual a equipe II de saúde da família/saúde bucal atua, devido à constatação, a partir de uma base de denominadores populacionais, que existam 439 crianças, das quais, somente 25% tinham recebido atenção à sua saúde bucal no último ano. Dessa forma, optou-se por realizar a intervenção nas Unidades Escolares Manoel Gregório e Cícero Lopes, onde, juntas, contam com uma média de 300 escolares com idade compatível com a intervenção. A intervenção foi realizada durante 16 semanas entre os meses de setembro/2013 e janeiro/2014.

Com todas as modificações necessárias para a realização desta intervenção, é importante visualizar o cronograma (Tabela 2) da aplicação das ações durante os quatro meses desta, uma vez que irá nortear um melhor entendimento da exposição dos indicadores (Tabela 3) contidos nestes resultados.

**TABELA 1 – Cronograma da aplicação das ações realizadas durante a intervenção na UBS Secretaria Municipal de Saúde, São João da Serra-PI. EAD/UFPel, 2014.**

Ações	MESES			
	1	2	3	4
Apresentar o projeto de intervenção e estabelecer parcerias com secretarias, diretores e professores das escolas participantes.	■			
Informação da comunidade sobre o projeto através dos ACS e reuniões com pais e mestres	■			
Reunião com agentes envolvidos na aplicação da intervenção (ACS e Equipe de Saúde Bucal)	■		■	■

Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica dos escolares				
Ampliar a primeira consulta programática dos escolares				
Ampliação da realização da primeira consulta programática dos escolares de alto risco				
Realização da busca ativa dos escolares em tratamento faltosos				
Realização de ação coletiva de escovação supervisionada				
Realização da ação coletiva de aplicação de gel fluoretado com escova dental em 70% dos escolares.				
Concluir o tratamento dentário dos escolares com primeira consulta programática				
Manutenção do registro atualizado				
Aplicação da ação coletiva de orientação em higiene bucal				
Aplicação da ação coletiva de orientação sobre cárie dentária				
Aplicação da ação coletiva de orientação nutricional				

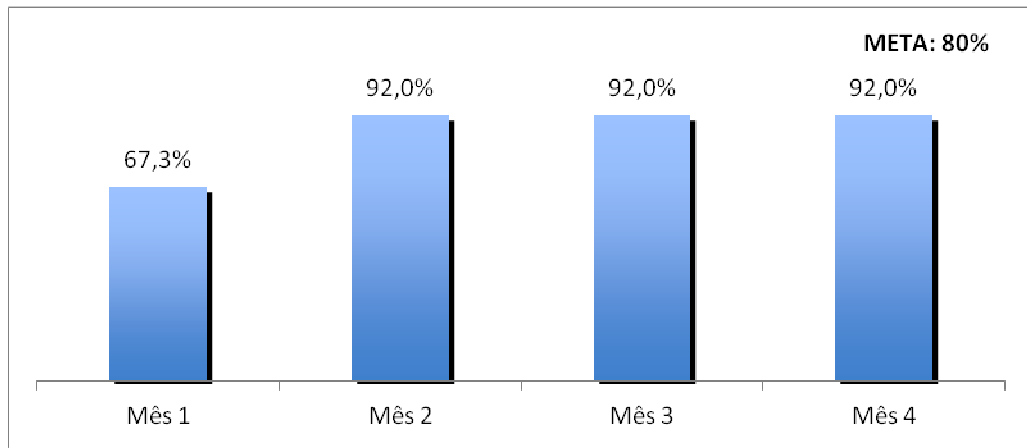
**Tabela 2 – Indicadores utilizados de acordo com os objetivos e metas estabelecidas para a intervenção proposta como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família EAD/UFPel, 2014.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES
<b>Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares</b>	Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 80% dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.	Proporção de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal.
	Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 80% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.	Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.
	Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco.	Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.
<b>Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal</b>	Fazer busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.	Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.



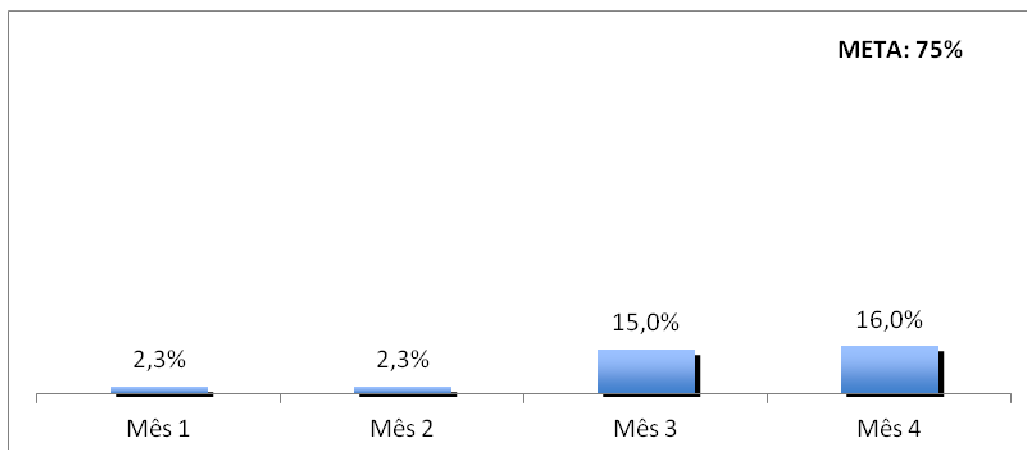
	Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.	Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.
<b>Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares</b>	Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco.	Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.
	Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.	Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.
<b>Melhorar registro das informações</b>	Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área.	Proporção de escolares com registro atualizado.
	Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.	Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal.
<b>Promover a saúde bucal dos escolares</b>	Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças.	Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.
	Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.	Proporção de escolares com orientações nutricionais.

Dentro do objetivo geral de melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares, o primeiro objetivo específico abordado é a ampliação da cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares. Para isso, realizou-se inicialmente o exame bucal com finalidade epidemiológica, o qual possui como meta atingir 80% dos escolares envolvidos na intervenção. Ao final do segundo mês de intervenção, já tinham participado desta ação 276 crianças (92%), superando a meta estabelecida, e, por isso, foi mantido o índice até o fim da intervenção. É importante salientar que não havia até então um quadro epidemiológico dos escolares da UBS, criado logo após os exames. A evolução deste indicador esta apresentada na Figura 1.

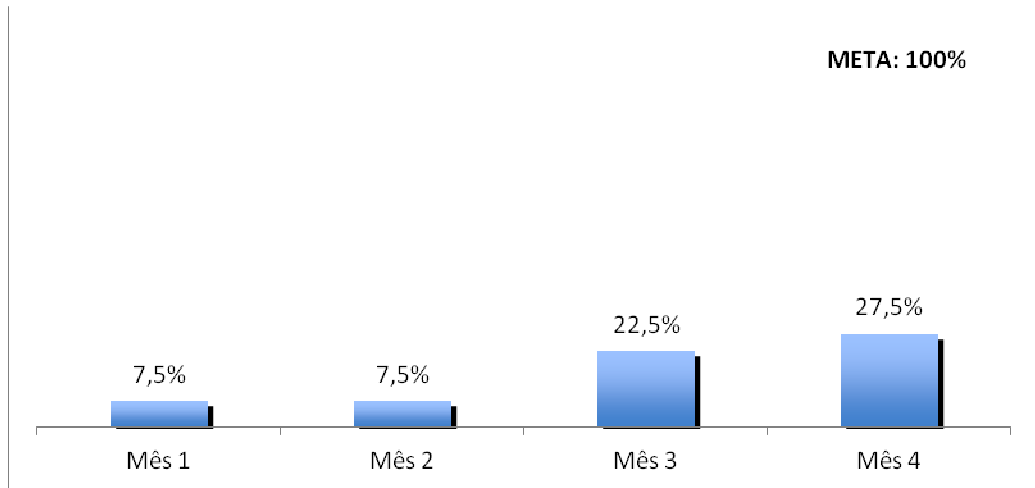


**Figura 1. Proporção de escolares examinados na escola. São João da Serra, PI, 2014.**

Dos 276 escolares que participaram do exame epidemiológico, 48 tiveram a sua primeira consulta odontológica na UBS, o que ficou abaixo da meta de 100%, alcançando somente 41% (16% somados aos 25% já realizadas). É importante frisar novamente que pelos fatores já citados todas as ações envolvendo o consultório odontológico tiveram perdas em relação a sua meta. Assim, o mesmo ocorreu com os escolares de alto risco, onde apenas 27,5% das 40 crianças tiveram sua primeira consulta programática, em contraste com a meta de 100% pré-estabelecida. A evolução do indicador da realização das primeiras consultas programática dos escolares e dos escolares de alto risco pode ser observado nas Figuras 2 e 3.

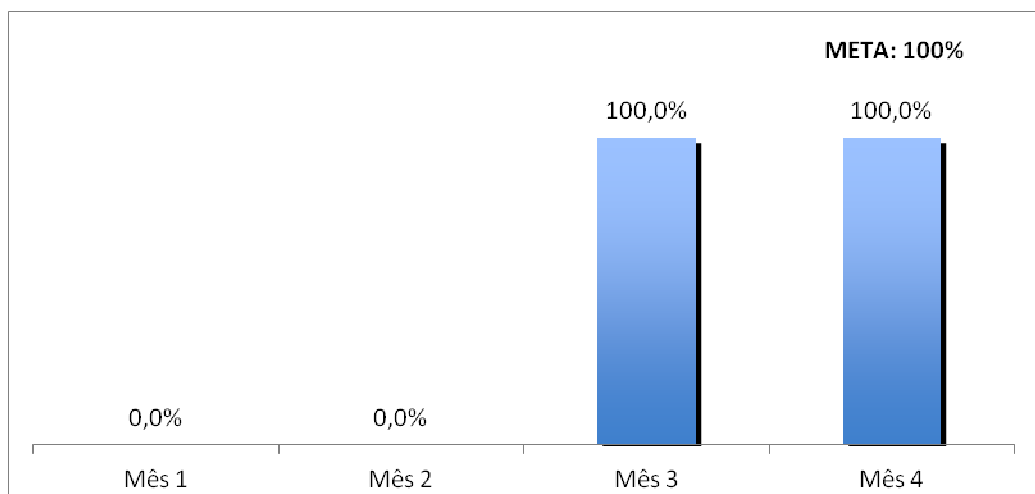


**FIGURA 2. Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica. São João da Serra, PI, 2014.**



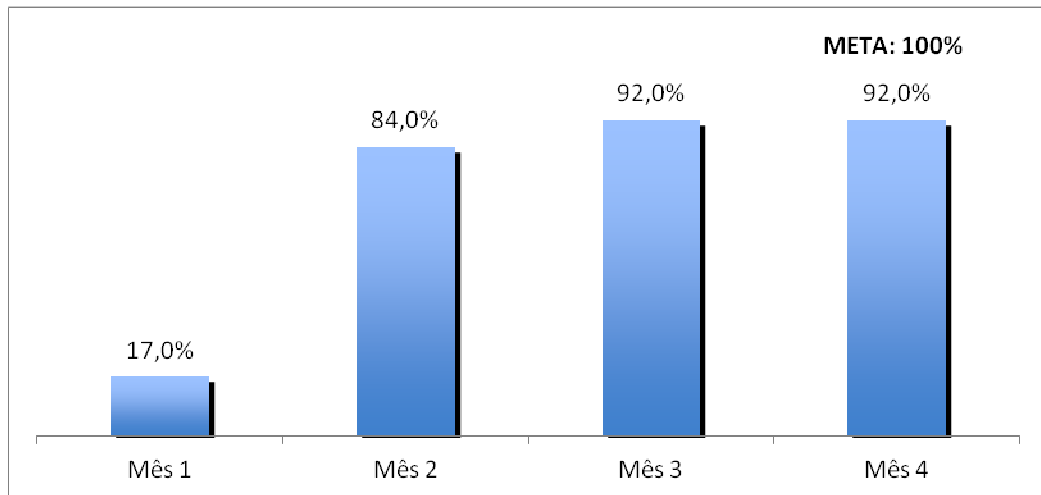
**FIGURA 3. Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica. São João da Serra, PI, 2014.**

Com o objetivo específico da melhoria da adesão ao atendimento em saúde bucal, era tida como meta realizar a busca ativa a 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática e faltosos às consultas. A figura 4 mostra que foram realizadas 100% (sete escolares) de buscas ativas, ou seja, todas as crianças que faltaram foram recapitadas à intervenção, atingindo a meta pré-estabelecida.



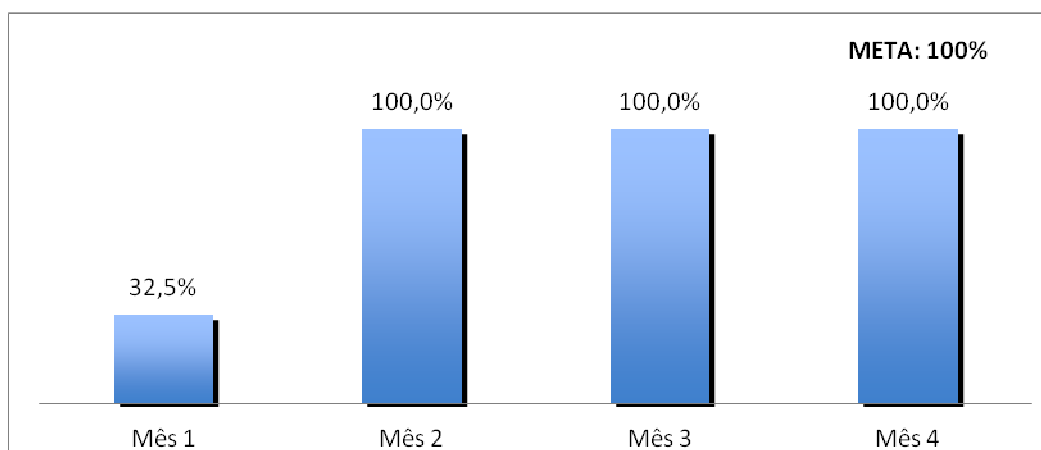
**FIGURA 4. Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde. São João da Serra, PI, 2014.**

Para alcançar o objetivo de melhoria da atenção em saúde bucal dos escolares era necessário que alcançasse três metas importantes. A primeira era a realização de escovação supervisionada em 100% dos escolares das unidades educacionais envolvidas. Do total de 300 alunos, 276 participaram desta ação, perfazendo 92%, patamar próximo ao estabelecido já no terceiro mês de intervenção (FIGURA 5). Por conta dos entraves tidos com o consultório e a falta de alguns escolares e a recusa de outros, manteve-se esse número até o final da intervenção.



**FIGURA 5. Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental, São João da Serra, PI, 2014.**

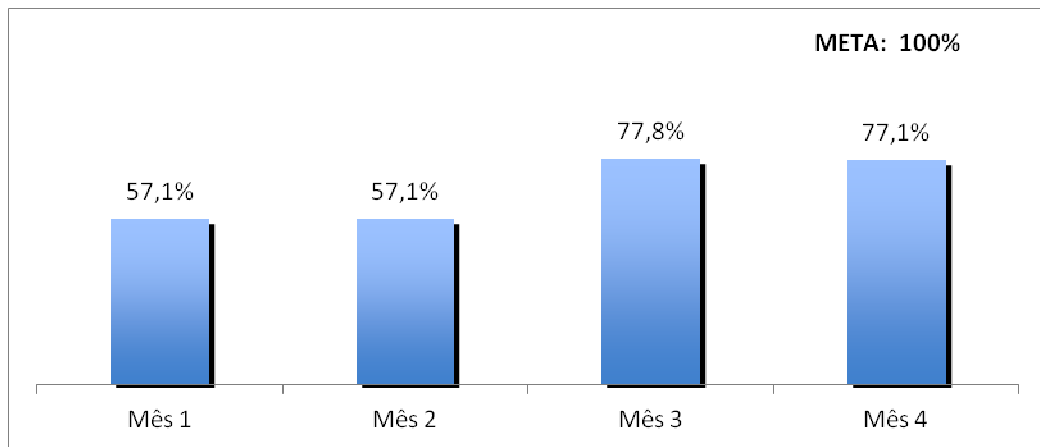
A segunda meta era a participação de 100% dos escolares de alto risco na atividade coletiva de aplicação tópica de flúor. Ao fim do segundo mês, 100%, ou seja, as quarenta crianças identificadas de alto risco, já tinham participado desta ação, como podemos vislumbrar na Figura 6. Além dos escolares de alto risco, através de uma boa parceria com a secretaria de saúde, todos os escolares que participaram da ação de escovação supervisionada também participaram da aplicação tópica de flúor, perfazendo os mesmo 92% (276 crianças) de abrangência desta ação, oferecendo o princípio da Universalidade à ação.



**FIGURA 6. Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental. São João da Serra, PI, 2014.**

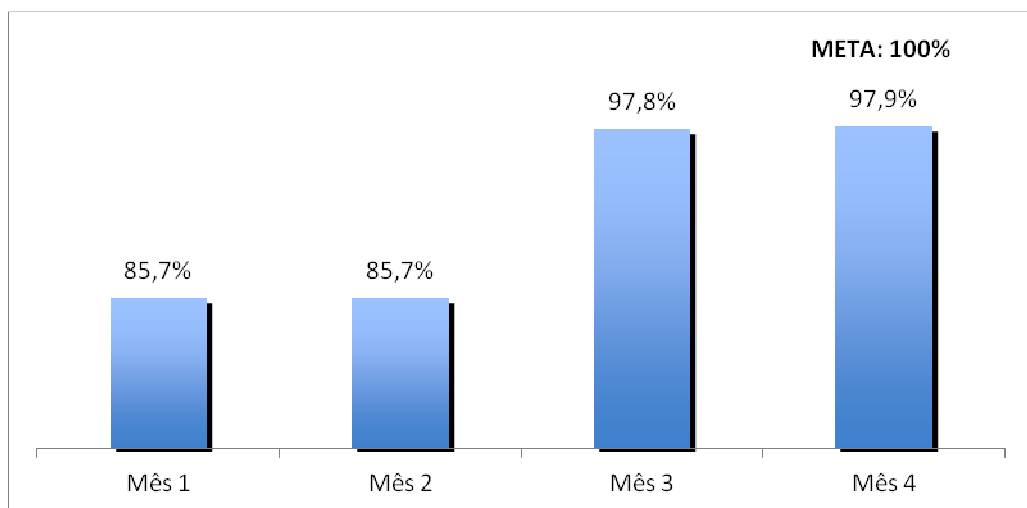
A terceira meta foi a conclusão do tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica. 77,1% dos 48 tratamentos inicializados foram concluídos ao fim do quarto mês de intervenção, o que

demonstra a continuidade da ação ao escolar até a resolução de seus problemas de saúde bucal, porém não atingiu a meta (FIGURA 7).



**FIGURA 7. Proporção de escolares com tratamento dentário concluído. São João da Serra, PI, 2014.**

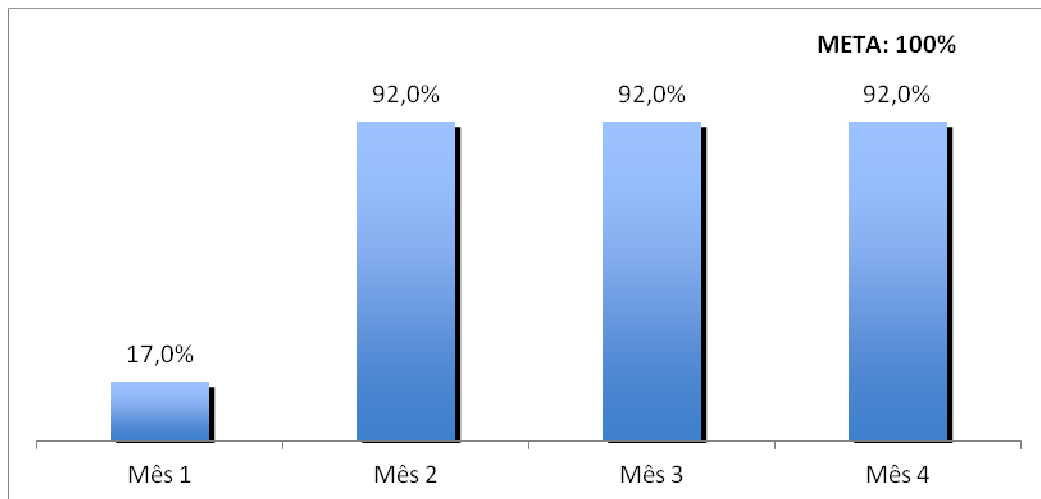
Para que fosse melhorado o registro das informações de saúde bucal na UBS, era meta manter o resgistro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área. Esta meta foi quase que atinginda em sua plenitude, pois, como a Figura 8 demonstra, quase 100% dos escolares com primeira consulta odontológica estão com o registro atualizado, ou seja, apenas 1 dos 48 escolares estava ao fim da intervenção com o prontuário desatualizado, somente por resistência da mãe em providenciar o cartão do SUS.



**FIGURA 8. Proporção de escolares com registro atualizado. São João da Serra, PI, 2014.**

Por fim, para alcançar o objetivo geral da melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares, era necessário realizar ações de promoção de saúde bucal aestes, com ações de orientação nutricional, sobre higiene bucal e cárie dentária, as quais

deveriam englobar 100% das crianças envolvidas na intervenção. Como se pode observar nas Figuras 9, 10 e 11, as ações de promoção de saúde bucal envolveram 92% dos escolares, ou seja, 276 crianças, sendo um dos pontos macros da intervenção, pois chamaram muito a atenção de toda a comunidade, chegando muito próximo dos 100% da meta pré-estabelecida.



**FIGURA 9. Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal, cárie dentária e nutricionais. São João da Serra, 2014.**

## 4.2 Discussão

Até o início da intervenção, a atenção prestada aos escolares da área de abrangência da UBS Secretaria Municipal de Saúde é baseada apenas no atendimento ambulatorial pautado na filosofia curativista com algumas visitas pontuais às escolas para a prática de prevenção e promoção de saúde bucal. Também não havia um prontuário odontológico, um diagnóstico da situação de saúde bucal dos diversos grupos de atenção, dentre eles, os escolares. Havia um distanciamento entre a saúde e a educação, de forma a não possuir nenhuma parceria, e dentro da própria UBS havia um abismo entre o cirurgião-dentista e o restante da equipe, o que dificultava ações multiprofissionais. Além disso, a comunidade via o dentista como uma figura distante e inalcançável.

Dessa forma, é primordial enaltecer a comunicação adquirida durante o curso de especialização, pois, através deste, houve uma aproximação entre os membros da equipe, de forma a ser considerada ao fim deste uma equipe multiprofissional. O mesmo ocorreu entre as secretarias de saúde e educação, onde hoje há uma proximidade muito grande entre os diretores das escolas e os profissionais, tendo

um canal aberto para diálogo e parcerias. Assim, todos se aproximando, a comunidade cada vez aproximou-se da equipe, sendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) seus porta-vozes principais.

A comunicação fluente entre todos esses agentes associada a uma excelente flexibilidade da equipe de saúde bucal foram o que promoveram esta intervenção, pois, mesmo com tantas dificuldades encontradas, todas as ações foram desenvolvidas, sendo apenas algumas poucas de forma incompleta. O porquê da importância da flexibilidade foi determinado quando fora transferida de UBS, sendo que a UBS de destino não possuía escolas com a idade das crianças necessárias para a intervenção (6 a 12 anos); dessa forma, a equipe sempre teve que atuar na antiga área adscrita sem deixar de dar a devida atenção a sua nova área.

Com a avaliação epidemiológica de 92% dos escolares da área de abrangência, pôde-se ter um panorama da situação de saúde bucal deste grupo populacional, de forma a propiciar os parâmetros da ampliação da cobertura da atenção à saúde bucal seguindo os o princípio da equidade, uma vez que, houve a produção da lista daqueles que mais necessitavam de atenção à sua saúde, os escolares de alto risco.

Em posse do panorama, apesar de não terem sido desenvolvidas as ações laboratoriais em sua plenitude pelos motivos já descritos anteriormente, foi possível iniciar a ação de primeira consulta programática com plano de tratamento, principalmente dos escolares de alto risco de cárie. Associada a primeira consulta, foi realizada uma qualificação da atenção aos escolares através da criação de um prontuário odontológico, a organização e atualização dos registros em prontuários dos escolares, a conclusão da maioria dos tratamentos inicializados associada a buscas ativas aos escolares faltosos para um maior enfoque na integralidade da atenção.

Além das ações laboratoriais, o panorama norteou as ações que foram desenvolvidas dentro das escolas. A primeira foi a promoção de saúde bucal dos escolares através do fornecimento de orientações sobre higiene bucal, cárie dentária e nutricionais. É importante frisar a participação dos professores nesta atividade, pois, sem sua cooperação e auxílio, não se poderia abordar as orientações com a participação de 30 a 40 escolares por vez, atingindo um nível de absorção de conhecimento por parte deste muito maior que se realizasse apenas uma orientação para a escola inteira.

As outras duas ações norteadas foram a aplicação tópica de flúor juntamente com a escovação supervisionada com creme dental, as quais são de fundamental importância para a prevenção da cárie dental juntamente com as atividades de orientação em saúde bucal. Essas duas ações foram demasiadamente complexas no quesito logístico, pois demandavam muito tempo a pequenos grupos de 5 a 10 escolares em uma intervenção com espaço de tempo muito restrito. Então, para essas ações foram convidados todos os cirurgiões-dentistas, formando um grupo de ação, o qual fora providencial para que 92% (276 escolares) participassem tanto dessas duas ações como das atividades de orientação.

Não obstante, os Agentes Comunitários de Saúde foram de fundamental importância para a informação da comunidade, pois, de casa em casa, de família em família, repassavam a importância daquela intervenção que estava sendo realizada nas escolas, motivando os pais para que estes motivassem seus filhos a participarem prontamente de todas as ações. Também foram importantes nas buscas ativas realizadas, pois sempre buscavam uma resposta para a falta e a marcação para a semana seguinte da continuação do tratamento do escolar com primeira consulta programática.

Verificando as dificuldades encontradas e como as ações foram desenvolvidas, apesar de algumas ficarem abaixo da meta estipulada, pode-se afirmar que a intervenção foi executada com muita maestria pela equipe de saúde bucal em associação com os agentes comunitários de saúde e os representantes da educação, pois as perdas nas metas foram pequenas quando comparadas a situação na qual as ações foram desenvolvidas. Com esta experiência, a equipe de saúde bucal pode instituir estas ações em sua área de abrangência, tendo a observância de reservar maior tempo para a ocorrência destas.

Assim, a intervenção foi muito importante para a organização das UBS quanto a atenção a essa grupo, uma vez que, foi instituído um protocolo de atenção baseado na Política Nacional de Saúde Bucal, criado um prontuário, o qual não havia nas UBS, monitoramento das crianças de alto risco, realização de buscas ativas (as quais nunca foram feitas na cidade), instituída uma avaliação de seis e seis meses da saúde bucal das crianças de 6 a 12 anos. Além disso, houve uma aproximação maior entre a educação e a saúde, bem como entre as equipes de saúde bucal do município, e houve uma evidência da importância da prevenção e promoção de saúde bucal.



### 4.3 Relatório da intervenção para gestores

Com o objetivo de capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família/Saúde Bucal do SUS e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social, surgiu, em 2010 e regulamentada pela Portaria Interministerial nº 10 de 11/07/2013, a proposta do Ministério da Saúde de ofertar a especialização em saúde da família em larga escala, através da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em parceria com instituições públicas de educação superior e credenciadas pelo Ministério da Saúde. Nessa perspectiva, a Universidade Federal de Pelotas, através do Departamento de Medicina Social, lançou, em 2011, a Especialização em Saúde da família na modalidade à distância.

O curso de especialização propicia ao trabalhador/aluado realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que trabalha e aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço.

Portanto, este Relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção sobre o tema “Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares com idades entre 6 e 12 anos da área adscrita à UBS Secretaria Municipal de Saúde” de autoria cirurgião-dentista Tânderson Rittieri Camêlo Soares, atual funcionário da UBS Joaquim Fernandes de Araújo, povoado Lagoas, situada no município de São João da Serra (PI).

Após a análise situacional, ficou identificado uma baixa cobertura sobre a saúde bucal das crianças com idade entre 6 e 12 anos da área adscrita a UBS Secretaria Municipal de Saúde, tanto por atendimentos no espaço ambulatorial como por ações de promoção e prevenção de saúde bucal. Diante disso, o objetivo geral do Projeto foi “Qualificar as ações de saúde bucal em escolares das Unidades Escolares Municipais Manoel Gregório e Cícero Lopes no Município de São João da Serra (PI)”. Para tanto, ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público; e qualificação da prática clínica, sendo focadas nos objetivos específicos ampliação da cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares; melhoria da adesão ao atendimento em saúde bucal; melhoria da qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares; melhoria do

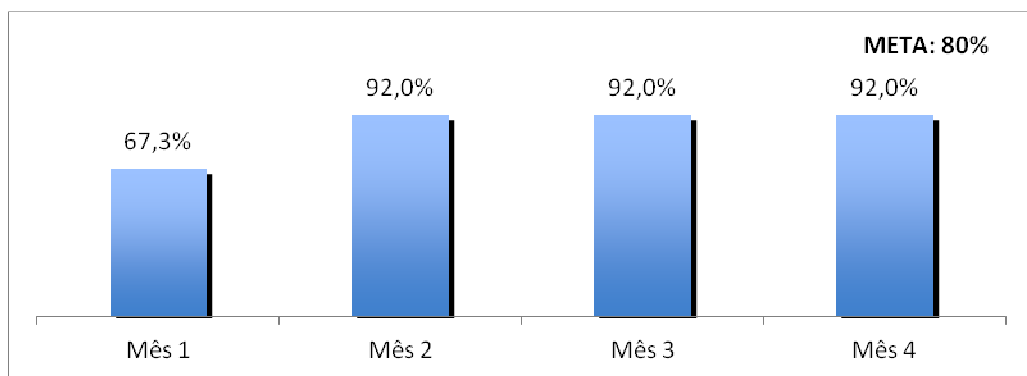
registro das informações; e promoção da saúde bucal dos escolares. A intervenção ocorreu entre os meses outubro/2013 a janeiro/2014.

**TABELA 3. Ações Desenvolvidas Segundo os Objetivos Específicos do Projeto de Intervenção Realizado em São João da Serra (PI).**

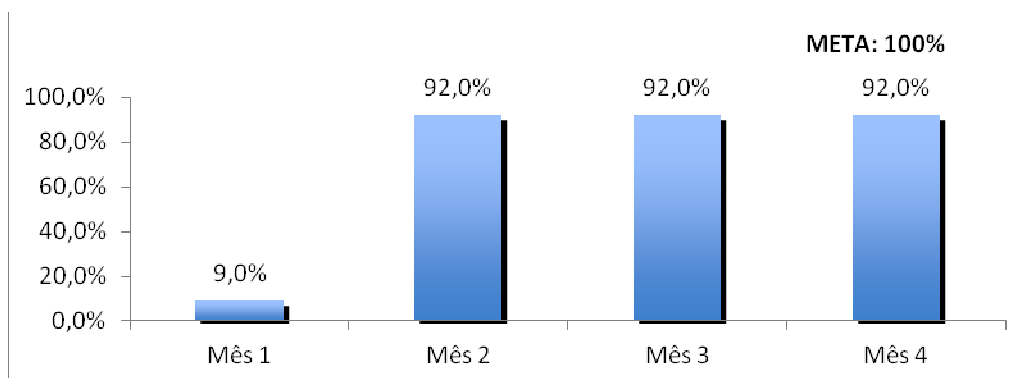
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>AÇÕES</b>
<b>Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares</b>	Ampliação da cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento aos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência. Ampliação da cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para os escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde. Realização de primeira consulta odontológica em escolares da área classificados como alto risco.
<b>Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal</b>	Realização de buscas ativas dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.
<b>Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares</b>	Realização de escovação supervisionada com creme dental. Realização de aplicação de gel fluoretado com escova. Conclusão do tratamento dentário dos escolares com primeira consulta odontológica.
<b>Melhorar registro das informações</b>	Manter registro atualizado dos escolares da área.
<b>Promover a saúde bucal dos escolares</b>	Orientar sobre higiene bucal. Orientar sobre cárie dentária. Fornecer orientações nutricionais.

A intervenção em seus quatro meses (setembro/2013 a fevereiro/2014) de aplicação envolveu 276 escolares com idade entre 6 e 12 anos dentre as suas diversas ações. A primeira ação realizada foi o exame com finalidade epidemiológica, que atendeu exatamente este número, correspondendo a 92% dos 300 escolares das unidades escolares envolvidas.

Além do exame, foram realizadas junto as unidades escolares, ações coletivas de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor juntamente com orientações sobre cárie dentária, higiene bucal e nutricionais. Destas ações, é importante enfatizar que todos os 276 escolares participaram, sendo necessário fazer uma ressalva sobre a aplicação tópica de flúor, onde era necessário apenas realizá-la com os escolares de alto risco e, no entanto, foi ampliada a todos os escolares. Nas figuras abaixo se pode observar a evolução destas ações durante a intervenção.



**Proporção de escolares examinados na escola e com escovação dental supervisionada com creme dental. São João da Serra, PI, 2014.**

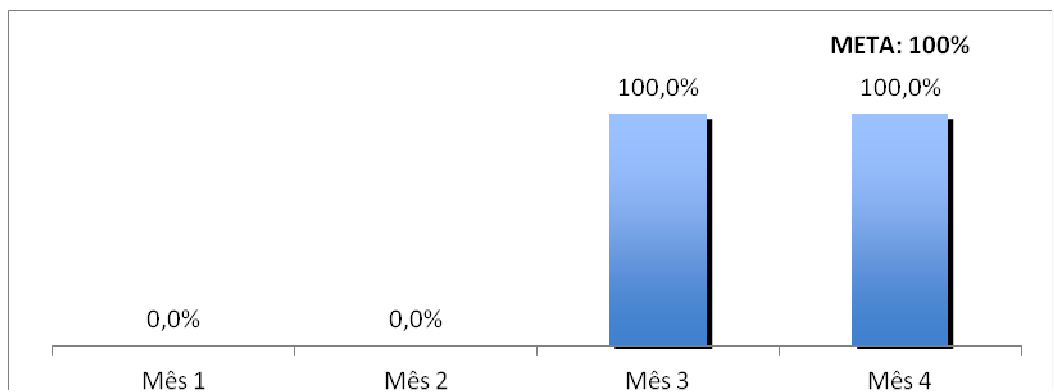


**Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal, cárie dentária e nutricionais. São João da Serra, PI, 2014.**

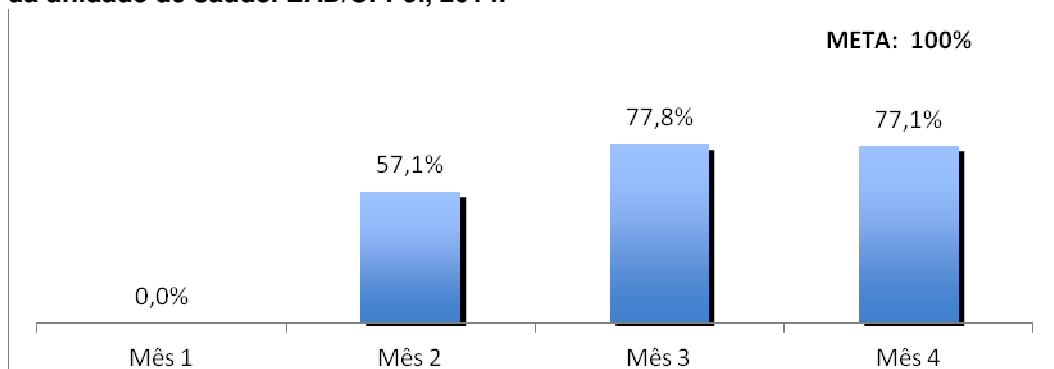
Além das atividades nas escolas, para uma melhoria de qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares, são necessárias ações ambulatoriais para o controle da cárie, bem como para a adequação da saúde bucal daqueles escolares que necessitam de atenção. Para isso, esta ação deve estar acompanhada da organização e gestão do serviço, de forma a qualificá-la e aprimorá-la. Porém, o Estado burocrático de direito no qual vivemos entrava várias ações, não sendo diferente nesta intervenção, a qual sofreu devido a algumas falhas principalmente

nas ações ambulatoriais; contudo, o trabalhador/aluno, apoiando-se no engajamento público, fez o máximo para que essas ações fossem realizadas da melhor forma possível.

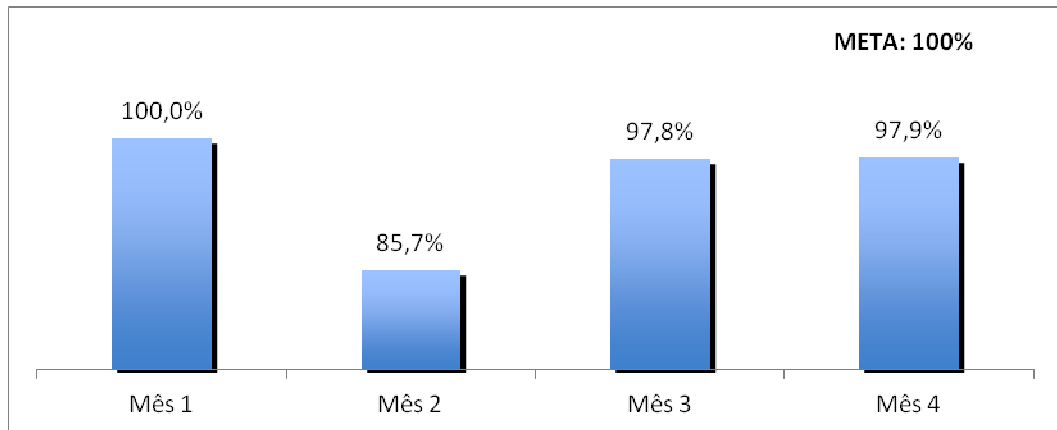
Dentre as ações ambulatoriais, houve uma ampliação para 41% da primeira consulta programática dos escolares, ou seja, um aumento de 16% da cobertura. Dentre esse 16% de aumento, é importante frisar que se deu uma maior atenção aos escolares de alto risco, onde, dos 40 identificados pela intervenção, 27,5% frequentaram o consultório odontológico para a realização da primeira consulta. Para que a atenção à saúde bucal siga o conceito da equidade, é necessária a sua qualificação, a qual pode ser observada através dos indicadores abaixo, os quais demonstram que houve 100% de buscas ativas a escolares faltosos e concluiu-se 77,1% dos tratamentos inicializados ao fim da intervenção. Associada a esta qualificação do serviço, é necessária que haja uma organização e gestão adequada, o que pode ser verificada na manutenção da atualização dos prontuários de 97,9% dos escolares.



**Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde. EAD/UFPeI, 2014.**



**Proporção de escolares com tratamento dentário concluído. São João da Serra, PI, 2014.**



**Proporção de escolares com registro atualizado. São João da Serra, PI, 2014.**

Observando os resultados desta intervenção, pode-se concluir que fora bem sucedida. Além de todos estes resultados já especificados, pode-se considerar ainda como ganhos da intervenção a criação de uma nova ficha de prontuário odontológico, uma nova ficha de exame epidemiológico e um novo modelo de atenção à saúde bucal de grupos específicos de atenção, o qual pode ser adaptado a vários outros.

Contudo, a intervenção não foi realizada somente com o intuito pontual, ou seja, deve ser continuada. Assim, propõe-se que a atenção a saúde bucal dos escolares, estendendo a todas as crianças das escolas da área de abrangência de cada UBS (não somente com idade de 6 a 12 anos), seja continuada nos conformes desta intervenção.

Assim, com a continuidade das ações desta intervenção pela equipe de saúde bucal, tão breve poder-se-á diminuir a taxa de cárie dentária e conseqüentemente a necessidade de seu tratamento. Além disso, como fora dito anteriormente, este modelo de atenção pode ser adaptado a outros grupos de atenção, por exemplo, a saúde bucal daqueles com doenças crônicas, em especial diabetes e/ou hipertensão, a saúde bucal das gestantes, dentre vários outros.

“Um SUS para TODOS, com EQUIDADE e QUALIDADE de atenção!”

#### **4.4 Relatório da intervenção para a comunidade**

Este relatório visa relatar para a comunidade como foi desenvolvido um estudo de intervenção de autoria do cirurgião-dentista Tânderson Rittieri Camêlo Soares da Equipe de Saúde Bucal do P S Joaquim Fernandes de Araújo situado no Povoado Lagoas, São João da Serra (PI).

Segundo os dados do IBGE (2013), A Unidade Básica de Saúde (UBS) Secretaria Municipal de Saúde possuía 2100 pessoas cadastradas, onde 439 são crianças com idades entre 6 a 12 anos.

Após a análise situacional da UBS quanto à atenção aos escolares com a idade entre 6 e 12 anos durante as tarefas do Curso de Especialização, identificou-se que um dos problemas enfrentados era a baixa atenção dada saúde bucal desta parcela da população. Diante disso, planejou-se uma intervenção para melhorar a atenção a saúde bucal dos escolares com idade entre 6 e 12 anos da área da UBS que foi realizada entre os meses de setembro/2013 e fevereiro/2014. Para tanto, as ações desenvolvidas durante a intervenção foram as seguintes:

- Ampliação da cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento aos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.
- Ampliação da cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para os escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.
- Realização de primeira consulta odontológica em escolares da área classificados como alto risco.
- Realização de buscas ativas dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.
- Realização de escovação supervisionada com creme dental com os escolares.
- Realização de aplicação de gel fluoretado com escova com os escolares
- Conclusão do tratamento dentário dos escolares com primeira consulta odontológica.
- Manutenção do registro atualizado dos escolares da área.
- Orientar sobre higiene bucal, cárie dentária e informações nutricionais os escolares.

A intervenção em seus quatro meses de aplicação envolveu 276 escolares com idade entre 6 e 12 anos dentre as suas diversas ações. A primeira ação realizada foi o exame com finalidade epidemiológica, que atendeu exatamente este número, correspondendo a 92% dos 300 escolares das unidades escolares envolvidas.

Além do exame, foram realizadas junto as unidades escolares, ações coletivas de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor juntamente com orientações sobre cárie dentária, higiene bucal e nutricionais. Destas ações, é importante enfatizar que todos os 276 escolares participaram, levando a parâmetros acima da meta pré-estabelecida sendo necessário fazer uma ressalva sobre a aplicação tópica de flúor, onde era necessário apenas realizá-la com os escolares de alto risco e, no entanto, foi ampliada a todos os escolares.

Além das atividades nas escolas, para uma melhoria de qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares, são necessárias ações ambulatoriais para o controle da cárie, bem como para a adequação da saúde bucal daqueles escolares que necessitam de atenção.

Dentre as ações realizadas no consultório, houve uma ampliação para 41% da primeira consulta odontológica dos escolares. Dentre esta ampliação é importante frisar que se deu uma maior atenção aos escolares de alto risco (crianças com muitas cáries na boca), onde, dos 40 identificados pela intervenção, 27,5% frequentaram o consultório odontológico para a realização da primeira consulta.

Além disso, houve uma melhoria dos serviços odontológicos prestados, com a instituição de um programa de busca às crianças faltosas ao atendimento odontológico, bem como a manutenção de um registro em prontuário específico para a saúde bucal.

Após quatro meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos para a melhoria da saúde bucal dos escolares foram cumpridos, mesmo que alguns de forma parcial, e que trouxeram melhoria a atenção à saúde bucal das crianças da área atendida pela UBS Secretaria Municipal de Saúde. Espera-se que a comunidade e a gestão se apropriem da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

## **5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

O que me chamou atenção no curso, ao verificar seu edital, foi a possibilidade de entender a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e a participação do cirurgião-dentista dentro dessa estratégia, pois, durante a graduação, não há um enfoque direcionado sobre a mesma. Além disso, com a vivência da UBS, via-me cercado por dúvidas que ainda graduando não revelava preocupação para solucioná-las, afinal, não existiam.

Logo nas primeiras semanas do curso, entendi que a ESF deve ser feita através do trabalho de equipe, onde todos os trabalhadores de saúde devem estar próximos para que haja uma interação e a possibilidade da aplicação dos princípios dos SUS de um tratamento universal, integral e equitativo.

As primeiras unidades foram bem interessantes, pois uma enxurrada de novos conhecimento no tocante a saúde coletiva, as ações desenvolvidas pelo SUS, os grupos de atenção, os direitos dos usuários, dentre outros, fizeram-me ter outro olhar sobre o SUS.

Logo em seguida, após uma análise situacional, ficou definida uma intervenção sobre a saúde bucal dos escolares. Análise situacional, análise estratégica e intervenção são termos que nunca pensei serem usados na Estratégia de Saúde Bucal. Por isso, não me contive em apenas usar, mas passei este conhecimento aos meus colegas cirurgiões-dentistas que atuam nas outras equipes de ESF, minhas experiências durante o curso e incentivei suas participações em turmas posteriores.

A intervenção, além de ser um conhecimento novo, fez-me adquirir uma qualidade fundamental para que a Atenção Básica seja realizada, a flexibilidade. Quando soube que iria ser mudado de UBS, já com a intervenção em sua terceira



semana, me desesperei; porém, através de muito diálogo com minhas orientadoras Vania Priamo e Elisângela Sousa, e com os gestores, consegui continuar a intervenção até o final.

Uma intervenção que tinha tudo para ficar muito abaixo do esperado, afinal, estava, a partir da terceira semana, a quase 12 km de distância das Unidades Escolares focos da intervenção. Mas, com muita união entre a equipe de saúde bucal e uma excelente parceria com as escolas, conseguimos realizar todas as ações, mesmo que algumas ficaram aquém das metas estabelecidas.

Além desse entrave, veio a tabela de dados, a qual consegui me fazer pensar em desistir, pois via tudo errado, não conseguia solucioná-la, até que, com as orientações e depois de muito estudo, resolvi mais este.

Dessa forma, considero mais que satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados e com meu aprendizado.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos a cerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho, passando de uma dimensão totalmente curativista para outra que alia o atendimento no consultório com a prevenção e a promoção de saúde bucal.

As dúvidas de ontem se transformaram nas responsabilidades das quais os conhecimentos a mim incorporados durante o curso. Responsabilidade de conhecer e saber fazer aplicar os princípios e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, de saber os atuais princípios norteadores descritos no Plano Nacional de Saúde Bucal e ter que colocá-los em prática da melhor maneira possível, de saber como modificar a forma do tratar centrada no tratamento curativo-reparador para outra com ênfase na prevenção e promoção de saúde bucal, respeitando os 85% de atendimento no consultório. O conhecimento da Estratégia de Saúde Bucal também me trouxe a ciência sobre os seus limites máximos e mínimos de trabalho e até que ponto vão minhas responsabilidades.

Além de aplicar, é necessário observar quando e para quem direcionar os recursos da Estratégia de Saúde Bucal, respeitando o princípio da equidade. O curso de especialização em saúde da família permitiu a eu observar quais os grupos que merecem mais atenção à sua saúde bucal, realizando métodos científicos

diretos de pesquisa, ou seja, uma análise situacional, onde posso verificar suas necessidades e então direcionar o tratamento.

Como exemplo de análise situacional, posso citar minha intervenção que, após uma análise estratégica, direcionou-se a atenção da saúde bucal dos escolares com idade entre 6 e 12 anos. No entanto, observo hoje que o grupo de pacientes com doenças crônicas (hipertensão e diabetes) necessitam de uma atenção especial, o que está me levando a organizar uma análise situacional deste grupo para que possa também realizar uma ação estratégica e contínua.

Através do Ambiente AVA também pude realizar um refinamento de conhecimentos sobre saúde coletiva e especificamente sobre a minha amada Odontologia, o que para mim fora de muita valia, pois, como recém-formado ao iniciar o curso de especialização, tinha várias dúvidas. Além disso, pude aprender novas técnicas, como por exemplo, o uso da pasta Guedes Pinto e técnicas ortodônticas interceptativas que podem ser realizadas na atenção básica, e captar vários documentos importantes, como um manual de utilização de fármacos em Odontologia, o qual expus às minhas colegas cirurgiões-dentistas de São João da Serra (PI).

O que posso dizer, esta especialização me mostrou o que é e como deve ser a Estratégia de Saúde da Família o mais próximo do ideal de todos nós brasileiros que ainda acreditam nesse país e no nosso sistema de saúde, o SUS.

## Referências

BENEDETTO, Monique Saveriano de. **Proposta de um método prático para avaliação do poder de neutralização existente na cavidade oral**. 2002. 155p. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - n.º 17** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.

FIGUEIRA, Taís Rocha; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. **Revista Gaúcha de Odontologia – RGO**, Porto Alegre, v.56, n.1, p. 27-32, jan./mar. 2008.

GOMES, Juliana Invenção. **MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS DA USF DE SÃO BENTO, AMÉLIA RODRIGUES/BA**. Monografia (Especialista em Saúde da Família) – UNASUS – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

GONÇALVES, Rosana Hollanda de Paula. **CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA UMA ESCOLA MUNICIPAL DE CABO VERDE, MG.** Monografia (Especialista em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro, RJ, 2011.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Manual de saúde bucal/- Prefeitura do Município.** 1. ed. Londrina, PR, 2009. 550p.

PEREIRA, Antonio Carlos et al. Índice de necessidades de tratamento em odontologia – um novo conceito em planejamento de serviços. **Faculdade de Odontologia de Lins – FOL,** São Paulo, v.11, n.2, jan./jun. 1999.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria da Atenção Primária. **Levantamento Epidemiológico CPO-D Passo a Passo.** Tocantins: Palmas, 2013. 7p.

## **Anexos**



### Anexo 1: Ficha-espelho

SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR  
NOME DA CRIANÇA

IDADE

--	--

A criança participou do Levantamento Epidemiológico?	SIM	NÃO
Atividade de cárie CPO-D/ceo-d		
A criança passou por primeira consulta odontológica programática?	SIM	NÃO
Foi registrado oa 1ª 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 da criança faltosa à consulta marcada?	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
Possui problemas neurológicos?	SIM	NÃO
A criança teve o Tratamento Odontológico Concluído?	SIM	NÃO

#### ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Circular face de vermelho – face cariada Pintar face de azul – face restaurada satisfatória Pintar face de vermelho – face restaurada insatisfatória	Dente cortado de azul – extraído Dente cortado de vermelho – indicação de extração
--	---

OBS.:

---



---



---







**Anexo 3 – Documento do Comitê de Ética em Pesquisa**

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>

Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## **Apêndices**

### Apêndice 1: Prontuário Odontológico

Nome:				Nº ID. PAC/CERT. NASC.:	
Data de Nascimento:	Sexo:	Estado Civil:	Profissão:	Escolaridade:	
Endereço:				Telefone:	
Bairro:		Cidade (Estado):		Nº Cartão SUS:	
USF:		Equipe:		ACS responsável:	

#### ANAMNESE

Está em tratamento médico?	SIM	NÃO	QUAL?					
Está tomando algum medicamento?	SIM	NÃO	QUAL?					
Tem problemas com alergia?	SIM	NÃO	QUAL?					
Apresenta doença infectocontagiosa?	SIM	NÃO	QUAL?					
Já foi hospitalizado?	SIM	NÃO	Por quê?					
Já tomou anestesia dentária?	SIM	NÃO	Teve complicações:					
Possui problemas renais	SIM	NÃO	Especificar:					
Possui problemas cardíacos?	SIM	NÃO	Especificar:					
Possui problemas digestivos?	SIM	NÃO	Especificar:					
Possui problemas neurológicos?	SIM	NÃO	Especificar:					
Possui problemas com hemorragia?	SIM	NÃO	Especificar:					
Possui problemas respiratórios	SIM	NÃO	Especificar:					
É diabético?	SIM	NÃO	É hipertenso?	SIM	NÃO	Fuma?	SIM	NÃO
Faz uso de álcool?	SIM	NÃO	É doador de sangue?	SIM	NÃO	Está grávida?	SIM	NÃO
Outras Informações Importantes:								

Termo de Consentimento Esclarecido

Eu (RESPONSÁVEL) \_\_\_\_\_  
autorizo a realização de tratamento odontológico, contemplando todas as intervenções e exames necessários, assim como autorizo a utilização em apresentações dos trabalhos que forem realizados (slides, fotografias, radiografias, modelos de estudo, etc.)

DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

#### ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Circular face de vermelho – face cariada  
Pintar face de azul – face restaurada satisfatória  
Pintar face de vermelho – face restaurada insatisfatória

Dente cortado de azul – extraído  
Dente cortado de vermelho – indicação de extração



## Apêndice 2

### Ficha para Levantamento Epidemiológico (\*) Índices CPO-D/ceo-d

NOME \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_

ESCOLA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ TURMA \_\_\_\_\_

ACS \_\_\_\_\_

#### CÓDIGO UTILIZADO

0- ESPAÇO VAZIO

1-DENTE PERMANENTE CARIADO

2-DENTE PERMANENTE OBTURADO

3-DENTE PERMANENTE EXTRAÍDO

4-DENTE PERMANENTE C/ EXTRAÇÃO INDICADA

5-DENTE PERMANENTE HÍGIDO

6-DENTE DECÍDUO CARIADO

7-DENTE DECÍDUO OBTURADO

8-DENTE DEC. C/ EXTRAÇÃO INDICADA

9-DENTE DECÍDUO HÍGIDO

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

\*Fórmula para cálculo do levantamento epidemiológico

$\frac{\text{Dentes Cariados} + \text{Perdidos} + \text{Obturados}}{\text{N}^\circ \text{ de Crianças de 12 anos}} = \text{CPO-D}$

$\frac{\text{Dentes Cariados} + \text{Extração indicada} + \text{Obturados}}{\text{N}^\circ \text{ de Crianças de 5 anos}} = \text{ceo}$