

Universidade Aberta do SUS - UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 04



**Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 6 a 12 anos da
UBS/ESF Jardim Cristina, Colombo/PR.**

Ana Paula Geronasso

Pelotas, 2014

Ana Paula Geronasso

**Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 6 a 12 anos da
UBS/ESF Jardim Cristina, Colombo/PR.**

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

Orientadora: Marina Sousa Azevedo

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

G377m Geronasso, Ana Paula

Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos da UBS/ESF Jardim Cristina, Colombo, PR / Ana Paula Geronasso ; Marina Sousa Azevedo, orientadora. — Pelotas, 2014.

81 f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde bucal do escolar. I. Azevedo, Marina Sousa, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Dedico este trabalho à minha família,
ao meu noivo Daniel que sempre estiveram ao
meu lado e à minha orientadora Marina Sousa
Azevedo, pela sua dedicação e paciência.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por mais esta conquista realizada.

Aos meus pais e minhas irmãs, por sempre me apoiar e me incentivar a correr atrás dos meus sonhos.

Ao meu noivo Daniel Predabon Gabrielli, que soube entender minha ausência em alguns momentos, e sempre me ajudou no que foi preciso.

E a equipe da USF Jardim Cristina, pelo profissionalismo e dedicação à comunidade de Colombo, e pelo incentivo e participação neste projeto de intervenção.

*Se você pensa que é um derrotado,
você será derrotado.*

*Se não pensar “quero a qualquer
custo!”*

Não conseguirá nada.

*Mesmo que você queira vencer,
mas pensa que não vai conseguir,
a vitória não sorrirá para você.*

*Se você fizer as coisas pela metade,
você será fracassado.*

*Nós descobrimos neste mundo
que o sucesso começa pela intenção
da gente
e tudo se determina pelo nosso
espírito.*

*Se você pensa que é um malogrado,
você se torna como tal.*

*Se almeja atingir uma posição mais
elevada,
deve, antes de obter a vitória,
dotar-se da convicção de que
conseguirá infalivelmente.*

*A luta pela vida nem sempre é
vantajosa*

aos fortes nem aos espertos.

*Mais cedo ou mais tarde, quem cativa a
vitória*

é aquele que crê plenamente

Eu conseguirei!

(Filosofia do Sucesso - Napoleon Hill)

Lista de figuras

Figura 1.	Proporção de escolares examinados na escola.....	52
Figura 2.	Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.....	53
Figura 3.	Proporção de escolares alto risco com primeira consulta odontológica.....	54
Figura 4.	Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.....	55
Figura 5.	Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.....	56
Figura 6.	Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.....	57
Figura 7.	Proporção de escolares com registros atualizados.....	58
Figura 8.	Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal.....	59
Figura 9.	Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.....	59
Figura 10.	Proporção de escolares com orientações nutricionais.....	60
Figura 11.	Metas e Resultados.....	64

Lista de abreviaturas/siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião (a) Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Assistência à Saúde da Família
PET	Programa de Educação Tutorial
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação.....	11
1. Análise situacional.....	12
1.1. Texto Inicial sobre a Situação da ESF.....	13
1.2. Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3. Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	28
2. Análise estratégica.....	30
2.1. Justificativa.....	30
2.2. Objetivos e metas.....	31
2.2.1. Objetivo Geral.....	31
2.2.2. Objetivos Específicos.....	31
2.2.3. Metas.....	32
2.3. Metodologia.....	33
2.3.1. Ações.....	33
2.3.2. Indicadores.....	40
2.3.3. Logística.....	43
2.3.4. Cronograma.....	45
3. Relatório da intervenção.....	47
3.1. Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	47
3.2. Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	49
3.3. Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.....	49
3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	50
4. Avaliação da intervenção.....	51

4.1. Resultados.....	51
4.2. Discussão.....	60
4.3. Relatório da Intervenção para os gestores.....	62
4.4. Relatório da Intervenção para a comunidade.....	66
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	68
6. Referências.....	70
Anexos	71
Anexo A - Planilha de coleta de dados.....	72
Anexo B- Ficha espelho.....	73
Anexo C - Documento do Comitê de ética.....	75
Apêndices	76
Apêndice A – Fotos da Intervenção.....	77
Apêndice B – Aviso na agenda.....	80
Apêndice C – Folder utilizado.....	81

Resumo

GERONASSO, Ana Paula. **Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 6 a 12 anos da UBS/ESF Jardim Cristina, Colombo/PR.** 2014. 81f. Trabalho de Conclusão do Curso - Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

As ações em saúde bucal com escolares podem ter um impacto importante na saúde destes indivíduos, principalmente por ser um período de formação de hábitos e por aliar pais e professores na busca por práticas bucais saudáveis. Na nossa Unidade não havia o envolvimento conjunto dos pais, funcionários e professores das escolas nas atividades propostas, além disto, não havia adesão para a conclusão dos tratamentos e não havia monitoramento periódico dos indicadores. O foco da intervenção foi a saúde bucal do escolar e o objetivo geral foi melhorar a atenção à saúde bucal dos escolares da escola Santa Isabel, escola de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Jardim Cristina, Colombo/PR. A elaboração da intervenção foi precedida de algumas etapas como a análise estratégica, através da qual traçamos objetivos e metas a serem alcançados, e a metodologia que nos fez traçar e organizar como ocorreria as ações para alcançar os indicadores das metas pré-estabelecidas. A intervenção propriamente dita ocorreu em quatro meses, com início em janeiro de 2014, e após a sua finalização realizamos uma avaliação dos resultados alcançados, através da comparação dos indicadores encontrados antes e após a intervenção, ocorreu a ampliação da cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares, melhora da adesão ao atendimento em saúde bucal, melhora da qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares, melhora do registro das informações e promoção a saúde bucal dos escolares. A população de escolares residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde é de 1023 crianças de 6 a 12 anos representando, aproximadamente 12% da população total, destes, 428 estudam na escola da área de abrangência da Unidade de Saúde. Os resultados obtidos após quatro meses de intervenção foram positivos: todos participaram da ação coletiva de exame bucal na escola; a cobertura de primeira consulta com plano de tratamento odontológico foi de 52,6%, tivemos no total 11 usuários escolares faltosos e ao final da intervenção todos tiveram suas buscas ativas realizadas, todos participaram da ação coletiva de escovação supervisionada com creme dental, foram classificados como com relação ao risco para doenças bucais, dos escolares identificados como alto risco todos tiveram suas aplicações de gel fluoretado com escova dental realizadas, dos escolares da intervenção que tiveram suas primeiras consultas realizadas todos tiveram seus registros atualizados nas planilhas, prontuários e fichas espelho, todos participaram da ação coletiva de orientações sobre higiene bucal, sobre cárie dentária e nutricionais ao final de quatro meses. Concluiu-se que a intervenção melhorou a atenção à saúde dos escolares, e esta juntamente com o curso representou para a UBS e para a equipe uma proposta de melhoria que deu certo, o que motivou a equipe a dar continuidade as ações propostas na intervenção, uma vez que as ações mostraram bons resultados e trouxeram satisfação para muitos usuários.

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

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O foco da intervenção escolhido foi a promoção de saúde bucal do escolar, cujo objetivo foi o de melhorar a atenção à saúde bucal de escolares de 6 a 12 anos residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, Jardim Cristina no município de Colombo, Paraná. A escola foco da intervenção foi a Santa Isabel.

Este trabalho está dividido em cinco partes sendo elas: 1 - Análise situacional onde abordamos as atividades realizadas na Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim Cristina, sua estrutura física, recursos humanos e processo de trabalho; 2 – Análise estratégica: onde realizamos o planejamento para intervenção definindo objetivos, metas, indicadores e ações; 3 – Relatório da intervenção: momento em que paramos para analisar todo o trabalho realizado, revivendo desde o início as conquistas e os momentos de dificuldades que encontramos para realizar nossa intervenção, seja por falta de materiais ou até mesmo pela ausência de funcionários; 4 – Avaliação da intervenção: onde realizamos a análise dos dados obtidos e proporcionamos aos gestores e à comunidade o produto da intervenção e 5 – Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem: levando em consideração as expectativas iniciais da intervenção, avaliamos o que de mais relevante conquistamos através da intervenção.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2013, quando começaram as postagens das primeiras tarefas; a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado, ocorreu em agosto de 2014.

1 Análise situacional

1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF

Sou cirurgiã-dentista na Unidade de Saúde da Família Jardim Cristina em Colombo/PR. Nossa equipe da unidade é composta por: um dentista, um auxiliar de Odontologia, três médicos (um deles está afastado por motivo de doença), três enfermeiras, três técnicos de enfermagem, quinze agentes comunitárias de saúde (ACS) (duas estão afastadas no momento), dois auxiliares de serviços gerais e dois recepcionistas.

Em relação à estrutura da Unidade de Saúde (US) possuímos: sala de Odontologia, sala de vacina, sala de esterilização (seria um pequeno espaço com acesso ao corredor, sem porta), sala de puericultura, dois consultórios médicos, cozinha, sala da coordenação (com banheiro para funcionários) e uma sala de reunião das agentes de saúde, recepção, um banheiro para usuários e uma pequena farmácia.

A US Jardim Cristina é uma unidade de estrutura antiga, consiste em uma casa alugada, que foi adaptada para ser uma unidade de saúde, as paredes internas são de madeira, e as salas são relativamente pequenas.

Os prontuários são preenchidos manualmente, na sala da Odontologia temos um computador, mas no momento não está sendo utilizado, pois não existe um sistema instalado para preenchimento dos prontuários, na coordenação também há outro computador o qual é utilizado pela coordenadora para anotar dados.

O agendamento para os usuários na Odontologia é feita da seguinte maneira: nesta unidade de segunda a quinta-feira há o agendamento diário, cinco senhas para os usuários serem atendidos no mesmo dia, e fora estes, atendemos os programas: dos idosos, gestantes, diabéticos, crianças da escola e da creche de abrangência da unidade de saúde; estes usuários de programa não precisam entrar na fila do agendamento diário, são agendados até finalizar o tratamento odontológico e remarcados para acompanhamento, são três vagas pela manhã e três no período da tarde. Na sexta-feira não são marcados usuários, pois é o dia que vamos fazer escovações nas escolas e palestras, geralmente há aquele usuário de emergência que não conseguiu pegar a senha pela manhã, que então temos que

intervir. No final do mês, tudo é anotado e entregue em relatório mensal para coordenação.

O agendamento dos usuários para consulta médica é diário, todos os dias são disponibilizadas vagas pela manhã, para os usuários de programas são feitos agendados, assim como para a Odontologia, para que estes não precisem entrar na fila.

Considero que nossa US funciona muito bem e consegue atender ao público do qual é responsável, o fator que deveria ser considerado é a falta de estrutura, por ser uma casa alugada com pequenos cômodos adaptados, se a unidade fosse maior poderiam ter mais profissionais, como é meu exemplo, sou a única dentista da unidade para atender três áreas, quando deveriam ser três dentistas, mas não teria como colocar mais profissionais nesta unidade, pois não haveria espaço.

Enfim, em relação à equipe considero muito eficiente, o que acaba deixando a desejar ainda é a estrutura, mas que possivelmente será feita uma nova unidade em um novo terreno.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Colombo é um município brasileiro do estado do Paraná, localizado na região metropolitana de Curitiba, sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de 215.242 habitantes (IBGE, 2014). Possui características urbanas e rurais. O sistema de saúde no município conta com um total de 22 unidades, sendo destas 12 unidades básicas e 10 unidades Estratégias de Saúde da Família (ESF), no momento ainda não contamos com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Atualmente a atenção especializada conta com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Especialidades Médicas e uma maternidade, há cerca de um ano, estamos sem serviços hospitalares dentro do município, sendo este serviço realizado através de encaminhamentos para outros hospitais da região: Curitiba, Campo Largo, Campina Grande do Sul entre outros municípios próximos. Até meados do ano passado, contávamos com a existência do hospital Santa Casa, mas este foi desativado e desde então os usuários que necessitam de serviços hospitalares são encaminhados para outros municípios.

No geral, há disponibilidade dos exames complementares, os usuários possuem acesso aos exames necessários em geral menos de 15 dias de espera para exames laboratoriais (exames de sangue, urina, escarro, secreções...), já exames preventivos o usuário realiza o exame em menos de 15 dias, mas o resultado tem demorado em média 60 dias de espera. Alguns outros exames como radiografias, ecografias, eletrocardiograma possuem tempo de espera maior, alguns exames chegam a ter três a seis meses de espera, a não ser que este exame seja solicitado em caráter de emergência.

O usuário possui acesso à maioria das especialidades, porém em alguns casos a espera é maior, como ortopedia que a lista de espera estava em um ano até ano passado, mas que estão sendo realizados mutirões aos finais de semana destas especialidades para diminuir o tempo de espera.

A Unidade de Saúde onde atuo é a Jardim Cristina, encontra-se na área urbana do município a 12,3 Km de distância do centro do município e a 17,3 Km distante da cidade de Curitiba. O modelo de atenção é a Estratégia Saúde da Família (ESF), a população de abrangência atual é cerca de 8.520 habitantes, contando com três equipes multiprofissionais, 115, 116 e 117 subdivididas em cinco micro – áreas sendo que apenas a equipe 116 é completa, um médico generalista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, um auxiliar odontológico e cinco ACS, já na equipe 115 faltam um ACS, dentista e auxiliar odontológico e na 117 faltam um médico, uma ACS e também não possui dentista e auxiliar, ficando o dentista da unidade responsável pelas três áreas.

O município possui vínculo com instituições de ensino, como a Universidade Federal do Paraná, que possui o programa de educação tutorial (PET), Programa de valorização do profissional da Atenção Básica (PROVAB), residência médica em saúde da família e estágio obrigatório (internato). Estes programas fazem com que os profissionais/alunos desta instituição participem através das unidades de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), ofertando atendimento aos usuários.

Segundo o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, que regulamenta como deve ser a estrutura da UBS e fazendo uma análise comparativa com a estrutura da USF Jardim Cristina, reparei que a maioria dos requisitos não são atendidos. Posso citar, como exemplo, que a UBS Jardim Cristina faz a cobertura de atendimento de aproximadamente 8.520 mil habitantes e isso equivaleria no manual à três ESF que seriam de até 12 mil habitantes, no caso desta

unidade são três ESF, porém não completas, faltando algumas ACS, um médico e há apenas uma dentista para dar suporte as três equipes e programas. Já a sala de espera, teria que abrigar 45 pessoas de acordo com o número da população coberta pela unidade, mas a nossa sala de espera comporta cerca de 30 pessoas sentadas, na verdade não há uma sala de espera específica, considere a disposição das cadeiras que se situam na entrada da unidade, um espaço próximo à recepção.

O número de equipes odontológicas seria idealmente de três, banheiros para os usuários possui apenas um para usuários femininos e masculinos, sanitários adaptados para deficientes não existem, apesar de que toda unidade deveria ter ao menos um, a ventilação não é adequada, sala de espera não possui boa iluminação, pisos possuem algumas irregularidades que geram trepidação em cadeiras de roda, possui desníveis para entrada na unidade, a cobertura (teto) permite a entrada de umidade, goteiras, material de acabamento não é lavável, pois as paredes internas são de madeira, sala de arquivo fica adjunta na recepção e não possui lugar específico para almoxarifado. Os recursos oferecidos pela UBS Jardim Cristina não atendem a maioria dos parâmetros pré-definidos. Como efeito desta falta de estrutura os usuários idosos ou com deficiência, que possuem dificuldade de deslocamento, são prejudicados e mesmo precisando de mais atenção na saúde, acabam tendo dificuldade de acesso e dependendo mais ainda da ajuda dos seus acompanhantes.

Nos casos dos usuários especiais que possuem dificuldade de acesso, a nossa equipe de saúde bucal enfrenta estas dificuldades da seguinte forma: possuímos uma lista de usuários que necessitam de atendimento prioritário, que incluem os idosos e deficientes físicos ou mentais (que permitem realizar o atendimento odontológico sem contenção), a fim de facilitar seu acesso, são agendados como participantes dos programas, são realizadas consultas agendadas até final do tratamento e depois acompanhamento, a fim de facilitar o acesso. Já os usuários especiais que necessitam de atendimento especializado são encaminhados para o CEO, onde há a estrutura e acessórios adequados e profissional especializado e capacitado para realização deste atendimento. Para atendimento médico os usuários especiais e idosos também possuem agendamento diferenciado, a fim de conseguir consultas de uma maneira de mais fácil acesso. Quando necessário o dentista realiza atendimento domiciliar.

Posso citar a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), que tem como objetivo revisar as diretrizes e normas para organização das Unidades de Saúde, mostrando a maneira como estas devem ser e os princípios e diretrizes que devem seguir, nesta portaria constam as atribuições específicas de cada profissional.

Os enfermeiros da US Jardim Cristina realizam todas as atividades citadas na respectiva portaria, mas devido à alta demanda de usuários, não conseguimos realizar muitas visitas domiciliares, geralmente quem atua mais nessas visitas são os técnicos de enfermagem e os ACS. No caso dos técnicos de saúde bucal, auxiliares e dentistas esses realizam todas as respectivas atividades citadas, realizam ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, no âmbito domiciliar sendo realizadas também, mas menos que na própria Unidade de Saúde, na verdade o dentista acaba realizando as visitas domiciliares mais quando o ACS ou técnica de enfermagem/enfermeiras notam a necessidade da visita do dentista. O fato do dentista não conseguir acompanhar muitas visitas domiciliares se dá pelo motivo de se ter apenas um dentista na unidade para três áreas, e se fossem realizadas mais visitas teríamos que diminuir os agendamentos que já não são o suficiente para atender toda a demanda. As atividades fora da UBS são também realizadas nas escolas, como palestras, orientações, exames epidemiológicos e fluoroterapia.

Os médicos desta UBS participam das reuniões e planejamentos e suas respectivas tarefas e também realizam visitas domiciliares. Esta US participa do Programa Saúde nas Escolas (PSE), portanto são realizadas visitas nas escolas e a Odontologia é responsável pelo levantamento epidemiológico, educação em saúde bucal, fluoroterapia e atendimento dos casos mais graves de uma escola, ou seja, sendo a dentista da US Jardim Cristina sou responsável pela realização destas atividades na escola de abrangência desta sua unidade de saúde, esta visita na escola é semanal e acompanhada pela minha auxiliar de saúde bucal. Os usuários que estudam na escola de abrangência da US estão incluídos no programa, e os pais conseguem agendar consultas para estas crianças sem necessitar entrar na fila, apenas procurando a unidade para o agendamento. Também para amenizar a situação, investimos na parte preventiva, realizando palestras para idosos, gestantes, adolescentes, fumantes, hipertensos.

O fato da Unidade de Saúde não possuir estrutura e número de profissionais suficientes para atender a demanda, fazem com que nem todos os usuários tenham acesso ao atendimento, pois não possuem vagas para todos, o ideal seria a construção de uma nova US a fim de ter mais infraestrutura para poder existir a contratação de mais profissionais para atender a área.

A fim de enfrentar as limitações na Odontologia, investimos na educação em escolares, puericulturas, cada equipe de saúde bucal é responsável pela educação bucal de uma escola, são realizadas palestras sobre a importância da higiene bucal, escovações supervisionadas, bochechos com flúor. Todo este trabalho é realizado uma vez por semana na escola, e mesmo assim ainda restam escolas que não são cobertas por dentistas, pois existem mais escolas que unidades de saúde, e por este motivo existe no município o Projeto escolas: uma equipe de saúde bucal que visita as escolas fazendo este trabalho nas escolas não cobertas por US e o Odonto-Móvel (trailer) que possui outra equipe de saúde bucal que faz o mesmo trabalho preventivo e atendimento (dentro deste trailer existe um equipo odontológico e raio X) nas áreas rurais, que são mais distantes do centro. Estas equipes: Projeto Escolas e Odonto-móvel fazem este trabalho voltado para as escolas diariamente, com o objetivo principal de atender e ensinar os escolares.

A prioridade de enfrentamento, acredito que seria a falta de acesso destes escolares ao atendimento, pois existe uma demanda muito grande de crianças que necessitam de atendimento e não conseguimos atender todas. Porém com este trabalho preventivo que vem sendo feito há alguns anos pela prefeitura já se tem notado um bom resultado.

A população do município cresceu muito nos últimos anos e contudo a infraestrutura e saúde não conseguiu acompanhar este crescimento repentino, mas a nova gestão tem como planos abrir novas unidades para equilibrar a atual situação.

A população de abrangência atual da UBS Jardim Cristina é cerca de 8.520 habitantes, contando com três equipes multiprofissionais, subdivididas em cinco micro áreas cada, que atendem dentro da ESF.

Em relação à estimativa do sexo da população, existem 3822 homens cadastrados enquanto a estimativa é de 4175, quanto às mulheres são 4698 cadastradas enquanto a estimativa seria de 4345 mulheres. Considero que a estimativa ficou muito próxima do valor real da população de abrangência da USB

Jardim Cristina. A estimativa do número de crianças existentes menores de um ano na área de abrangência da US é de 155 crianças, sendo que destas 119 são acompanhadas na US, e o número de gestantes residentes na área de abrangência que são acompanhadas na UBS é de 66, sendo que o número estimado de gestantes na área de abrangência é de 128. Pode-se verificar que ainda existem gestantes e crianças menores de um ano que não estão cadastradas e nem atendidas nesta unidade de saúde, mesmo este número não sendo grande. A estimativa do número de idosos com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência corresponde a 937 destes 788 idosos são acompanhados na US, correspondendo a 84% de cobertura destes usuários.

O atendimento à demanda espontânea nesta unidade de saúde é realizada já na recepção, na qual o usuário chega, se informa e é acolhido. Para o acolhimento não existe uma sala específica, geralmente o usuário é acolhido na sala de da coordenação ou sala de puericultura, este acolhimento é realizado pelas técnicas de enfermagem ou enfermeiras. As próprias técnicas de enfermagem e enfermeiras escutam as queixas dos usuários, avaliam o risco, fazem orientações, e se necessário discutem os casos com outros membros da equipe, quando o risco é maior são realizados encaixes para consultas médicas ou se necessário encaminhamento para pronto-atendimento.

Na Odontologia o acolhimento é diferencial, pois o atendimento de demanda espontânea é realizado no mesmo dia, não há encaminhamento para outro pronto atendimento, em alguns casos o que necessitamos para realizar tal procedimento é de algum outro exame complementar, como por exemplo, uma radiografia para fazer uma abertura endodôntica, neste caso o usuário é medicado e realizado os primeiros cuidados, encaminhado para o centro de especialidades onde realizará o raio -x, e retornará para Unidade para finalizar o tratamento.

Como na unidade não possuímos equipamentos para tratamentos mais complexos, como emergências mais graves, que exigem uma intervenção médica mais complexa, geralmente o próprio usuário já ciente disso não costuma procurar a US e sim o pronto atendimento ou pronto socorro para estes atendimentos, porém quando existe o usuário é acolhido, atendido, e nos casos em que precisa ser encaminhado para outro lugar são prestados os primeiros cuidados e acionada a ambulância da prefeitura, já que não possuímos uma ambulância a disposição da US.

Nas unidades de saúde com ESF a população de cada unidade é dividida em áreas e cada equipe é responsável pela sua área, apenas na Odontologia, o dentista acolhe todas as áreas pois nesta unidade apenas uma das áreas possui este profissional. O nosso acolhimento já se inicia na recepção onde a recepcionista conversa com o usuário, escuta suas queixas, realiza uma avaliação inicial do sofrimento do usuário e encaminha para uma técnica de enfermagem ou realiza encaixe para agendamento para o dia seguinte ou ainda faz as orientações de como funciona o agendamento diário para consultas.

A saúde da criança de 0 a 72 meses é acompanhada através da puericultura, existe um protocolo realizado pelos próprios profissionais do município, a fim de que estas atividades ocorram de maneira similar nas unidades de saúde dentro do município, seguindo este protocolo o modo de atendimento não varia muito de unidade para unidade. A forma de registro da puericultura na minha unidade de saúde é feita de maneira bem organizada, o número de crianças residentes na área e acompanhadas pela UBS é 119 o equivalente a 77% da população estimada de crianças da área. Avaliei com estes dados que a puericultura está sendo eficiente cobrindo boa parte desta população. Os indicadores da qualidade da atenção da puericultura estão bons, e considero boa a atuação da equipe sobre esta população já que 84% das crianças estão com as consultas em dia e 86% com as vacinas em dia. Na UBS Jardim Cristina a puericultura é realizada três dias por semana, um dia por área, e obedece um protocolo com cronograma de atendimento, a primeira consulta, por exemplo, acontece entre os sete e dez dias de vida pelo médico, a 2ª consulta está prevista para o 1º mês de vida e é realizada pelo enfermeiro, estes dois profissionais participam das consultas intercalando-se, para o dentista a 1ª consulta acontece no 6º mês de vida e também segue o cronograma estabelecido neste protocolo.

A puericultura é realizada de forma eficaz nesta unidade, envolve o enfermeiro, médico, dentista e técnicos de enfermagem, porém não possui acompanhamento de psicólogos, nutricionistas, estes profissionais participam apenas quando o profissional que faz a puericultura vê a necessidade de encaminhamento. No caso dos nutricionistas e psicólogos, estes não participam da nossa equipe, e quando precisamos deste serviço temos que encaminhar para o centro de especialidades que possui este atendimento.

Na unidade existe a puericultura odontológica separada, onde os pais da criança são instruídos após sair da puericultura com o médico e enfermeiro, a procurar a sala da Odontologia para agendar a puericultura com o dentista que é realizada cerca de três vezes por semana, temos uma tabelinha para acompanhar as consultas dos outros profissionais, assim procuramos agendar, quando possível, a puericultura odontológica no mesmo dia da puericultura médica/enfermagem, afim de facilitar para o usuário.

Para melhorar acredito que seria interessante que o psicólogo e nutricionista trabalhassem em nossa unidade fazendo parte de nossa equipe, assim como nós profissionais já participantes, há a necessidade da implantação do NASF no município, para que as unidades ESF possam contar com trabalho destes profissionais com maior acesso aos usuários, já que para conseguir consultas no centro de especialidades é concorrido e pode levar meses.

Posso citar como pontos positivos o envolvimento e adesão dos pais, a maioria deles se mostram envolvidos no acompanhamento multiprofissional que a puericultura proporciona as crianças, o fato da criança, ter um acesso facilitado à consultas com médico, dentista, também incentiva os pais a trazerem seus filhos nas datas corretas para o devido acompanhamento.

A forma de registro dos dados de pré-natal e puerpério é organizada, as enfermeiras possuem pastas por áreas, nas quais são realizadas anotações como presença ou ausência nas consultas, exames solicitados, cadastro destas gestantes, além do prontuário médico, estes registros nos permitiram a coleta de dados. O pré-natal tem uma cobertura de 66 gestantes (52%) do total de gestantes estimadas (128), avaliei de maneira regular a cobertura do atendimento de 52% das gestantes, considerando que deveria abranger um maior número de gestantes, apesar de ter que melhorar a cobertura de gestantes, a unidade está realizando um ótimo trabalho com as gestantes que já fazem parte do programa conforme pode ser visto a partir da análise dos indicadores de qualidade, com uma porcentagem alta de vacinações em dia, antitetânica (97%) e hepatite (97%), consultas em dia (97%) e pré-natal iniciado no 1º trimestre (89%), considero que a avaliação de saúde bucal com cobertura de 97% também está ótima, ou seja, apesar de o número de gestantes que participam do pré-natal nesta unidade ainda estar longe do ideal, as que participam são orientadas a consultar o dentista, a fazer o pré-natal corretamente, participam de palestras educativas que oferecemos, se conscientizando da

importância dos cuidados a saúde e como ter estes cuidados, a importância de estar com as vacinas em dia e comparecer às consultas agendadas, e todas estas orientações parecem estar dando bons resultados.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento ao pré-natal acredito que é interessante a ideia de investir cada vez mais em cursos educativos para gestantes de maneira coletiva também, pois desta maneira conseguiríamos cercar estas usuárias de informações em relação a saúde da própria gestante, do bebê, trabalhar a parte preventiva inclusive da Odontologia que não conseguimos abranger totalmente os usuários que necessitam de tratamento. Acredito também que estes dados nos mostram que devemos buscar as gestantes ativamente, nos reunir com as agentes comunitárias e estar buscando estas gestantes para participar do pré-natal na unidade, orientar as gestantes que já participam a comunicar a alguma amiga ou conhecida que existe este atendimento de acompanhamento na unidade de saúde e que é fundamental que elas compareçam.

O pré-natal é realizado primeiramente pela enfermeira na primeira consulta, onde a usuária ou já vêm com o exame beta - HCG em mãos ou será encaminhada para realizá-lo, é realizada a triagem, exames, carteirinha da gestante, orientações sobre vacinação, amamentação, cuidados do corpo entre outras informações, após esta consulta inicial com a enfermagem o pré-natal é agendado com o médico.

Em média são marcadas consultas uma vez ao mês em uma gravidez de baixo risco, em gravidez com riscos maiores, de 15 em 15 dias. No último mês as consultas são agendadas semanalmente. Estas consultas são agendadas de maneira orientada pelo protocolo de saúde do município. Alguns casos de gravidez de risco, encaminhamos o acompanhamento desta gravidez para o hospital Angelina Caron em, Quatro Barras, já que nossa única maternidade do município não possui muitos recursos.

Após o parto, cerca de 7 a 10 dias pós parto, e após 30 dias novamente, a nova mãe é agendada para retornar na US para consulta de puerpério, para receber as devidas orientações. Após este período são agendadas consultas médicas para o bebê e puericultura para acompanhamento do seu ganho de peso e crescimento com 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36 meses, a criança é acompanhada na puericultura até completar 5 anos.

Na prevenção do câncer de colo de útero e do câncer de mama na US Jardim Cristina, foram realizadas 497 coletas de exames preventivos, dados estes

coletados de abril de 2012 a abril de 2013, sendo que algumas usuárias não tiveram acesso ao resultado, por motivos diversos, tais como mudança de endereço, não retorno para reconsulta, óbito, entre outros. O protocolo para solicitações de mamografias no município é solicitar mamografias anuais a partir dos 40 anos de idade, e para usuários com menos de 40 anos em casos de histórico familiar de câncer de mama, ou caso perceba se alguma alteração ao exame de toque de mama.

Os exames citopatológicos são realizados desde o início da vida sexual da mulher, até o fim do seu acompanhamento na US, pois se percebeu que muitas mulheres fora da população alvo não estavam sendo contempladas na prevenção do câncer de colo uterino. O início da vida sexual cada vez mais precoce e permanência da vida sexual ativa até a senilidade deixava muitas mulheres desprotegidas.

O Ministério da Saúde tinha como meta uma cobertura de exames de Papanicolau de 80% da população alvo (25 a 59 anos), na periodicidade recomendada pelo programa de rastreamento. O percentual de exames preventivos realizados em 2011 nesta unidade foi de aproximadamente 25,15%. Inicialmente, esse número pode parecer baixo em relação à meta proposta pelo Ministério da Saúde, no entanto, comparado com as taxas obtidas pelo Município de Colombo (6,03%) e taxas brasileiras de anos anteriores foi superior, mas ainda temos que melhorar e buscar a meta proposta pelo Ministério da Saúde. A baixa percentagem de mulheres que realizam o exame anualmente, ocorre devido à falta de conhecimento da verdadeira importância do exame preventivo, inibição da mulheres em terem sua genitália examinada, falta de oportunidade para o agendamento e realização.

Uma maneira de se captar essas usuárias, é a orientação direta da usuária, captação das usuárias em qualquer ocasião em que elas compareçam à US, como também através dos Agentes Comunitários de Saúde, realizando busca em sua área, realizando mutirão nos dias de campanha de vacinação, informando nas reuniões dos programas a disponibilização deste serviço. As mamografias são solicitadas quando realizados exames coleta de preventivo sendo este realizado pela Enfermeira, quando detecção de alteração no autoexame ou exame realizado pelo profissional, outrossim atualmente só solicitado pelo profissional médico,

conforme orientação do setor de auditoria, já foi questionado junto a coordenação de enfermagem.

São realizadas campanhas, no sábado, avisos em escola, cartazes nos comércios próximos, pré-consulta, e na sala de espera, mesmo com todas as estratégias, a dificuldade maior é o fato de que na grande maioria as mulheres trabalham, não priorizando tal exame. As medidas tomadas quando há a alteração de exames de preventivos, são realizadas através das buscas pelos ACS, que marcam uma consulta com o médico para orientação e encaminhamento para a Unidade de Saúde da Mulher em nosso município, que conta com médicos ginecologistas e mastologistas, e se necessários realizam cirurgia de alta frequência ou Colposcopia na unidade ou na Maternidade. Caso seja de nível Hospitalar, todo esse processo, não dura mais que 10 dias, o que altera são os 60 dias de retorno do resultado dos preventivos coletados, sendo que estes são enviados para os laboratórios de Curitiba que é nossa referência para realização destes exames.

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição altamente prevalente na vida adulta. Alguns estudos de base populacionais indicam o envolvimento de mais de um quarto da população brasileira (ROSÁRIO et al., 2009). Deste modo, caracteriza-se como uma doença de grande importância para a saúde pública.

O Ministério da Saúde com propósito de reduzir a morbimortalidade, impacto social e econômico associados a HAS e a Diabetes assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios, para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores destas patologias (BRASIL, 2001). Sendo que o objetivo é implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes, ofertar de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos para hipertensão e diabetes. Uma das ações desenvolvidas no país é a disponibilização para estados e municípios, de um sistema informatizado que permite o cadastramento dos portadores de HAS e diabetes, outrossim este sistema é falho em nosso município, pois tendo em vista que temos apenas um servidor com um funcionário, que faz manutenção de dados do município inteiro, sendo que os dados compilados são levantados pela unidade de saúde que utilizam métodos manuscritos para este fim.

Na US Jardim temos 962 usuários acompanhados e diagnosticados com HAS acima dos 20 anos, destes 399 usuários (41,50%) são hipertensos baixo risco, 181 usuários (18,78%) hipertensos de médio risco, 382 usuários (39,72%) hipertensos

de alto e muito alto risco. Para o atendimento destes usuários possuímos um protocolo desenvolvido pelo município. A cobertura realizada pela nossa unidade de saúde corresponde a 54% (962 hipertensos) de um total de 1795, considero que esta cobertura deve ser melhorada, pois ainda possuímos muitos hipertensos que não estão sendo acompanhados adequadamente.

Os indicadores de qualidade mostram que a avaliação de saúde bucal ainda está longe da ideal, já que apenas 35% possui esta avaliação, já a avaliação nutricional e orientação de atividade regular corresponde a 75%, exames periódicos em dia atingem 98% dos usuários, o que mostra que apesar da cobertura dos hipertensos ainda não estar boa, os hipertensos acompanhados estão na grande maioria com seus exames em dia, porém 33% possuem atrasos em consultas. O risco vascular foi avaliado em todos os usuários acompanhados.

Para melhorar esta cobertura, estamos trabalhando nas visitas domiciliares a instrução da importância de acompanhamento na unidade de saúde, também nas campanhas de vacinação costumamos chamar os usuários a comparecer na unidade de saúde (campanhas acontecem nos sábados) para realizar seu cadastro na unidade de saúde, assim conseguimos também chamar aquele usuário que possui dificuldade de fazer este cadastro e conhecer o sistema da unidade no dia de semana devido ao trabalho, uma vez conhecendo o sistema, muitos usuários que são incluídos nos programas e possuem acesso facilitado, geralmente começam a realizar o tratamento na unidade, já que antes desconhecia tal acesso.

Tratando-se de Diabetes Mellitus (DM) que é um problema de importância crescente em saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Segundo a OMS o Ministério da Saúde estima-se que em nosso país, uma prevalência de 11% da DM na população com idade igual ou superior a 40 anos está relacionado a 9% da mortalidade mundial (BRASIL, 2006a).

A estimativa do número de diabéticos é de 513 e considero que é real, pois o número de cobertura é relativamente próximo a este valor, 406 entre idosos e adultos, e corresponde a 79 %. Dentre estes, 10 são diabéticos (2,46%) sem tratamento medicamentoso acompanhados, 159 diabéticos (39,16%) não usuários de insulina sem HAS acompanhados, 172 diabéticos (42,36%) não usuários de insulina com hipertensão acompanhados, 65 diabéticos (1,61%) usuários de insulina acompanhados.

A cobertura é de 79%, avaliamos de maneira positiva, mostrando um alto número de pessoas acompanhadas em relação à estimativa. Os indicadores de qualidade mostram um bom número de diabéticos com acompanhamento bucal (81%), todos com orientação de atividade física e alimentação saudável, exames complementares em dia 81% que considero um bom valor, e consulta em atraso 39%. Para melhorar esta cobertura estamos trabalhando com a busca ativa de usuários diabéticos, palestras na unidade de saúde com orientações sobre a doença e sobre a importância da participação destes usuários nos programas da unidade de saúde

Diversos fatores podem estar relacionados à má-adesão ao tratamento, sendo a relação do usuário com o serviço de saúde um fator importante. Assim, o acesso ao serviço, e em especial, a relação médico-paciente ou outro profissional de saúde-paciente podem influenciar a satisfação do usuário e a consequente adesão ao tratamento. A relação entre HAS e a DM, assim como o dano que essas doenças cardiovasculares e faz parte da síndrome metabólica.

Como estratégia para as reuniões do programa, que é dividida em áreas, tem como foco a abordagem de assuntos, como sedentarismos, tabagismo, consumo excessivo de sal, exercícios físicos, assuntos estes tratados por profissionais de saúde, avaliação de pressão arterial, Dextro, circunferência abdominal.

Diante de um índice baixo de captação de portadores de HAS e DM, em conjunto com equipe da área, desenvolvemos um instrumento de apoio, para ser anexado ao prontuário da família, que tem como objetivo perguntas de fácil entendimento e respostas, para um levantamento de índices de agravo referente aos portadores de HAS /Diabetes e se ter um perfil mais coerente com nossa realidade.

O Brasil pode ser considerado um país envelhecido, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos (BRASIL, 2006b). Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida.

Com relação à coleta de dados, apesar tratar-se uma Unidade de Saúde ESF, com um controle quase total de seus usuários, a grande dificuldade é que os dados

são pesquisados manualmente, de uma forma artesanal, a obtenção destes dados não são de pronto. E em relação à carteirinha do idoso, tivemos contato com esta em reuniões, mas não foi efetivada em nosso município, produzimos uma carteirinha a que fazemos por equipes (cores), e um caderno que aonde consta relação de hipertensos.

O número demonstrado no caderno é a realidade de uma população carente com muitos idosos morando sozinhos, ou acompanhados de familiares que nunca estão presentes para uma assistência médica ou visitas, assim o controle e a disponibilização das famílias para que o processo diagnóstico/medicamento evolua para uma cura ou manutenção de tratamento.

O investimento dispensado para o programa do HAS, que é uma vertente da saúde do idoso, é pequeno comparado com outros investimentos com vigilância epidemiológica, Doenças sexualmente transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, os projetos e manutenção para obtenção de recursos são poucos, sofrendo indiretamente pela falta de profissionais da saúde.

Com o objetivo de formar vínculos ou uma boa aceitação da equipe de saúde, desenvolvemos atividades como: reuniões com brincadeiras, atividades físicas, bingo, festa junina, sendo que esta atividade desenvolvida apenas pelos profissionais de saúde da US, sem intervenção da Secretaria Municipal de Saúde, todo este preparo é para que os idosos frequentem a unidade e reconheça as equipes para intervenção em sua rotina. Esta é a forma mais eficiente que encontramos a fim de trazer os idosos para a US, nestas reuniões oferecemos orientações, e explicamos a importância da participação destes usuários nas atividades e programas da Unidade.

Não existe um protocolo específico para atendimentos de idosos, portanto, facilitamos o acesso a estes usuários com mais de 60 anos, agendando consultas sem que seja necessário entrar na fila junto à demanda espontânea. Muitos dos idosos são portadores de HAS e/ou diabetes, para estes casos utilizamos seus respectivos protocolos específicos. Existe o cadastro do hipertenso e diabético de cada área, onde a enfermagem realiza uma coleta de dados do usuário, como endereço onde reside, peso, altura, algumas medidas, aferição da pressão arterial e dextro, estes dados são passados a limpo para os prontuários e guardados para fins de registro e acompanhamento do usuário. O monitoramento destas atividades e ações realizadas neste grupo de idosos é realizado através de relatórios, onde

constam os números de atendimentos dos usuários de programas, por faixa etária de idade.

Enfim, realizando a avaliação do serviço de saúde em minha US, considerando as três categorias, no que se diz respeito a estrutura física: esta é deficitária pois o ambiente, a estrutura na qual trabalhamos está muito longe do ideal, ou seja, do que é exigido pelo ministério da saúde. Trabalhamos em uma estrutura que considero precária, uma casa mista de madeira e alvenaria, alugada, sem cômodos o suficiente para abrigar o número adequado de profissionais, com infiltrações e umidade. Ainda falando em estrutura: equipamentos, instrumentais, medicamentos, consumo e insumo, considero que nesta avaliação a unidade de saúde se saiu melhor, já que apesar de ocorrer às vezes falta de alguns destes requisitos, na maioria das vezes possuímos as quantidades adequada para se obter um bom desempenho no atendimento. A avaliação no processo de atenção à saúde, considero que a unidade obtenha uma boa avaliação, pois os usuários possuem acesso à vacinas, exames, testes, acolhimento nos atendimentos, tanto na demanda espontânea quanto nas ações programáticas, porém o acesso às consultas especializadas ainda é bem problemática em algumas áreas. No geral, há profissionais na unidade de saúde aptos para realizar as vacinas, atendimento médico, odontológico, exames preventivos, entre outros, porém considero que alguns profissionais acabam ficando sobrecarregados, como no meu caso, dentista que não consigo atender toda a demanda sozinha, referente a três áreas. Ainda faltam consultas médicas, devido a serem três áreas e dois médicos também, porém a estrutura da unidade não permite a contratação de outro devido à falta de mais um consultório, o número de enfermeiras está correto, pois possuímos um para cada área, e as técnicas de enfermagem também está correto pois possuímos três, uma para cada área.

Nossa unidade tem realizado um trabalho muito bonito e admirável, pois apesar das dificuldades encontradas, busca sempre acolher a todos, superando as nossas limitações. Apesar de alguns dados mostrarem que ainda precisamos melhorar a busca de alguns grupos que não estão tão presentes nos nossos atendimentos, mostramos com nossos dados que os usuários atendidos estão bem acolhidos, acompanhados e satisfeitos com o serviço que os profissionais desta unidade de saúde realizam.

1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional

Antes de realizar a análise situacional percebia que haviam dificuldades que nos rodeavam no dia a dia, mas ao fazer uma análise aprofundada percebi que possuímos muitos déficits na nossa US, principalmente em relação à estrutura que acaba limitando muitos os serviços dos profissionais, posso citar: a falta de uma sala específica de curativo, falta de espaço para outros consultórios odontológicos, falta de mais um consultório médico, entre outros já citados na análise situacional. Mesmo sabendo que poderíamos realizar um trabalho melhor se não tivéssemos que enfrentar limitações relacionadas à falta de espaço, estrutura e equipe incompleta, conseguimos realizar um bom trabalho, sempre tentando superar estas dificuldades.

Antes de realizar esta análise sabíamos que faltava algo, principalmente na estrutura física da unidade, mas não sabíamos exatamente qual era a necessidade de melhora. Após realizado o estudo da análise situacional pudemos ter uma noção real das necessidades que possuíamos, principalmente para poder expor para a gestão estas dificuldades e reivindicar melhorias. Eu e a coordenadora da Unidade, a qual também fez o curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), realizamos juntas esta coleta de dados da unidade e ao finalizar esta etapa nos deparamos com a reais necessidades de melhorias.

O principal problema da US é a estrutura física que limita a contratação de mais profissionais por falta de espaço, como a US é uma casa adaptada e alugada notamos que precisaríamos nos mobilizar para a realização da construção de uma US nova, que já havia sido solicitada, mas que há anos não saia do papel. A mobilização foi feita através de abaixo assinado, esta foi possível através da ajuda das ACS que saíram para as ruas a fim de coletar assinaturas da comunidade, este abaixo assinado circulou também por alguns dias na sala de espera da UBS, com este abaixo assinado enviado para a secretária de saúde, soubemos que a construção da nova UBS seria pauta de discussão na prefeitura.

Com relação às ações programáticas, atendíamos os usuários de programas de maneira agendada, como idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos e escolares da escola de abrangência, porém não havia uma busca ativa destes usuários. Foi detectado durante a análise situacional que grande parte dos registros estavam

desatualizados, famílias que mudaram de endereço e telefones inexistentes e que não tínhamos um monitoramento adequado. Verificamos também que a Odontologia acabava sendo a parte, não havia um atendimento de maneira integrada na Unidade. Portanto, identifiquei que além da estrutura que deixa muito a desejar, outras mudanças eram necessárias como: atualização dos prontuários com registro adequado e monitoramento dos dados e ações integradas da equipe odontológica com as demais áreas.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A promoção da saúde escolar, baseada num amplo leque de pesquisas e práticas, tem evoluído durante as últimas décadas, acompanhando as iniciativas de promoção da saúde em todo o mundo. A parceria entre o setor de Educação e o setor de Saúde deve ser ampliada para a construção de um território mais saudável, de uma comunidade mais saudável, de uma escola mais saudável, fortalecendo as múltiplas instâncias de controle social e o compromisso da comunidade para agir em defesa da vida. No contexto da promoção de saúde do escolar, o Ministério da Saúde, enfatiza como área prioritária para a promoção de vida saudável, a saúde bucal (BRASIL, 2009). Sabe-se do grande impacto das ações em saúde bucal desenvolvidas com escolares, principalmente por ser um período de formação de hábitos e por poder aliar pais e professores na busca por práticas bucais saudáveis (BRASIL, 2006c).

A população de escolares residentes na área da UBS Jardim Cristina, de Colombo é de 1023 escolares representando aproximadamente 12% da população total que é de 8520. Dos 1023 escolares de 6 a 12 anos, 448 estudam nas escolas da área de abrangência da UBS. A qualidade da atenção à saúde desta população é satisfatória, 62% (634 escolares de 6 a 12 anos) dos 1023 nesta faixa-etária realizaram concluíram o tratamento odontológico. A cobertura de primeira consulta programática é de 45% (460 escolares de 6 a 12 anos). Entre as atividades desenvolvidas estão a realização de palestras periódicas com os alunos, evidenciação de placa bacteriana, técnicas de escovação, aplicação preventiva e terapêutica de flúor e exames epidemiológicos. Para as atividades desenvolvidas seguimos o protocolo de Saúde Bucal de Colombo. O acesso destes escolares é facilitado, para agendamento na unidade de saúde não precisam enfrentar filas, mas não é feita busca ativa destes usuários quando faltam ou quando os pais não procuram o atendimento na UBS.

A cobertura da ação deve ser melhorada, assim como a adesão da população para a conclusão dos tratamentos iniciados. Ainda não são realizadas busca ativa aos usuários faltosos. Além disso, as atividades realizadas são restritas aos alunos e não há o envolvimento dos pais, funcionários e professores das escolas nas

atividades propostas. O monitoramento das ações não é feito de forma periódica o que prejudica a avaliação das atividades. Com a ajuda e o envolvimento da equipe auxiliar de saúde bucal devidamente treinada, além dos agentes comunitários de saúde ajudando na busca ativa conseguiremos melhorar a atenção à saúde bucal do escolar. As principais dificuldades encontradas serão espaço para agendamento dos tratamentos com a dentista, pois a mesma é responsável por três áreas de abrangência.

Esta intervenção é necessária para melhorar o acesso e a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares que residem nesta área, como também, para uma maior resolução dos problemas levantados nestes escolares que necessitam de tratamento curativo. Esta intervenção poderá melhorar a atenção da saúde bucal destes escolares, pois com o envolvimento da comunidade em muitas das ações desenvolvidas conseguiremos uma ampliação e um maior impacto das ações em saúde bucal. Além disso, a melhoria da nossa forma de registro permitirá o monitoramento periódico das ações e avaliação da efetividade das ações realizadas.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde bucal de escolares residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, Jardim Cristina no município de Colombo, Paraná.

2.2.2 Objetivos específicos

A intervenção tem como objetivos específicos:

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

2.2.3 Metas

Relativa ao objetivo 1:

1. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.

2. Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 90% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

3. Realizar primeira consulta odontológica em 90% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Relativa ao objetivo 2:

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

Relativa ao objetivo 3:

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 de alto risco para doenças bucais.

7. Concluir o tratamento dentário em 90% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Relativa ao objetivo 4:

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

Relativa ao objetivo 5:

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

Nossa UBS há 2 anos é pactuada com o PSE, através deste programa nós profissionais desta US realizamos a avaliação multiprofissional das crianças que estudam nesta escola. Como nem todas as crianças da área de abrangência estudam na escola ou creche de visita semanal, realizaremos a ampliação da atenção a esta população de escolares.

2.3.1 Ações

Para ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência. No eixo monitoramento e avaliação serão monitoradas: a situação de risco dos escolares para doenças bucais, quantos escolares tiveram primeiras consultas realizadas, escolares alto risco com primeira consulta, usuários faltosos, buscas ativas, periodicidade das consultas, média de escovações dentais supervisionadas, conclusões de tratamentos dentários, atividades educativas e coletivas, para isso uma planilha eletrônica será utilizada para tabular os dados coletados das fichas espelho dos escolares cadastrados.

No eixo organização e gestão do serviço serão identificados os espaços escolares adstritos à UBS e feito o contato com estes espaços para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal, para isso entraremos em contato com a Secretaria Municipal de Educação para solicitar a lista de escolas da área da unidade e coletar os telefones de contato e identificar a diretora para que seja feito o contato com a escola, primeiramente será feito um contato telefônico para agendar uma visita. Como também será organizada a agenda de saúde bucal para atividades nas escolas e atendimento prioritário a escolares, esta agenda será organizada, após o contato com os responsáveis pela escola, de forma que não interfira nas atividades curriculares. Será organizado o acolhimento e o cadastro destes escolares na UBS, visitas domiciliares aos faltosos, organização da agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão dos tratamentos e períodos

disponíveis para atividades educativas na escola e garantir com o gestor o material necessário para estes atendimentos.

No eixo do engajamento público a comunidade será informada e sensibilizada sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde, para isso cartazes com os horários serão distribuídos nas próprias escolas, unidade básica e serão colocados avisos nas agendas dos escolares. Os professores e funcionários serão sensibilizados sobre a dinâmica das atividades para este fim, será feita uma reunião previamente agendada a fim de explicar sobre a atividade que será realizada, pedir a colaboração de todos e ouvir suas opiniões e perspectivas a respeito da atividade. Será esclarecido à comunidade sobre a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos dos escolares, também abriremos espaço para ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento. Iremos promover a participação de membros da comunidade e da escola na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares.

No eixo de qualificação da prática clínica serão feitas a capacitação da equipe para realizar ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, para isso serão determinados os parâmetros clínicos e os indicadores de saúde bucal que serão avaliados. Além disso, será feita a capacitação da equipe para realizar classificação de riscos, programação de atividades segundo as necessidades e hierarquização dos encaminhamentos dos escolares para atendimento clínico na unidade de saúde, nesta atividade serão definidos os critérios para classificação de risco que será de acordo com o protocolo selecionado, este divide os escolares em risco baixo, médio e alto, de acordo com a ficha espelho disponibilizada pela coordenação de Odontologia do Município em conjunto com a Universidade Federal do Paraná, aqueles identificados com maior risco terão prioridade no agendamento do atendimento. Além disso, irei capacitar a equipe para realizar acolhimento dos escolares e seus responsáveis, realizar cadastramento, agendamento dos escolares para o programa, esclarecimento a comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal, realização de buscas aos escolares faltosos ao tratamento odontológico e capacitar ainda a equipe para realizar atividades de gestão em saúde, atividades de fortalecimento do controle social e trabalho multidisciplinar.

A fim de ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 90% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde. No eixo monitoramento e avaliação, a fim de monitorar o número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta, primeiramente será realizada a busca nos prontuários destes usuários com a finalidade de identificar e monitorar quantos destes já tiveram acesso à primeira consulta odontológica. Com base neste levantamento dos prontuários da unidade de saúde será feito um levantamento em uma planilha eletrônica para armazenar os dados recolhidos. No eixo organização e gestão do serviço será organizado o acolhimento destes escolares na unidade de saúde, de tal maneira que aqueles escolares que comparecerem a US devido à alguma comunicação com os pais, bilhete na agenda, por exemplo, seja feita a escuta e avaliação pelo dentista, mesmo que sem agendamento prévio. Serão pré-estabelecidos os dias reservados para este acolhimento e avaliação, mas mesmo que o usuário compareça em outros horários a recepção já estará informada que deve receber e acolher estes usuários. O cadastramento na unidade de saúde dos escolares da área de abrangência será revisado, uma vez que serão atualizados os prontuários existentes e será realizada a busca ativa dos usuários e responsáveis daqueles que ainda não possuem cadastro/prontuário na unidade de saúde, através da ajuda das ACS, as quais farão visitas domiciliares. A organização da agenda de saúde bucal para atendimento dos escolares será realizada de maneira que permita a realização do tratamento completo destes escolares, o escolar que for a primeira consulta sairá com plano de tratamento estabelecido e as consultas subsequentes serão agendadas, dando-se preferência aos turnos que não interfira nas atividades escolares. No eixo engajamento público serão realizadas palestras a fim de orientar e mostrar à comunidade, pais, funcionários e professores a necessidade de realização do tratamento odontológico, desmistificando crenças de que, por exemplo, dentes decíduos ou “de leite” não necessitam de tratamento. No eixo qualificação da prática clínica será realizada a capacitação dos funcionários da unidade de saúde, principalmente recepção e auxiliar da cirurgiã-dentista (CD) responsável para realizar o acolhimento dos escolares e seus responsáveis. Estes profissionais estarão preparados e a espera de receber os escolares e seus responsáveis para tratamento odontológico na unidade de saúde. A equipe será capacitada para

realizar o cadastramento, contaremos com a ajuda de 3 agentes de saúde, uma de cada área, para realizar buscas ativas, ajudar a receber e cadastrar estes usuários.

Com o intuito de realizar primeira consulta odontológica em 90% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais. No eixo monitoramento e avaliação será realizado o monitoramento do número de escolares que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica. Na unidade de saúde será analisado com a ajuda da ficha espelho que será desenvolvida e transferência dos dados para planilha eletrônica. No eixo organização e gestão do serviço será realizada a organização da agenda do dentista para atendimentos dos escolares, priorizando os usuários de alto risco, os usuários de alto risco serão os primeiros a serem agendados para tratamento odontológico. No eixo engajamento público, nas reuniões com os pais e funcionários será explicado como é realizada a avaliação dos escolares de alto risco, agendamento destes usuários prioritários e o motivo pelo qual o agendamento dos usuários de alto risco será priorizado. No eixo qualificação da prática clínica será realizada reunião com a equipe da unidade de saúde a fim de capacitá-los quanto ao funcionamento do acolhimento, cadastramento e agendamento dos escolares de alto risco para o programa.

Para fazer busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas. No eixo monitoramento e avaliação serão avaliadas as periodicidades entre as consultas, observando na agenda, repassando estes dados para a ficha espelho, e não deixando que uma consulta fique muito longe da outra, já que o objetivo é concluir os tratamentos dos acompanhados, e desta levando para planilha eletrônica. Monitorar os faltosos e manter contato com as ACS para realizar busca ativa deste usuário faltoso, e se necessário visita domiciliar, pedindo que informem o responsável pelo preenchimento da planilha eletrônica. No eixo organização e gestão do serviço será combinado com as ACS quais são os usuários faltosos que deverão ser buscados e visitados, para o reagendamento da consulta perdida, os ACS durante as buscas terão horários disponíveis para agendamento destes usuários, estes horários serão disponibilizados pela CD de acordo com a agenda da semana.

No eixo engajamento público, nas reuniões realizadas com a comunidade nas próprias escolas foco da intervenção daremos abertura para opiniões e estratégias para melhorar a acessibilidade e atendimento dos escolares, visando suprir as necessidades e dificuldades de acesso ao atendimento odontológico

destes escolares. No eixo qualificação da prática clínica, os funcionários serão capacitados para dar informações e esclarecer à comunidade sobre as dúvidas relativas à importância do atendimento de saúde bucal e os ACS serão capacitados para realizar as buscas ativas dos usuários faltosos, a partir de estratégia elaborada pela equipe de saúde bucal.

Para realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares e realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais. No eixo monitoramento e avaliação será monitorada a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada realizadas por escolar, por turma a partir de registro em ficha espelho com data e posterior transferência para planilha eletrônica de coleta de dados. No eixo organização e gestão dos serviços previamente ao início das atividades será planejada a lista de materiais necessários para realização das escovações supervisionadas, o município de Colombo já cede um kit de escovação com pasta, escova e fio dental que facilita e estimula este nosso trabalho, a quantidade será definida de acordo com o número de escolares em cada escola foco da intervenção na faixa etária pré-estabelecida e de acordo com o cronograma de atividades deste cunho. Usaremos também na primeira sessão de escovação com o uso do evidenciador de placa para chamar a atenção das crianças em relação da presença de placa bacteriana nos dentes.

Para estimar o número de turnos necessários para atingir a meta para os escolares das escolas da área da unidade de saúde, primeiramente será pactuado com a escola os melhores dias que não prejudiquem o rendimento e atividades dos escolares, e o melhor horário com as professoras, estes horários e número de turnos será definido de acordo com o número de escolares participantes em cada escola. Os kits de escovação ficarão na escola até o término das atividades de escovação supervisionadas, orientamos cada professora ter uma caixa para guardar os kits em sala de aula. Toda essa atividade de escovação supervisionada será anotada, a partir de listas de frequência fornecida pela escola por turma, para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada escolar. No eixo engajamento público, nas palestras realizadas com a comunidade, funcionários, pais, serão passados os horários e dias das atividades de escovações supervisionadas na escola, assim como será disponibilizado estes horários no ambiente escolar. Vamos procurar sensibilizar os envolvidos: pais, professores,

funcionários em relação a importância destas atividades e a importância da criação destes hábitos de higiene bucal, tanto na escola como em continuidade em casa, com o objetivo de criar uma rotina de escovação. No eixo de qualificação da prática clínica a equipe será capacitada para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada para realizar, de maneira ágil e eficiente, o andamento das escovações supervisionadas, esta capacitação será através de reunião prévia e posterior demonstração prática.

A fim de concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica. No eixo monitoramento e avaliação será monitorado a conclusão do tratamento dentário dos escolares através de anotações na ficha-espelho e posterior transferência para planilha eletrônica, serão anotados os escolares que concluírem o tratamento e manteremos o acompanhamento periódico para controle. No eixo organização e gestão de serviço será realizada a organização da agenda para que seja possível garantir a conclusão do tratamento destes usuários, sempre reservando horários na agenda para que os usuários em tratamento possam ser reagendados ao final de cada consulta, além disso, a unidade de saúde será aberta alguns sábados estipulados para tratamento de algumas crianças que os pais possuem dificuldade de levar nos dias de semana. Também será garantido com o gestor em reunião com os dados do levantamento inicial destes escolares o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico e o oferecimento de serviços diagnósticos, necessários para a conclusão do tratamento destes usuários. No eixo engajamento público nas reuniões com a comunidade, enfatizaremos e explicaremos a importância da realização e término do tratamento dentário. No eixo qualificação de prática clínica realizaremos a capacitação dos profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, entre estes, o Caderno número 17 (BRASIL, 2006c), como também treinar a equipe para detectar alterações das principais doenças bucais para posterior avaliação e diagnóstico do profissional dentista, a partir de casos clínicos apresentados no computador da unidade em horário de reunião de equipe.

Para manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área. No eixo monitoramento e avaliação serão monitorados o registro de todos os escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica, através da busca dos prontuários dos escolares,

transferência para ficha espelho e posterior coleta em planilha eletrônica. No eixo organização e gestão de serviço serão implantadas planilha de saúde bucal e ficha para acompanhamento dos escolares cadastrados e pactuados com a equipe o registro das informações em reunião de equipe. No eixo engajamento público os escolares e seus responsáveis serão esclarecidos sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário, a partir de informações em cartazes que serão distribuídos nas dependências da UBS. No eixo qualificação de prática clínica a equipe será treinada para adequado preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento, com atividade prática, durante reunião de equipe.

Para fornecer orientações sobre higiene bucal, cárie dentária e orientações nutricionais para 100% dos escolares. No eixo monitoramento e avaliação serão monitoradas as atividades educativas coletivas, através de anotações de todas as atividades realizadas em ficha-espelho e posterior registro em planilha eletrônica de coleta de dados. No eixo organização e gestão de serviço a agenda de atendimento será organizada de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola, a partir dos turnos previamente pactuados nas escolas, onde nestes períodos não haverá atendimento individualizado na US. Serão também identificados e organizados os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas, a partir de temas sugeridos nas reuniões com os pais, professores e funcionários das escolas.

Todo o material necessário será organizado para essas atividades a partir do cronograma previamente estabelecido e número de escolares. As listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades será organizada por turma a fim de controlar os alunos que faltarem as atividades desenvolvidas, o registro será feito por tema apresentado. 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 avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares para isso uma oficina de saúde bucal será desenvolvida nas escolas da comunidade com a atuação de todos os profissionais envolvidos na atenção a estes alunos. No eixo de qualificação da prática clínica a equipe será capacitada para atividades de gestão em saúde, para atividades de fortalecimento do controle social e para o trabalho multidisciplinar,

serão demonstrados meios de como orientar os escolares para realizarem a higiene bucal, na escola e em casa.

2.3.2 Indicadores

Meta 1: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.

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

Numerador 1: Número de escolares de 6 a 12 anos participantes de ação coletiva de exame bucal.

Denominador 1: Número de crianças de 6 a 12 anos frequentadores da(s) escola(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2: Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 90% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

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

Numerador 2: Número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

Denominador 2: Número total de crianças que frequentam a escola e são moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3: Realizar primeira consulta odontológica em 90% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

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

Numerador 3: Número de escolares classificados como alto risco moradores da área de abrangência que realizaram primeira consulta odontológica.

Denominador 3: Número de escolares classificados como alto risco moradores da área de abrangência.

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

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

Numerador 4: Número total de buscas realizadas aos escolares da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Denominador 4: Número de consultas não realizadas pelos escolares da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica

Meta 5: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

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

Numerador 5: Número de escolares com escovação supervisionada com creme dental.

Denominador 5: Número de crianças de 6 a 12 anos frequentadores da(s) escola(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6: Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais.

Indicador 6: Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Numerador 6: Número de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

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

Meta 7: Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Indicador 7: Proporção de escolares com tratamento dentário concluído

Numerador 7: Número de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica com tratamento dentário concluído.

Denominador 7: Número total de crianças de 6 a 12 anos da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

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

Indicador 8: Proporção de escolares com registro atualizado.

Numerador 8: Número de escolares da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.

Denominador 8: Número total de escolares da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Meta 9: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.

Indicador 9: Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal.

Numerador 9: Número de escolares de 6 a 12 anos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador 9: Número de crianças de 6 a 12 anos matriculadas na(s) escola(s) foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 10: Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças.

Indicador 10: Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.

Numerador 10: Número de escolares de 6 a 12 anos com orientação sobre cárie dentária.

Denominador 10: Número de crianças de 6 a 12 anos matriculadas na(s) escola(s) foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 11: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

Indicador 11: Proporção de escolares com orientações nutricionais.

Numerador 11: Número de escolares de 6 a 12 anos com orientação nutricional.

Denominador 11: 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

Para realizar a intervenção na Saúde Bucal dos escolares vamos adotar o Protocolo Municipal de Saúde Bucal do Município de Colombo (COLOMBO, 2012), o Protocolo Integrado de Saúde Bucal da Prefeitura de Curitiba (CURITIBA, 2004) e o Caderno de Atenção Básica nº 17, de Saúde Bucal (BRASIL, 2006c).

No município existe uma ficha espelho para uso do PSE, porém esta consiste em dados de avaliação multiprofissional (médico, dentista e enfermeiro), a outra ficha odontológica que possuímos é a referente aos exames epidemiológicos realizados que divide os escolares em: alto, médio e baixo risco, porém seguiremos o protocolo de avaliação de risco disponibilizada pela Coordenação de Odontologia. Portanto, utilizaremos, além desta ficha espelho voltada para a avaliação odontológica individual, mais completa para cada aluno, não mostrando apenas o risco do usuário, mas uma ficha espelho com os dados necessários a fim de facilitar nossa coleta de dados. Será necessária a impressão destas fichas, que serão realizadas cópias na própria secretária de Saúde, conforme combinado com a gestão e coordenador de saúde bucal do município. Será utilizada também uma ficha para acompanhamento das atividades coletivas disponibilizada pelo curso, as quais serão impressas na secretaria de saúde, até então anotávamos este acompanhamento em um caderno, o qual constava o nome do aluno, data da escovação com a presença ou ausência do aluno por turmas da escola.

Para organizar o registro específico, a dentista e a Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) com a ajuda das ACS revisará os prontuários odontológicos a partir da lista de alunos fornecida pelas escolas foco da intervenção, a fim de identificar os escolares que já tiveram atendimento odontológico na unidade. Após identificá-los anexará uma anotação dizendo se o escolar teve alta ou se não teve, se não teve o que precisa realizar de intervenção, qual a data da última consulta. Aqueles que ainda necessitam de novas intervenções e aqueles em que estão há mais de seis meses sem atendimento odontológico e necessitam de consulta de controle, serão informados aos agentes comunitários de saúde para que agendem consulta.

Com relação ao monitoramento, semanalmente, a cirurgiã-dentista fará a coleta das informações da ficha-espelho e prontuário clínico dos escolares atendidos na UBS e participantes das atividades coletivas e fará o registro na planilha eletrônica de coleta de dados. Ao se identificar algum usuário faltoso às consultas

este será informado aos agentes comunitários de saúde que farão busca ativa e reagendamento para o turno de conveniência do aluno e responsável.

A análise situacional e a definição de um foco para intervenção foram discutidos com a equipe da UBS em reunião local no mês de setembro do corrente ano, argumentei sobre a importância do acompanhamento e atividade preventiva destes escolares, o serviço e o resultado esperado será atendimento com qualidade e acordamos começar a intervenção com a capacitação dos funcionários envolvidos na intervenção.

Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, através da minha pessoa, para isso, serão reservadas duas horas, na primeira semana de intervenção, as demais capacitações ocorrerão na própria unidade, reservando-se uma hora antes da reunião de equipe. Como o Protocolo de Saúde Bucal do Município de Colombo (COLOMBO, 2012) é pouco detalhado, usaremos como apoio também o Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal da Prefeitura de Curitiba (CURTIBA, 2004) que é mais completo, além do que o próprio protocolo de Colombo usa como embasamento bibliográfico o Protocolo de Saúde Bucal de Curitiba.

A estruturação do acolhimento das crianças/escolares será da seguinte forma: responsáveis que comparecerem a unidade de saúde para agendamento serão recebidos pela recepcionista e agendada a consulta pela auxiliar de saúde bucal ou pela própria dentista, em qualquer dia que o responsável comparecer na unidade de saúde este será acolhido e será informado sobre as atividades que estão sendo realizadas para o atendimento destes escolares.

Entrarei em contato com a escola solicitando a listagem dos alunos da escola de abrangência que será foco da intervenção (escolares de 6 a 12 anos), e orientarei como será a reunião com os pais e funcionários que serão fundamentais para que a intervenção tenha bons resultados. Possuímos também a creche Lua de Cristal na área de abrangência da nossa USF, porém estes escolares possuem menos de 6 anos de idade, não computando então as atividades realizadas nesta instituição por não estar incluída na faixa etária estudada na intervenção. Apresentei o projeto esclarecendo a importância da realização dos exames epidemiológico que serão realizados na escola a fim de identificar os usuários de maior risco, solicitamos apoio no sentido de ampliar a captação de escolares que estejam realizando o tratamento odontológico na Unidade de Saúde e de esclarecer sobre a necessidade de prevenir as doenças bucais com as ações preventivas, quando autorizado o início da

Intervenção será agendada e comunicada aos pais a data e horário da reunião explicativa à comunidade, pais/responsáveis, funcionários, professores que participaram desta ação, neste momento os pais interessados assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando que seus filhos participem das atividades.

As palestras com os pais, funcionários e escolares serão realizadas em espaço disponibilizado pela escola/creche onde acontecerá a ação e na Unidade de Saúde onde ocorrerá o agendamento e atendimento odontológico destes escolares de 6 a 12 anos. Os atendimentos serão agendados e realizados na UBS, onde serão recepcionados e atendidos pela auxiliar odontológica e dentista para agendamento das consultas. Utilizaremos uma agenda, listagem com o nome dos escolares, prontuários, ficha espelho para anotação de dados e procedimentos realizados.

Para a ação de escovação supervisionada na escola, utilizaremos kits de higiene bucal com: escova, pasta e fio dental, flúor gel e pastilhas evidenciadores de placa, fornecidos pela prefeitura. A ficha espelho para anotação de dados será previamente confeccionada de acordo com as necessidades das ações, luvas, espátulas de madeira e fichas para exames epidemiológicos, bilhetes serão confeccionados e anexados a agenda dos escolares para atrair os pais/responsáveis comparecer na unidade de saúde para agendamento de tratamento odontológico.

3. Relatório da Intervenção

A intervenção teve início no dia 13 de janeiro de 2014, com duração de 4 meses, e teve como foco os alunos da Escola Municipal Santa Isabel. Na intervenção realizamos atividades coletivas na escola, exames bucais, escovações supervisionadas e atendimentos odontológicos na US.

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas, realizamos os exames epidemiológicos, palestras educativas na escola sobre cárie dental, higiene bucal e nutricional, 3 oficinas de saúde bucal, escovações supervisionadas com creme dental fluoretado, escovações com flúor gel nos escolares de alto risco, atendimento odontológico dos escolares, reunião com os pais no início da intervenção e com o conselho de saúde no início e fim da intervenção. No decorrer da intervenção foram realizadas capacitação dos profissionais envolvidos, no início realizamos reunião com os funcionários da escola para explicar os objetivos das ações, mostramos a estes profissionais o quão fundamental seria a participação e colaboração destes nas atividades na escola. Durante cada semana também foram realizadas capacitações dos profissionais envolvidos da UBS, estas capacitações aconteciam na sexta-feira durante a reunião semanal da UBS.

Em relação às facilidades encontradas posso destacar a receptividade da escola para a realização das atividades, pois nosso projeto de intervenção foi muito bem-vindo. A auxiliar de saúde bucal me ajudou muito na organização das atividades, principalmente quanto ao preenchimento da ficha-espelho, fichas de encaminhamentos e avisos aos pais.

Na escola obtivemos ótima aceitação da diretora com relação às atividades propostas e os professores também se mostraram colaborativos. Como combinamos o dia da semana que faríamos a visita à escola, os professores já se programavam e sabiam que iríamos realizar as atividades com determinada turma no dia combinado anteriormente, portanto não houveram problemas. No geral a colaboração dos professores foi positiva.

O kit de escovação fornecido pela gestão para as atividades na escola foi muito útil e estimulou os hábitos de higiene bucal. A cada turma que eram realizadas as atividades de escovação os alunos se mostravam ansiosos em recebê-lo e perguntavam quando poderiam levar o kit para casa. Os folders distribuídos estavam estocados no armário há algum tempo, e com todas estas atividades realizadas distribuimos muitos deles, os pais e alunos se mostraram bem interessados no conteúdo informativo e distribuimos assim mais informação à comunidade. Nossos folders foram confeccionados pelos próprios dentistas da prefeitura e são divididos por idades, para os escolares foram distribuídos material sobre a saúde bucal da criança, porém nas oficinas de saúde bucal distribuimos também folders sobre: higiene bucal do adolescente, doença periodontal, cárie dental, terceira idade, por exemplo, aos acompanhantes.

Durante a intervenção foram realizados atendimentos odontológicos dos escolares. Anteriormente à intervenção, haviam cinco vagas de agendamento diário para a demanda espontânea e outras cinco vagas de usuários de programas, como gestante, hipertenso, idoso, etc. Para que houvesse a possibilidade de atendimento destes escolares sem causar atrito com os demais usuários diminuí uma vaga do agendamento diário e uma vaga do agendamento de usuários de programa. Procurei assim agendar cerca de quatro ou cinco alunos por dia. Então ao invés de atender 10 usuários (5 demanda e 5 programa), passei a atender 12 ou 13 usuários. Desta maneira consegui harmonizar os atendimentos de maneira que não houvesse conflitos, é claro que houveram alguns questionamentos, pois coloquei um aviso informando que passariam a ser 4 vagas diárias ao invés de 5, mas sempre que houveram questionamentos os profissionais estavam treinados a explicar os motivos e assim não houve maiores desentendimentos.

Tivemos algumas dificuldades, durante a intervenção consegui organizar minha agenda para atender os escolares, não só os escolares agendados do programa, mas também a demanda. Confesso que acabei me sobrecarregando, pelo fato de ser apenas uma dentista em minha unidade, com certeza se fosse uma dentista para cada área seria mais fácil, porém pretendo continuar atendendo os escolares diariamente até que eu consiga dar ao menos a primeira consulta para cada aluno. Depois de realizada a primeira consulta estamos dando uma carteirinha de retorno agendado para todos os escolares, como as crianças de alto risco já

tiveram seus tratamentos concluídos estes possuem os retornos agendados para daqui a 6 meses realizarem a manutenção do tratamento.

Em relação às faltas posso considerar que o número de faltantes não foi alto, algumas faltas ocorreram mas a maioria justificada, sendo que os próprios pais ligavam ou compareciam na UBS para remarcar a consulta. Houveram alguns escolares que tivemos que fazer busca ativa através das ACS, esta busca ativa era necessária, geralmente, quando era primeira consulta agendada através de bilhete na agenda, o escolar não tinha a primeira consulta odontológica realizada, sem prontuário clínico ou com telefone desatualizado no prontuário médico quando já existente.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas

Todas as ações programadas no projeto de intervenção foram realizadas, houveram apenas algumas modificações em algumas datas pré-estabelecidas no cronograma. Temos como exemplo as oficina de saúde bucal, que não foram realizadas exatamente nas semanas previstas, devido a algumas eventualidades como feriados e recessos.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores

A coleta e sistematização de dados geraram algumas dificuldades, pois no início obtive muitas dificuldades nos preenchimento da planilha de coleta de dados. Acabei digitando alguns nomes repetidos, pois acabava me perdendo quando ia passar a lista dos escolares atendidos e avaliados na escola para a planilha. Porém ao final acabou ficando mais fácil.

No início obtive algumas dificuldades em interpretar os dados fornecidos pelos indicadores. Um exemplo foi que com o decorrer das semanas os números de primeiras consultas odontológicas foram diminuindo, me coloquei a pensar por qual motivo, e conclui que a medida que os escolares em atendimento eram remarcados diminuía-se o número de primeiras consultas, pois a maioria era retorno até que se concluísse estes tratamentos.

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

A viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço é muito adequada, aliás já me programei para implantá-la. Os escolares de alto risco que precisariam de mais consultas para terminar seus tratamentos já estão finalizados em sua maioria, os demais escolares que não são de alto risco pretendo continuar agendando.

Pretendo chegar com isso na finalização do tratamento de todos os escolares, e continuar acompanhando e realizando a manutenção preventiva. Cada escolar que finaliza seu tratamento ganha uma carteirinha de retorno em 6 meses. Porém, com a continuidade das ações preventivas na escola, orientações que serão continuadas, acredito que teremos cada vez menores incidências e reincidências das doenças bucais nestas crianças.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A Intervenção tratou da promoção de saúde bucal dos escolares 6 a 12 anos. A população de escolares nesta faixa-etária residentes na área da USF Jardim Cristina, de Colombo é de 1023 escolares representando aproximadamente 12% da população total que é de 8520. Destes 1023 escolares de 6 a 12 anos, 448 estudam na escola da área de abrangência da UBS, escola Santa Isabel, onde nossa intervenção foi realizada. Destes escolares 20 não são moradores da área de abrangência da unidade de saúde, mas estudam na escola foco da intervenção.

Do total dos 448 escolares de 6 a 12 anos que estudam na escola foco da intervenção, todos participaram das ações coletivas realizadas na escola, incluindo os alunos que não são moradores da área de abrangência, também oferecemos atendimento a estes 20 escolares fora da área de abrangência, pelo fato de estudarem na escola de abrangência, porém, na planilha de coleta de dados consta que estes escolares não residem em nossa área, não computando então nos indicadores em que o denominador eram apenas os escolares da área de abrangência.

Do total de 448 escolares de 6 a 12 anos frequentadores da escola foco da intervenção todos participaram da ação coletiva de exame bucal na escola chegando a 100% ao final de 4 meses de intervenção (Figura 1). No mês 1 foram examinados 54 escolares (12,1%), no mês 2 foram 279 escolares (62,3%) e no mês 3 todos os escolares já haviam sido examinados (100%). A meta final de 100% de cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência foi atingida já no terceiro mês de intervenção, no primeiro mês o número de escolares examinados foi pequeno, pois a intervenção iniciou no ainda no período de férias do escolares, com o início das aulas rapidamente atingimos a meta. No primeiro mês, divulgamos a intervenção e realizamos a ação coletiva na própria unidade, por isso alguns escolares ainda foram examinados neste período.

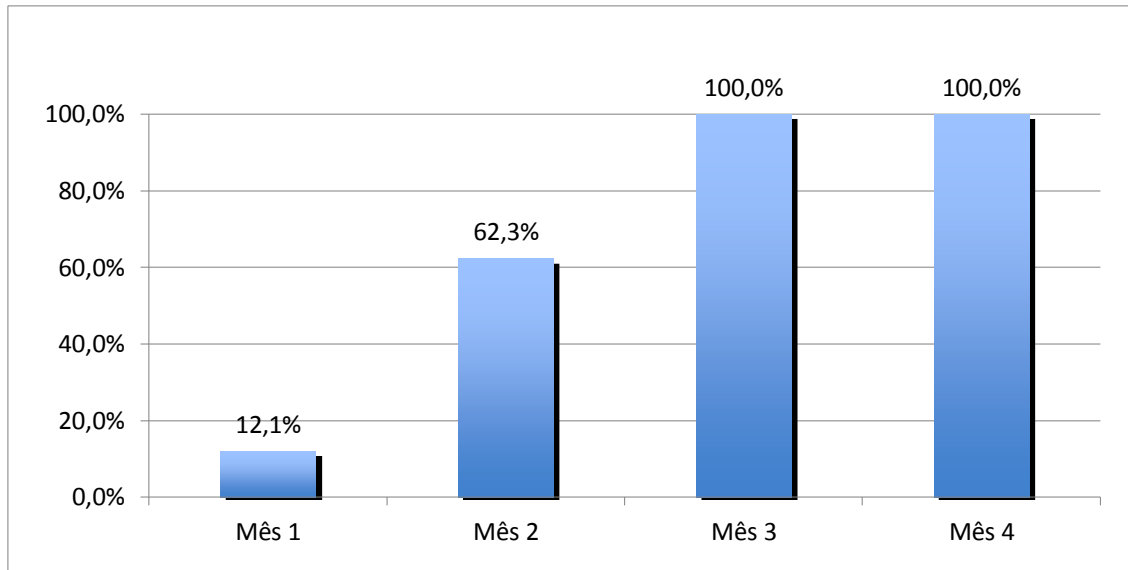


Figura 1. Proporção de escolares examinados na escola. Colombo-PR, 2014.

Do total de 428 escolares de 6 a 12 anos moradores da área de abrangência e frequentadores da escola foco da intervenção realizamos a cobertura de primeira consulta com plano de tratamento odontológico em 225 escolares chegando a 52,6% de primeiras consultas ao final de 4 meses de intervenção (Figura 2). No mês 1 realizamos primeira consulta odontológica em 51 escolares (92,6%) dos 53 escolares que já estavam cadastrados com exame bucal. No mês 2 realizamos primeira consulta odontológica em 128 escolares (48,3%) dos 265 escolares cadastrados. No mês 3 realizamos primeira consulta odontológica em 174 escolares (40,7%) dos 428 escolares cadastrados. No mês 4 realizamos primeira consulta odontológica em 225 escolares (52,6%) dos 428 escolares.

A meta final de 90% de cobertura de primeira consulta odontológica não foi atingida até o final da intervenção uma vez que conseguimos realizar a cobertura de primeira consulta em 52,6% dos escolares frequentadores da escola e moradores da área de abrangência. No primeiro mês, obtivemos um número grande de escolares com cobertura de primeira consulta (92,6%), pois os horários reservados para atendimento destes escolares eram somente para a primeira consulta, pois ainda não tínhamos usuários com retorno de consulta marcada. Outro motivo deste alto valor de primeiras consultas, é que ainda não havia iniciado as aulas, assim possuíamos mais tempo clínico para atendimento dos escolares que compareciam à unidade de saúde devido a divulgação da intervenção. No segundo mês de

intervenção atingimos um percentual menor de atendimentos odontológicos de primeira consulta, devido a retornos agendados de escolares que já iniciaram tratamento e devido ao início das atividades na escola, reduzindo assim o tempo clínico para novas primeiras consultas. Ao final da intervenção conseguimos aumentar o número de consultas devido à conclusão das atividades coletivas na escola, assim o dia da semana que era destinado às atividades na escola destinei para atendimento clínico dos escolares, conclusão dos escolares já em tratamento e novas primeiras consultas melhorando um pouco o indicador de 3º para o 4º mês.

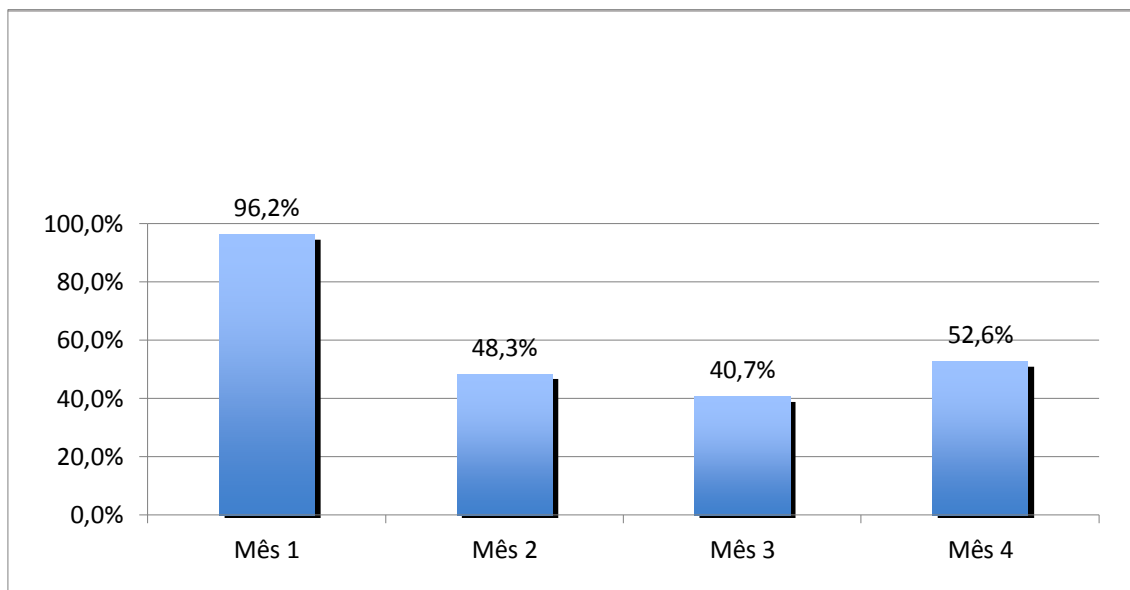


Figura 2. Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica. Colombo-PR, 2014.

Do total de 428 escolares de 6 a 12 anos moradores da área de abrangência e frequentadores da escola foco da intervenção 65 alunos (15,2%) foram classificados como alto risco para doenças bucais. Ao final de intervenção todos os escolares alto risco tiveram suas primeiras consultas odontológicas realizadas (100%) (Figura 3). No mês 1 dos 5 alunos classificados como alto risco, 5 escolares (100%) tiveram suas primeiras consultas realizadas. No mês 2 dos 43 escolares classificados como alto risco, 39 escolares (90,7%) tiveram primeira consulta realizada. No mês 3 todos os escolares classificados como alto risco já tinham suas primeiras consultas realizadas. A meta final de 90% de cobertura de primeira consulta odontológica em escolares de 6 a 12 anos da área de abrangência classificados como alto risco para doenças bucais foi atingida já no terceiro mês de intervenção, esta meta foi alcançada e inclusive superada, chegamos a 100% de

atendimento dos escolares de alto risco. Conseguimos chegar a este bom resultado, pois o atendimento destes usuários de alto risco foi priorizado, além disso nos laudos enviados aos pais foi realizado um alerta de que o filho encontrava-se com alto risco e necessitava de atendimento, a fim de evitar faltas às consultas agendadas. Como no final do terceiro mês já havíamos realizado as primeiras consultas de todos os usuários de alto risco, o foco mudou para priorização de conclusão de tratamentos de escolares alto risco.

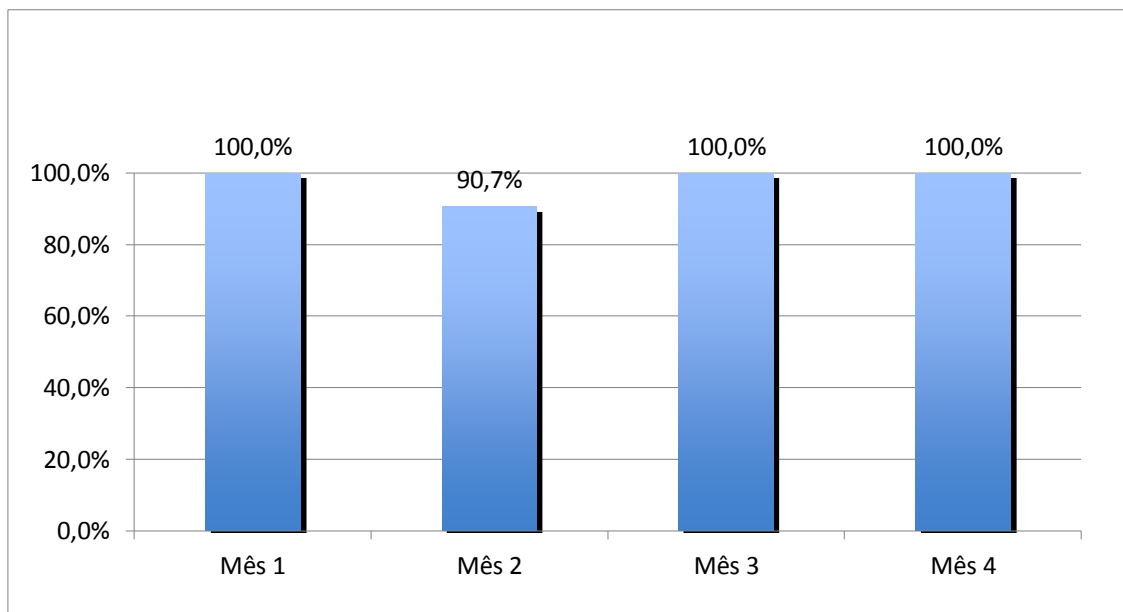


Figura 3. Proporção de escolares alto risco com primeira consulta odontológica. Colombo-PR, 2014.

Dos escolares de 6 a 12 anos moradores da área de abrangência e frequentadores da escola foco da intervenção com consulta agendada tivemos no total 11 usuários escolares faltosos e ao final da intervenção todos tiveram suas buscas ativas realizadas (100%) (Figura 4). No mês 1 dos 4 escolares faltosos às consultas, tivemos 3 escolares (75%) com busca ativa realizada. No mês 2 dos 8 escolares faltosos às consultas tivemos 8 escolares (100%) com buscas ativas realizadas. No mês 3 do total de 11 escolares faltosos às consultas, tivemos todos os escolares faltosos com busca ativa realizada (100%). A meta final de 100% de buscas ativas realizadas em escolares faltosos às consultas foi atingida no terceiro mês e a realização destas buscas foi muito importante para atingirmos outras metas da intervenção como a primeira consulta para todos os escolares de alto risco.

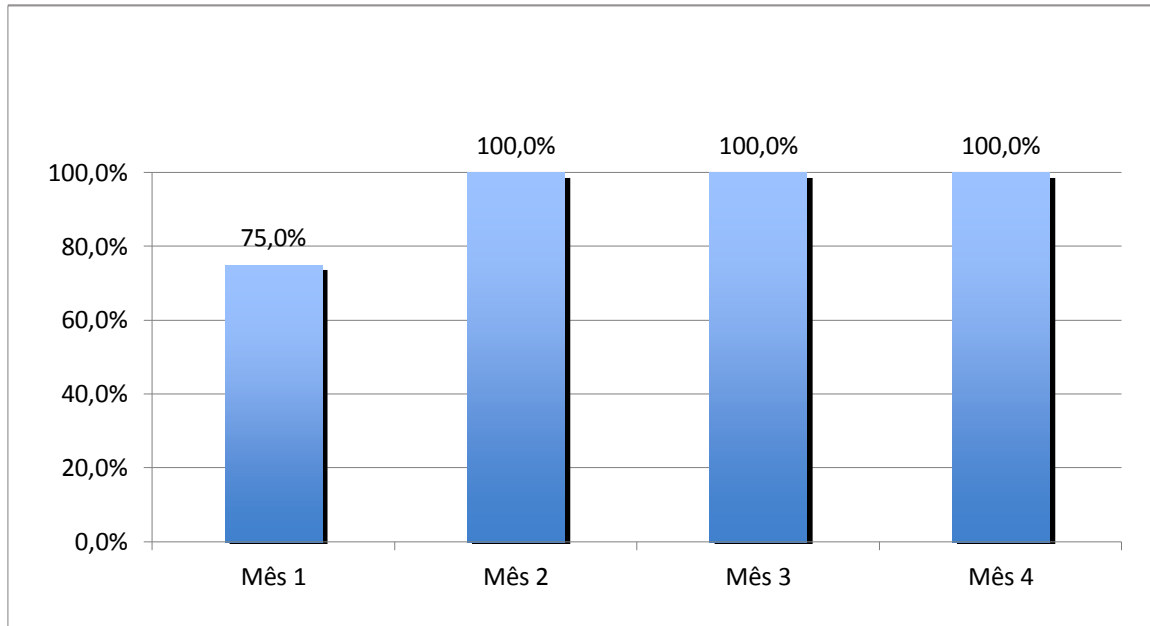


Figura 4. Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde. Colombo-PR, 2014.

Do total de 448 escolares de 6 a 12 anos frequentadores da escola foco da intervenção todos participaram da ação coletiva de escovação supervisionada com creme dental chegando a 100% ao final de 4 meses de intervenção. No mês 1 foram realizadas escovações supervisionadas com creme dental em 54 escolares (12,1%), no mês 2 foram realizadas escovações supervisionadas com creme dental em 279 escolares (62,3%) e no mês 3 todos os escolares já haviam realizado escovações supervisionadas (100%). A meta final de 100% de cobertura de escovação supervisionada com creme dental em escolares de 6 a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência foi atingida já no terceiro mês de intervenção, no primeiro mês o número de escolares com escovações foi pequeno, pois a intervenção iniciou no período de férias do escolares, com o início das aulas rapidamente atingimos a meta, esta foi atingida rapidamente pois realizamos uma vez na semana escovações supervisionadas em 4 turmas, duas pela manhã e duas no período da tarde e ainda buscamos nas semanas subsequentes de intervenção na escola os alunos faltosos no dia em que havíamos realizado a escovação em sua turma.

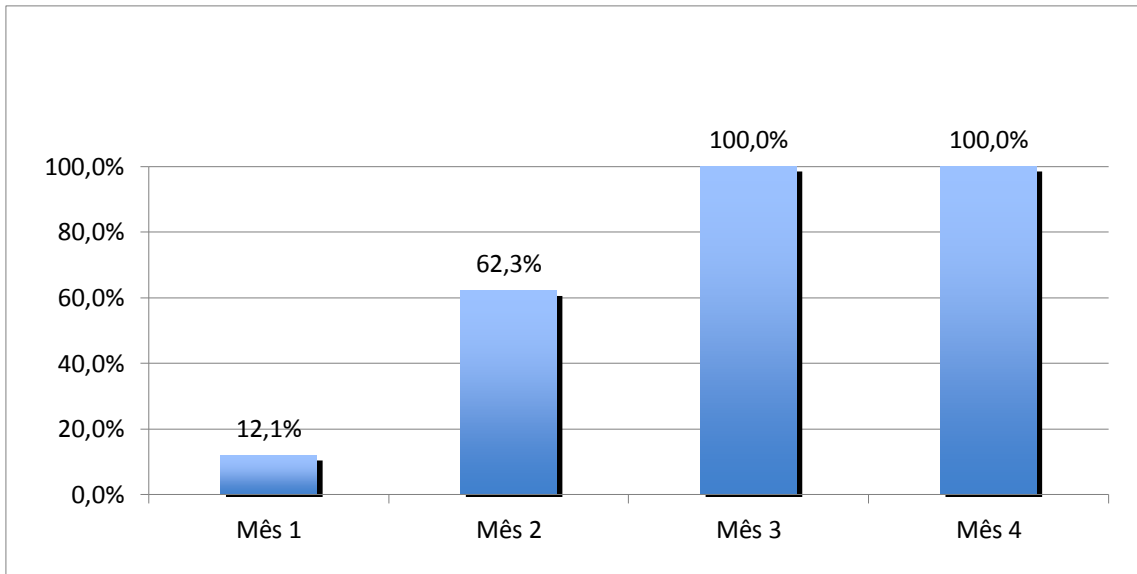


Figura 5. Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental. Colombo-PR, 2014.

Do 65 escolares de 6 a 12 anos frequentadores da escola foco da intervenção classificados como alto risco para doenças bucais, todos tiveram suas aplicações de gel fluoretado com escova dental realizadas (100%). No mês 1 dos 5 alunos classificados como alto risco até o momento, 5 escolares (100%) tiveram suas aplicações de flúor gel com escova dental realizadas. No mês 2 dos 43 escolares classificados como alto risco, 43 escolares (100%) tiveram aplicações de flúor gel realizadas. No mês 3 todos os 65 escolares classificados como alto risco tiveram aplicações de flúor gel realizadas. A meta final de 100% de aplicação de gel fluoretado com escova dental nos escolares de alto risco para doenças bucais foi atingida já no terceiro mês de intervenção, pois uma vez na semana dedicávamos o dia para visitar a escola e realizar as escovações e aplicações de flúor gel nos usuários alto risco. A aplicação de flúor gel era realizada no mesmo dia em que os escolares eram identificados como de alto risco no exame epidemiológico, após a escovação com pasta, facilitando a logística e evitando eventuais perdas.

Dos 225 escolares de 6 a 12 anos moradores da área de abrangência e frequentadores da escola foco da intervenção com primeira consulta odontológica realizada 160 (71,1%) tiveram seus tratamentos dentários concluídos ao final de 4 meses de intervenção (Figura 6). No mês 1 dos 51 escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta odontológica realizada tivemos 17 escolares (33,3%) com tratamento concluído. No mês 2 dos 128 escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta odontológica realizada tivemos 73 escolares

(57%) com tratamento concluído. No mês 3 dos 174 escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta odontológica realizada tivemos 117 escolares (67,2%) com tratamento concluído. No mês 4 dos 225 escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta odontológica realizada tivemos 160 escolares (71,1%) com tratamento concluído. A meta final de 100% de conclusão do tratamento dentário dos escolares com primeira consulta não foi atingida, porém o número de atendimentos foi bastante alto, muitos necessitavam de diversas consultas de retorno para conclusão do tratamento, o que dificultou atingirmos a meta, porém houve uma aumento progressivo ao longo dos 4 meses e a meta com a continuidade das ação na unidade será atingida em poucos meses.

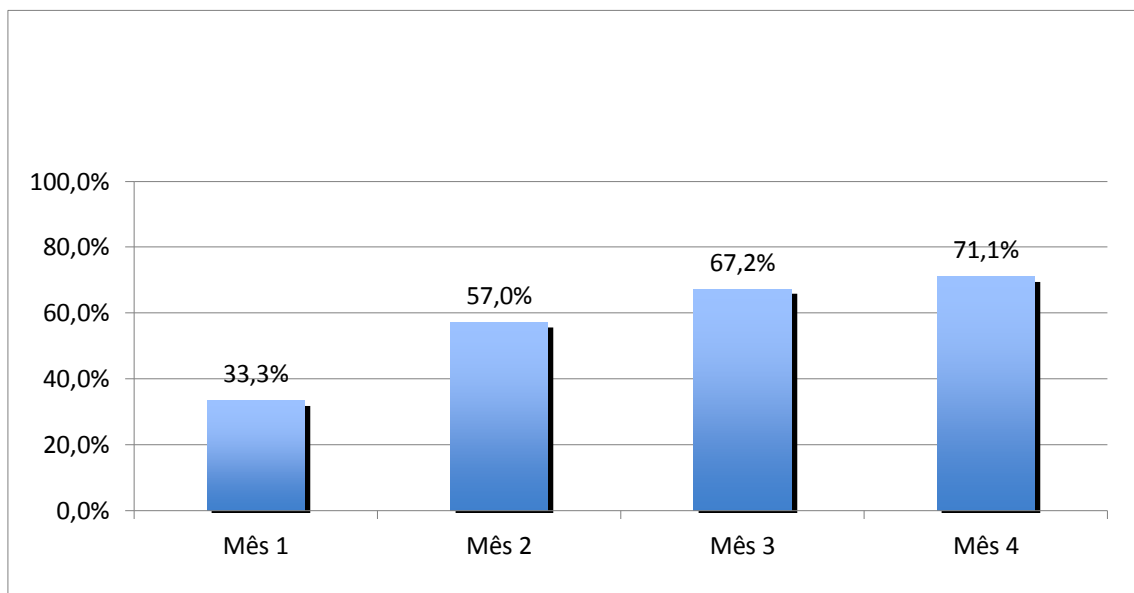


Figura 6. Proporção de escolares com tratamento dentário concluído. Colombo-PR, 2014.

Do total de 225 escolares de 6 a 12 anos moradores da área de abrangência e frequentadores da escola foco da intervenção que tiveram suas primeiras consultas realizadas todos tiveram seus registros atualizados na planilha e prontuário chegando a 100% ao final de 4 meses de intervenção. No mês 1 dos 51 escolares com primeira consulta odontológica realizada, 51 (100%) tiveram seus registro atualizados. No mês 2 dos 128 alunos com primeira consulta odontológica, 124 escolares tiveram seu registro atualizado (96,9%). No mês 3 dos 174 escolares com primeira consulta odontológica todos tiveram seu registro atualizado (100%). A meta final de 100% de registro atualizado na planilha e prontuário dos escolares da área com primeira consulta odontológica foi atingida, totalizando ao final da intervenção 100% dos prontuários com registro atualizado dos escolares atendidos

durante a intervenção. Para que fosse possível a atualização dos registros dos escolares contamos com a ajuda da auxiliar de saúde bucal que preenchia os odontogramas enquanto eu realizava o exame intra-bucal dos escolares, a anamneses eram realizadas pela dentista, as ACS e ASB ajudavam a separar os prontuários clínicos que são guardados no mesmo envelope que o prontuário médico na recepção, por família. Na maioria das vezes as ACS já sabiam quais eram as famílias que haviam mudado de endereço e nos ajudavam a registrar estas alterações. Durante a consulta dados eram confirmados como endereço, telefone, anamnese atualizada e odontograma. Antes da intervenção realizávamos a atualização de dados mas não de todos os usuários atendidos, geralmente conferia os dados dos usuários que necessitavam de encaminhamento para atenção secundária pois os dados são solicitados na guia de referência do encaminhamento.

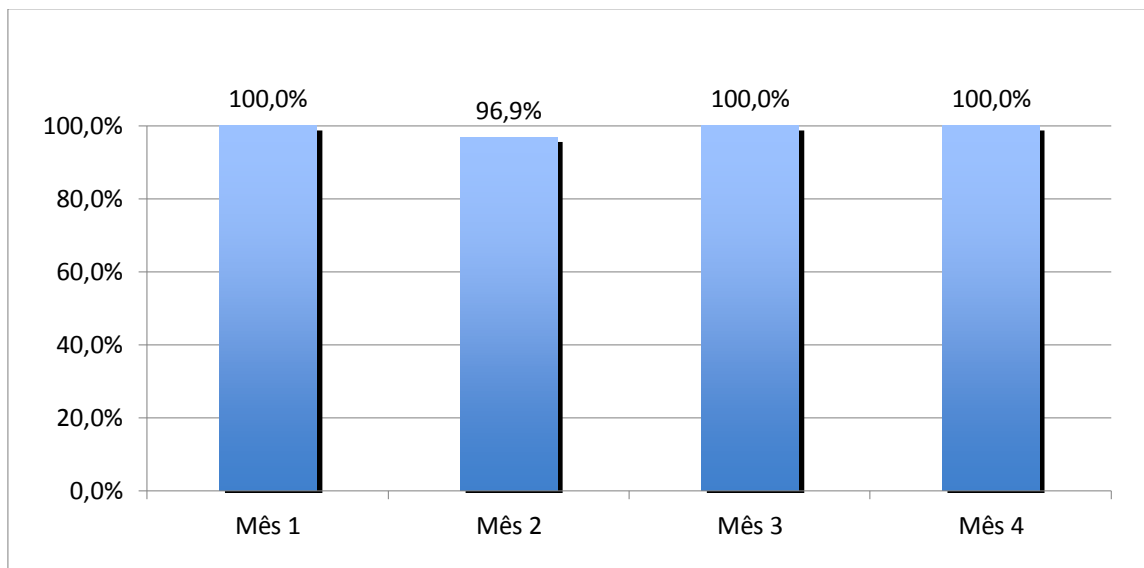


Figura 7. Proporção de escolares com registros atualizados. Colombo-PR, 2014

Do total de 448 escolares de 6 a 12 anos frequentadores da escola foco da intervenção todos (100%) participaram da ação coletiva de orientações sobre higiene bucal (Figura 8), sobre cárie dentária (Figura 9) e nutricionais (Figura 10) ao final de 4 meses. No mês 1 foram realizadas as orientações para 54 escolares (12,1%), no mês 2 para 279 escolares (62,3%) e no mês 3 todos os escolares já haviam recebido as orientações sobre higiene bucal, cárie e nutricionais. A meta final de 100% dos escolares de 6 a 12 anos com orientações sobre higiene bucal, sobre cárie e nutricionais foi atingida já no terceiro mês de intervenção, no primeiro mês o número de escolares com orientações foi pequeno, pois a intervenção iniciou

no período de férias do escolares, com o início das aulas rapidamente atingimos a meta, esta foi atingida pois realizamos uma vez na semana palestras sobre higiene bucal, cárie dental, doenças da gengiva e orientações nutricionais nas salas em 4 turmas a cada semana, duas pela manhã e duas no período da tarde.

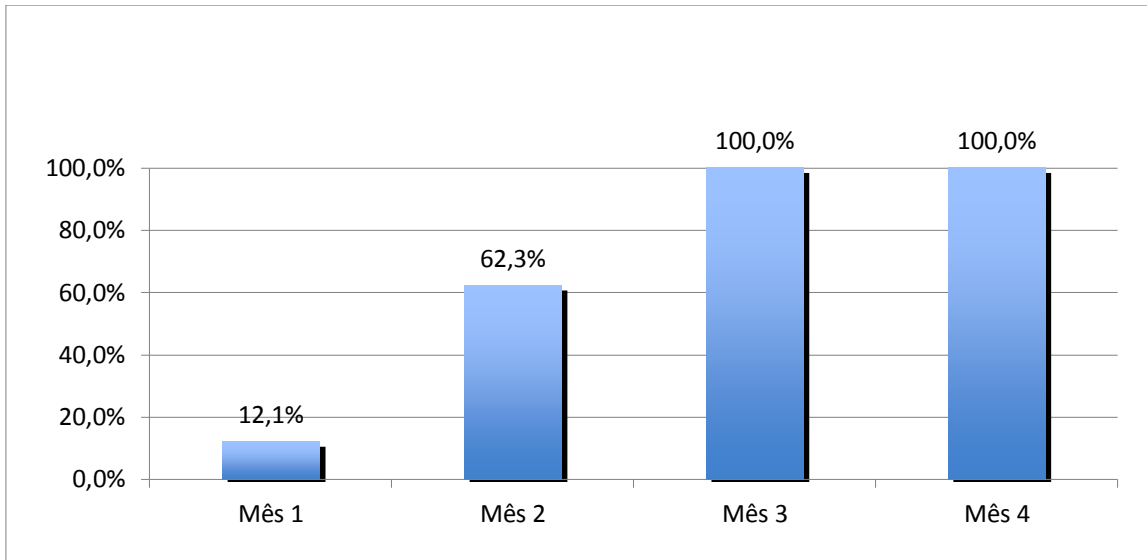


Figura 8. Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal. Colombo-PR, 2014

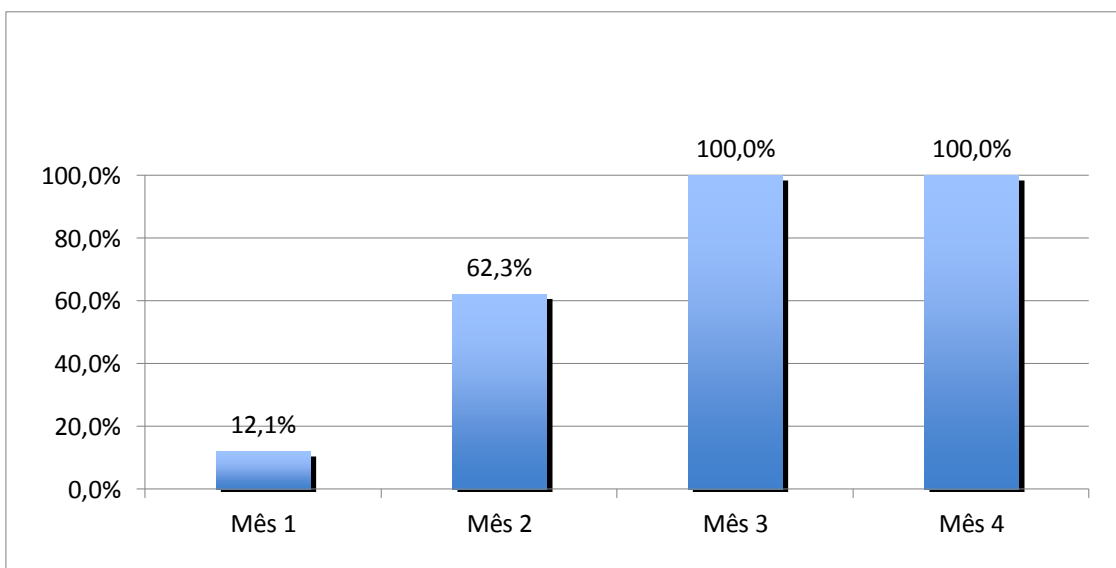


Figura 9. Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária. Colombo-PR, 2014.

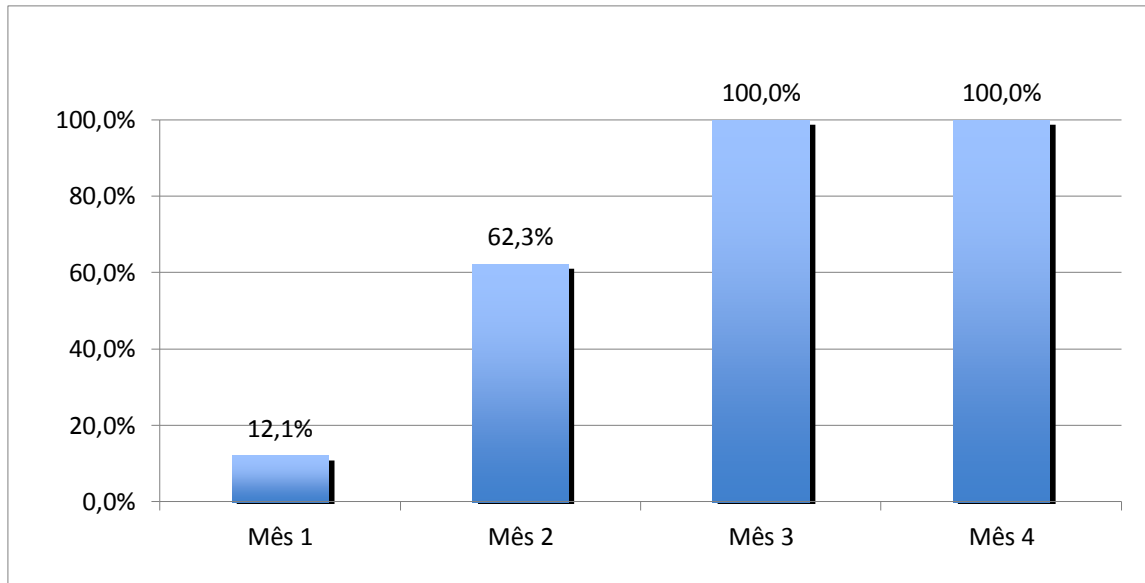


Figura 10. Proporção de escolares com orientações nutricionais. Colombo-PR, 2014.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde proporcionou uma melhoria na qualidade da atenção à saúde bucal do escolar, houve melhora na cobertura de primeiros atendimentos odontológicos, com maior número de consultas e maior número de altas neste período. Os escolares de alto risco tiveram ao menos a primeira consulta odontológica e receberam aplicações de gel fluoretado com escova dental na escola. A escovação dental supervisionada com creme dental foi aplicada em todos os escolares, os quais receberam além da escovação orientações sobre higiene bucal, sobre cárie dentária e nutricionais. Além disso, foi possível organizar e atualizar todos os registros, permitindo monitoramento e avaliações periódicas.

Através da intervenção os funcionários da UBS Jardim Cristina articularam com a proposta do projeto e, com isso se envolveram e interagiram mais. Como também puderam qualificar sua prática clínica através das capacitações durante as reuniões, mostrando-se bastante interessados.

Estas ações realizadas tanto na escola foco, quanto na UBS fez com que os ACS, ASB, recepcionista e dentista se capacitassem a fim de manter os prontuários atualizados, realizar um adequado acolhimento dos escolares e estimular o tratamento bucal, como também para realizar atividades coletivas na escola para promover a saúde bucal

Antes da intervenção atendíamos apenas os usuários que procuravam atendimento na unidade de saúde, não realizávamos busca ativa dos usuários que necessitavam de tratamento odontológico e nem dos usuários faltosos às consultas, dando prioridade a livre demanda. Com a intervenção melhoramos este aspecto, pois realizamos os exames epidemiológicos, detectamos aqueles escolares que mais necessitavam de atendimento, agendamos e realizamos busca ativa aos faltosos às consultas.

Antes os prontuários eram atualizados somente daqueles usuários que necessitavam de encaminhamento para atenção secundária e, no momento do encaminhamento, conferíamos se os dados que constavam nos prontuários estavam corretos, já com a intervenção houve uma mobilização das ACS que nos ajudaram a atualizar os dados como endereço, telefones dos usuários atendidos e com a ajuda da ASB realizei a atualização das anamneses e odontogramas de todos os escolares que passaram por atendimento odontológico.

O impacto da intervenção já pode ser bem visto pela comunidade, os pais ou responsáveis dos escolares tem demonstrado grande satisfação com relação aos atendimentos clínicos realizados durante e após a intervenção, a diretora e funcionários da escola tem demonstrado estar muito satisfeitos em ver os atendimentos clínicos sendo realizados e os resultados na aprendizagem dos escolares após as atividades coletivas realizadas na escola.

Apesar da ampliação da cobertura de atendimento aos escolares ainda temos escolares sem primeira consulta odontológica, mas que com a continuidade das ações após a intervenção serão atendidos e todos acompanhados com a implantação das ações da intervenção na rotina da Odontologia da UBS.

Ao final da intervenção notei que todos os profissionais envolvidos estão bem integrados e treinados para dar continuidade as ações, se fosse mudar algo na nossa intervenção seria solicitar mais o envolvimento das ACS nas atividades escolares, porém neste momento não foi possível tal envolvimento desejado nas visitas às escolas, isto pela falta de funcionários que nossa UBS se encontra. Apesar das ACS não poderem nos ajudar muito nas visitas às escolas, estas foram peças fundamentais na ajuda na atualização dos prontuários e busca ativa.

Apesar das dificuldades encontradas, como ter apenas uma dentista para 3 áreas de cobertura, encontrei uma maneira, bem aceita pela comunidade e pela coordenação da UBS, de viabilizar a incorporação da intervenção à rotina do

serviço. Antes da intervenção haviam cinco vagas de agendamento diário para a demanda espontânea e outras cinco vagas de usuários de programas, como gestante, hipertenso, idoso, etc. Para que houvesse a possibilidade de atendimento destes escolares sem causar atrito com os demais usuários diminuí uma vaga do agendamento diário e uma vaga do agendamento de usuários de programa. Procurei assim agendar cerca de quatro ou cinco alunos por dia. Então ao invés de atender 10 usuários (5 demanda e 5 programa), passei a atender 12 ou 13 usuários.

Desta maneira consegui harmonizar os atendimentos de maneira que não houvesse conflitos, é claro que houveram alguns questionamentos, pois coloquei um aviso informando que passariam a ser quatro vagas diárias ao invés de cinco, mas sempre que houveram questionamentos os profissionais estavam treinados a explicar os motivos e assim não houve maiores desentendimentos.

Após realização da primeira consulta estamos fornecendo uma carteirinha com o mês que deverão retornar para todos os escolares, como as crianças de alto risco já tiveram seus tratamentos concluídos estes possuem os retornos agendados para daqui a seis meses, assim poderemos realizar consultas de manutenção de forma programática.

Até o término do atendimento de todos os escolares mantereí as vagas agendadas da mesma forma, e assim que concluir o atendimento dos escolares e todos tiverem suas carteirinhas de tratamento concluído, retornarei ao agendamento anterior e acompanharei os escolares a cada seis meses incluindo-os no agendamento prioritário do grupo de usuários dos programas. Os responsáveis dos escolares foram orientados a comparecer no mês de retorno anotado na carteirinha para agendamento da manutenção do tratamento dos escolares.

4.3 Relatório da intervenção para os gestores

Prezado Secretário, este relatório visa apresentar a ação programática implantada na Estratégia de Saúde da Família Jardim Cristina cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde bucal dos escolares da área de abrangência da unidade. A intervenção teve a duração de 4 meses e a escola Santa Isabel foi escolhida para realizar a intervenção.

Durante este período fizemos as avaliações epidemiológicas da saúde bucal dos escolares, palestras educativas na escola sobre cárie dental, higiene bucal e

alimentação, oficinas educativas de saúde bucal, escovações com creme dental, escovações com flúor nos escolares classificados como alto risco, atendimento odontológico dos escolares, reunião com os pais e com o conselho de saúde no início e fim da intervenção.

Foram realizadas reuniões às sextas feiras com profissionais envolvidos, no início realizamos reunião com os funcionários da escola para explicar os objetivos das ações, mostramos a estes profissionais a importância da participação e colaboração deles nas atividades na escola.

Nosso projeto de intervenção foi muito bem-vindo tanto na US quanto na escola, professores, funcionários da escola, pais dos alunos se mostraram muito satisfeitos no decorrer da intervenção, e a auxiliar de saúde bucal me ajudou muito na organização das atividades, principalmente quanto ao preenchimento das fichas necessárias.

Tenho que agradecer o incentivo e apoio da gestão que foi muito importante para o sucesso das ações coletivas, já que nos foram fornecidos kits de escovação, com pasta de dente, escova e fio dental para as atividades na escola que estimulou os hábitos de higiene bucal.

Na intervenção foram realizados atendimentos odontológicos dos escolares. Antes da intervenção, haviam cinco vagas de agendamento diário para as pessoas que vinham na fila e cinco vagas de usuários de programas, como gestante, hipertenso, idoso, etc. Para que houvesse a possibilidade de atendimento dos escolares sem causar problemas com os demais usuários diminuí uma vaga do agendamento diário e uma vaga do agendamento de usuários de programa. Agendei quatro ou cinco alunos por dia, e passei a atender 12 ou 13 usuários por dia, coloquei um aviso informando que passariam a ser quatro vagas diárias ao invés de cinco. Sempre que houveram questionamentos os profissionais estavam treinados a explicar os motivos e assim não houve maiores desentendimentos. Pretendo continuar atendendo os escolares diariamente até que eu consiga concluir os tratamentos destes alunos. Depois de concluído o tratamento continuaremos agendando retorno para acompanhamento de todos os escolares.

Com esta intervenção conseguimos alcançar bons resultados, e melhorar índices dos alunos da escola foco, na faixa etária de 6 a 12 anos, como por exemplo: 100% (428 escolares) foram examinados na escola, 52,6% (225 escolares) moradores da área de abrangência da unidade de saúde tiveram primeira consulta

odontológica realizada, 100% (65 escolares) alto risco com primeira consulta odontológica realizada, 100% (11 escolares) de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde, 100% (428 escolares) com escovação dental supervisionada com creme dental, 71,1% (160 escolares) com tratamento dentário concluído, 100% (225 escolares) dos que possuem primeira consulta tiveram seus registros atualizados, 100% (428 escolares) com orientações sobre higiene bucal, orientações sobre cárie dentária e orientações nutricionais. A seguir um gráfico (Figura 11) demonstrativo que compara as metas propostas na intervenção e os resultados finais, já citados acima, alcançados com a intervenção:

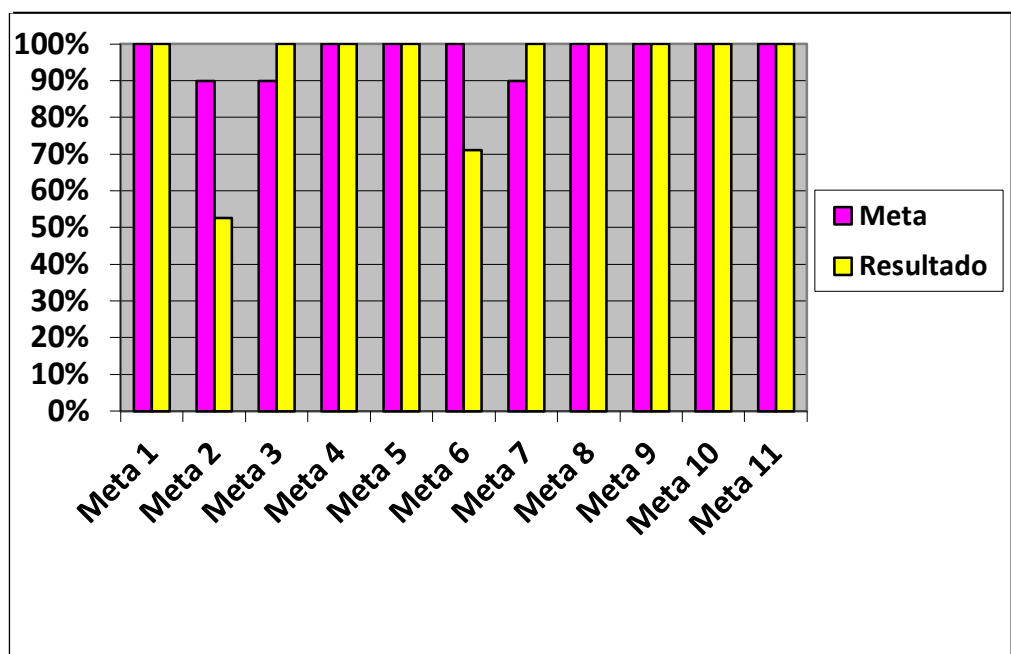


Figura 11. Metas e Resultados

Metas:

1. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.
2. Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 90% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.
3. Realizar primeira consulta odontológica em 90% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.
4. Fazer busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.
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 de alto risco para doenças bucais.
7. Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.
8. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área.
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.

Todas as ações programadas no projeto de intervenção foram realizadas, houveram apenas algumas modificações em algumas datas marcadas no cronograma. Temos como exemplo as oficina de saúde bucal, que não foram feitas nas semanas previstas, devido a algumas eventualidades como feriados e recessos.

Os escolares alto risco que precisariam de mais consultas para terminar seus tratamentos estão finalizados em sua maioria, os demais escolares pretendo continuar agendando. Chegaremos com isso na conclusão do tratamento de todos os escolares, e continuar acompanhando e realizando a prevenção. Cada escolar que finaliza seu tratamento ganha uma carteirinha de retorno em seis meses para voltarem à unidade para uma nova avaliação. Porém, com a continuidade das ações preventivas na escola, orientações que serão continuadas, acredito que teremos cada vez menos crianças com doenças bucais.

Com a intervenção conseguimos melhorar a saúde bucal dos escolares, realizando tratamentos de cura e prevenção, ensinamos hábitos saudáveis de escovação dental e alimentação, para conseguir atender estes escolares precisamos diminuir o número de usuários atendidos da fila e de programa, mas isto por um período de tempo, pois depois desta intervenção acredito que dando continuidade às atividades preventivas na escola e terminando os tratamentos destes escolares, estes não precisaram de tantas consultas de tratamento e sim de acompanhamento.

Em relação às dificuldades que encontro, com certeza a maior é ser apenas uma dentista para três áreas de abrangência, pois gostaria de tentar implementar estas ações em outras escolas da área de abrangência, porém sendo apenas uma dentista tenho receio de acabar deixando os outros usuários desassistidos, pois além de atender três áreas preciso dar continuidade nas ações realizadas na escola Santa Isabel, enfim um aumento da equipe de saúde bucal seria muito interessante.

A comunidade foi e é muito importante para que fosse e seja possível a realização e continuidade desta intervenção, felizmente tivemos o apoio dela e contamos com a continuidade deste apoio através de participação e sugestões para melhorias. Pretendo continuar atendendo os escolares até o final de seus tratamentos, para depois realizar novas avaliações a cada 6 meses e assim fazendo parte da rotina da unidade de saúde e melhorando nossos serviços e saúde da comunidade. Através do projeto de intervenção, nós funcionários da UBS Jardim

Cristina, principalmente eu e minha auxiliar, notamos a satisfação dos pais em ter seus filhos com atendimento odontológico, e muitos ainda relatam a melhora da higiene bucal do seu filho após as visitas e palestras na escola, o interesse de escovação em casa, crianças maiores chamando os irmão menores para escovar os dentes em casa.

O cuidado da saúde bucal dos escolares é muito importante pois é a faixa etária ideal para implantação de hábitos de higiene bucal e através da intervenção conseguimos conscientizar os escolares e também seus pais da importância de cuidar da saúde bucal.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Durante o projeto de intervenção com duração de quatro meses cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde bucal dos escolares da área da Estratégia de Saúde da Família Jardim Cristina, realizamos diversas ações com os escolares de uma escola da área da unidade chamada Santa Isabel, as ações foram realizadas tanto na própria escola, como na unidade.

Fizemos avaliação da saúde bucal de todos os escolares, palestras educativas na escola sobre cárie dental, higiene bucal e alimentação, oficinas educativas de saúde bucal, escovações com creme dental, escovações com flúor nos escolares de alto risco para as doenças bucais, atendimento dos escolares pela dentista, reunião com os pais e com o conselho de saúde no início e fim da intervenção.

Foram realizadas reuniões às sextas-feiras com os profissionais envolvidos, no início realizamos reunião com os funcionários da escola para explicar os objetivos das ações, mostramos a estes profissionais a importância da participação e colaboração deles nas atividades na escola.

Nosso projeto de intervenção foi muito bem-vindo tanto na UBS quanto no escola e a auxiliar de saúde bucal me ajudou muito na organização das atividades, principalmente quanto ao preenchimento das fichas necessárias.

A gestão forneceu um kit de escovação, com pasta de dente, escova e fio dental para as atividades na escola o que estimulou os hábitos de higiene bucal.

Na intervenção foram realizados atendimentos dos escolares pela dentista. Antes da intervenção, haviam 5 vagas de agendamento diário para as pessoas que

vinham na fila e 5 vagas de usuários de programas, como gestante, hipertenso, idoso, etc. Para que houvesse a possibilidade de atendimento dos escolares sem causar problemas com os demais usuários diminuí uma vaga do agendamento diário e uma vaga do agendamento de usuários de programa. Agendei quatro ou cinco alunos por dia, assim passei a atender 12 ou 13 usuários por dia, coloquei um aviso informando que passariam a ser quatro vagas diárias ao invés de cinco na unidade.

Sempre que houveram questionamentos os profissionais estavam treinados a explicar os motivos e assim não houve maiores desentendimentos. Confesso que acabei me sobrecarregando, pelo fato de ser apenas uma dentista em minha unidade, com certeza se fosse uma dentista para cada área seria mais fácil, porém pretendo continuar atendendo os escolares diariamente até que todos os escolares possuam seus tratamentos concluídos, após realizada a primeira consulta estamos dando uma carteirinha de retorno para todos os escolares a fim de dar continuidade ao tratamento até sua finalização e retorno após seis meses para acompanhamento e manutenção.

Todas as ações programadas no projeto de intervenção foram realizadas, houveram apenas algumas modificações em algumas datas marcadas no cronograma. Temos como exemplo as oficinas de saúde bucal, que não foram feitas nas semanas previstas, devido a algumas eventualidades como feriados e recessos.

Os escolares com mais doenças bucais como cáries e doenças gengivais que precisariam de mais consultas para terminar seus tratamentos estão finalizados em sua maioria, os demais escolares pretendo continuar agendando. Chegaremos com isso na conclusão do tratamento de todos os escolares e continuaremos acompanhando e realizando a prevenção. Cada escolar que finaliza seu tratamento ganha uma carteirinha de retorno em 6 meses para voltarem a unidade para uma nova avaliação. Porém, com a continuidade das ações preventivas na escola, orientações que serão continuadas, acredito que teremos cada vez menos crianças com doenças bucais.

Com a intervenção conseguimos melhorar a saúde bucal dos escolares, realizando tratamentos de cura e prevenção, ensinamos hábitos saudáveis de escovação dental e alimentação, para conseguir atender estes escolares precisamos diminuir o número de usuários atendidos da fila e de programa, mas isto foi por um período de tempo, pois depois desta intervenção acredito que dando continuidade às atividades preventivas na escola e terminando os tratamentos destes escolares,

estes não precisarão de tantas consultas de tratamento e sim mais de acompanhamento.

Alcançamos com a intervenção os seguintes resultados: 100 % (428 escolares) foram examinados na escola, 52,6% (225 escolares) moradores da área de abrangência da unidade de saúde tiveram primeira consulta odontológica realizada, 100% (65 escolares) alto risco com primeira consulta odontológica realizada, 100% (11 escolares) de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde, 100% (428 escolares) com escovação dental supervisionada com creme dental, 71,1% (160 escolares) com tratamento dentário concluído, 100% (225 escolares) dos que possuem primeira consulta tiveram seus registros atualizados, 100% (428 escolares) com orientações sobre higiene bucal, orientações sobre cárie dentária e orientações nutricionais.

A comunidade foi e é muito importante para que fosse e seja possível a realização e continuidade desta intervenção, felizmente tivemos o apoio dela e contamos com a continuidade deste apoio através de participação e sugestões para melhorias. Pretendo continuar atendendo os escolares até o final de seus tratamentos, para depois realizar novas avaliações a cada seis meses e assim fazendo parte da rotina da unidade de saúde e melhorando nossos serviços e saúde da comunidade.

5. Reflexão Crítica sobre seu processo de aprendizagem

Cerca de um ano atrás ingressei em uma unidade com ESF, muitas mudanças foram notadas na forma de trabalho para quem vinha de uma UBS. O trabalho realizado de forma integrada e multiprofissional despertou meu interesse e vi a necessidade de aprimorar meus conhecimentos nesta área. Tinha como expectativas iniciais adquirir maiores conhecimentos podendo aplicar de alguma forma este conhecimento no dia a dia da unidade, e isto foi possível através do curso, e principalmente a partir da intervenção na ação programática escolhida.

O curso me permitiu ter contato com diferentes técnicas de atendimento individual e coletivo, mostrou formas de intervir nos núcleos familiares. Posso citar como exemplo o que aprendi em relação à técnica de como realizar escovação dentro da sala de aula, mostrando que em locais onde não possuem torneiras/pias para escovação ainda assim é possível este trabalho com o uso de dois copos descartáveis.

No início a equipe ficou um pouco receosa com as atividades que propusemos, mas considerei normal, afinal toda mudança gera alguma desconfiança, no entanto, ao decorrer das reuniões sentiram mais segurança e encararam como um desafio que a intervenção desse certo e surtisse um bom resultado. Com o passar das semanas, nas reuniões discutíamos sobre a evolução e a satisfação da comunidade com as atividades implantadas, isto serviu como estímulo para que todos da equipe continuassem colaborando com as ações. Contamos com o apoio de todos da equipe e mesmo com falta de algumas ACS conseguimos manter as atividades. O apoio da equipe foi indispensável e fundamental para o sucesso da intervenção, a ASB me ajudou em todos os momentos, a recepção foi colaborativa com o acolhimento dos usuários que procuravam a UBS, e as ACS auxiliaram nas buscas ativas e até em alguns momentos na escola.

Com a intervenção foi possível criar um elo entre a escola, a comunidade e a UBS, proporcionando acesso ao atendimento odontológico aos escolares e aproximação destes alunos da profissional dentista. Conseguimos mostrar e implantar hábitos, ensinados nas palestras, na vida dos escolares e considero que esta é a parte mais importante do nosso trabalho: entrar na casa/família e rotina do escolar, proporcionando hábitos de higiene bucal, para que este possa levar como

conhecimento para vida toda, e não apenas trabalhar com a cura, mas também com a prevenção.

No decorrer da intervenção, atingimos resultados positivos e, principalmente, a satisfação dos pais dos escolares.

No geral, achei o curso muito interessante, as práticas clínicas nos incentivavam a estudar e ler sobre assuntos que foram detectados com maior dificuldade com os testes cognitivos, os casos interativos me fizeram pensar sobre diferentes abordagens clínicas e me permitiu testar meus conhecimentos, os fóruns foram úteis na troca de experiências, porém achei desnecessário a obrigatoriedade de escrever todas as semanas, pois nem sempre temos assuntos com os colegas, já que a pessoa com quem eu esclarecia minhas dúvidas era minha orientadora através do Diálogo do Orientador e Especializando. Por fim, considero que a especialização despertou em mim novas ideias a serem implantadas, me trouxe conhecimento em várias áreas e maior experiência profissional. É um privilégio poder ver os frutos do seu trabalho e, por isso, só tenho a agradecer à UFPel pela oportunidade de realizar este curso.

6. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 192 p.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica nº 17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 92 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto de saúde, nos componentes pela vida e de gestão para biênio 2010-2011. Brasília, 2011. 151p.

CURITIBA. Protocolo Integrado de Saúde Bucal. Prefeitura de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde/ Coordenação de Saúde Bucal, 2004. 98p.

COLOMBO. Protocolo Municipal de Saúde Bucal. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Colombo. Departamento de Saúde Bucal. Colombo-Paraná: 2ª edição – revisada em Abril de 2012. 93p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

ROSÁRIO, T.M.; SCALA, L.C.N.S.; FRANÇA, G.V.A.; PEREIRA, M.R.G.; JARDIM, P.C.B.V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 93, n.6, p.672-678, 2009.

Anexos

Anexo B- Ficha Espelho



SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR
ENCAMINHAMENTO PARA A UBS

Nome – listar o nome de todos os escolares encaminhados	Sala	1ª consulta S/N	Consulta retorno			Consulta retorno			Consulta retorno			TC S/N
			Data	Presença S/N	Busca ativa S/N	Data	Presença S/N	Busca ativa S/N	Data	Presença S/N	Busca ativa S/N	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												



SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR
ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES COLETIVAS

Escola: _____ Sala: _____ Professor: _____

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

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

Anexo C - Documento do Comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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


Apêndices

Apêndice A- Fotos da intervenção





Apêndice B- Aviso na agenda

 **PREFEITURA
DE COLOMBO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA-SAÚDE BUCAL

Encaminhamento para Atendimento Clínico – Odontologia
Senhores Pais – Responsáveis.

Comunicamos que seu filho (a) _____
da turma _____ foi avaliado (a) pelo Cirurgião-Dentista na escola onde estuda e necessita de
Tratamento Odontológico com Urgência.

Solicitamos que seu filho venha à Unidade de Saúde _____ no dia
_____ para atendimento odontológico.

**A criança será atendida somente com a presença do
responsável nas consultas agendadas.**
**O responsável deverá estar portando documentos pessoais e da
criança, bem como este Encaminhamento.**

Assinatura dos Pais ou Responsável

Apêndice C- Folder utilizado

SAÚDE BUCAL

Saúde bucal da criança

PREFEITURA DE COLOMBO



Nesta fase da vida, o indivíduo ainda necessita demais do auxílio do adulto nos tarefas de cuidados com seu corpo. É também o adulto responsável que irá orientá-lo e estimulá-lo a fazer a correta higiene de sua boca.

Também é quando criança que ocorre o início da fase de compreensão e responsabilidade sobre o corpo.

Em seguida, vamos apresentar alguns assuntos que costumam levantar dúvidas quanto à saúde bucal da criança:

Com que frequência devo levar meu filho ao dentista?
A criança deve ser levada ao dentista sempre acompanhada do responsável, no mínimo, uma vez ao ano. Dependendo da avaliação do dentista, as visitas podem ser mais próximas.

Quais os produtos de higiene bucal que meu filho deve usar?
Escova dental infantil macia, quantidade muito reduzida de creme dental e fio dental. A escovação deve ocorrer, no mínimo, três vezes ao dia e a utilização do fio dental deve acontecer regularmente e com auxílio do adulto.

Saúde bucal da criança

Será necessário usar algum produto com mais fluor na higiene do meu filho?
Geralmente a quantidade de fluor presente na água de abastecimento, mais a quantidade presente nos cremes dentais são suficientes, não havendo necessidade de complementar com nenhuma outra fonte. O dentista é quem poderá orientá-lo, caso seja necessário usar alguma fonte complementar de fluor. Jamais utilize nenhum produto/medicamento sem a indicação do dentista.

O que devo fazer para acompanhar a saúde bucal de meu filho?
Para que a criança se mantenha com saúde bucal, é necessário que os pais estejam sempre atentos e realizem a higienização da boca juntamente com a criança. Assim, eles estarão atentos a qualquer diferença que venha a surgir na boca de seu filho. Isso é o mais importante: estar sempre presente e atento a qualquer modificação!

Existem hábitos que podem afetar o desenvolvimento dos dentes de meu filho?
Sim. Existem hábitos como a chupeta e a sucção de dedos, que podem alterar completamente o curso de desenvolvimento dos dentes, possibilitando deformar até mesmo os ossos da face da criança. Esses hábitos devem ser evitados e quando houver necessidade de ajuda, procure o dentista.

Como é possível saber se a limpeza que está sendo feita na boca de meu filho está com qualidade?
Você pode olhar se consegue identificar uma camada amarelada/estranhada em regiões entre os dentes e próximo das gengivas ou uma "gominha grudada" em qualquer região dos dentes. Isso é a placa bacteriana, que indica que os dentes precisam ser melhor higienizados. Se os dentes estiverem com superfícies lisas e brilhantes, provavelmente estejam com uma boa higiene.

Como posso identificar o início de cárie em meu filho?
Habitue-se a acompanhar a higienização bucal de seu filho e olhar sempre toda a boca dele para conhecê-la. Se você agir dessa forma, ao menor sinal de manchinhas brancas sem brilho ou manchinhas escuras, você deverá consultar o dentista, que irá informá-lo sobre o que está acontecendo e, se for o caso, tomar as medidas necessárias.

Como deve ser a alimentação de meu filho para evitar cáries e outras doenças da boca?
A alimentação da criança deve ser variada e rica em nutrientes, visto que ela está em processo de crescimento e desenvolvimento. Você deve ter cuidado no consumo de doces, refrigerantes e salgadinhos de milho – esses alimentos têm grande potencial para desencadear doenças bucais.

