

**Universidade Aberta do SUS- UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 4**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde bucal das crianças e adolescentes de 06 a 12  
anos na Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Roberto Riet Vargas,  
Rio Grande/RS.**

Daiane Aldrighi

**Pelotas, 2014.**

Daiane Aldrighi

**Melhoria da atenção à saúde bucal das crianças e adolescentes de 06 a 12 anos na Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Roberto Riet Vargas, Rio Grande/RS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Rogéria Amaral dos Santos.

Pelotas, 2014

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

A365m Aldrighi, Daiane

Melhoria da atenção à saúde bucal das crianças e adolescentes de 06 a 12 anos na Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Roberto Riet Vargas, Rio Grande/RS / Daiane Aldrighi; Rogéria Amaral dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

77 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 da criança 4.Puericultura 5.Saúde bucal I. Santos, Rogéria Amaral dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

**Dedico este trabalho à minha família,  
colegas de trabalho e amigos.**

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus, o centro e o fundamento de tudo em minha vida, por renovar a cada momento a minha força e disposição e pelo discernimento concedido ao longo dessa jornada.

Aos meus pais por estarem sempre presentes na minha vida me dando apoio em todas as minhas decisões. São pessoas que me orgulho muito e que levo as suas ídoles como exemplo para a minha vida.

Uma homenagem especial à minha mãe que faz das minhas preocupações às suas e que não mede esforços para me ver feliz.

Agradeço aos meus colegas de trabalho que me auxiliaram nas tarefas exigidas pelo curso de pós-graduação.

Agradeço a todos familiares e amigos pelas palavras de incentivo que me foram dadas durante minha trajetória profissional.

Aos professores e orientadores do curso de pós-graduação, em especial à orientadora Rogéria Amaral dos Santos pela dedicação ao longo do curso.

“Nós somos aquilo que fazemos repetidamente.  
Excelência, então, não é um modo de agir, mas  
um hábito.”

***Aristóteles***

## Lista de figuras

<b>Figura 01:</b> Proporção de escolares examinados na escola.....	49
<b>Figura 02:</b> Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.....	50
<b>Figura 03:</b> Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.....	52
<b>Figura 04:</b> Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.....	53
<b>Figura 05:</b> Proporção de escolares com tratamento dentário concluído .....	54
<b>Figura 06:</b> Proporção de escolares com registro atualizado.....	54
<b>Figura 07:</b> Proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal .....	55
<b>Figura 08:</b> Proporção de escolares com orientação sobre cárie dental.....	56
<b>Figura 09:</b> Proporção de escolares com orientações nutricionais. ....	57

## **Lista de abreviaturas**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CD - Cirurgião-dentista

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PSE – Programa Saúde nas Escolas

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SF – Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TRA – Tratamento Restaurador Atraumático

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família



## Sumário

Apresentação .....	11
1. Análise Situacional .....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF .....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	18
2. Análise Estratégica .....	19
2.1 Justificativa .....	19
2.2 Objetivos e Metas .....	20
2.2.1 Objetivo Geral .....	20
2.2.2 Objetivos Específicos .....	20
2.2.3 Metas .....	20
2.3 Metodologia .....	21
2.3.1 Ações .....	21
2.3.2 Indicadores .....	39
2.3.3 Logística .....	41
2.3.4 Cronograma .....	43
3. Relatório .....	44
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente .....	44
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente .....	46
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores .....	46
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 .....	47
4. Avaliação da Intervenção .....	48
4.1 Resultados .....	48

4.2 Discussão .....	57
4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores .....	58
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade .....	63
5. Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem .....	66
6. Bibliografia .....	67
Anexos .....	68
Anexo A: Ficha-Espelho Triagem de risco de cárie .....	69
Anexo B: Ficha-espelho Atividades Coletivas .....	69
Anexo C: Planilha de Coleta de Dados .....	70
Anexo D: Documento do Comitê de ética .....	71
Apêndices .....	72
Apêndice A- Ficha-Espelho_.....	73

## RESUMO

ALDRIGHI, D. **Melhoria da atenção à saúde bucal das crianças e adolescentes de 06 a 12 anos na Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Roberto Riet Vargas, Rio Grande/RS.** 2014. 75p. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas – RS.

A faixa etária escolar de 06 a 12 anos tem significativa importância para a promoção e prevenção em saúde bucal por corresponder ao início e fim da erupção da dentição permanente, sendo por isto o público selecionado para a abordagem. A condição bucal dos escolares da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Roberto Riet Vargas, localizada em Rio Grande/RS, no bairro Cidade de Águeda, obteve especial atenção pelo seu alto índice de dentes cariados e perdidos, assim como pela grande necessidade de atendimentos de urgência. O projeto objetiva melhorar a atenção à saúde bucal dos escolares. Na metodologia, as ações são compostas por objetivo, meta, monitoramento e avaliação. As ações previstas para alcançar tais objetivos incluem ampliar a ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de 06 a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência; ampliar a cobertura de primeira consulta com plano de tratamento odontológico para 65 % dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde; realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais; fazer busca ativa de todos os escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas; realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100 % dos escolares; realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais; manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área; fornecer orientações sobre higiene bucal, cárie dentária e orientações nutricionais para 100% dos escolares. Ao final dos quatro meses de intervenção os resultados se mostraram satisfatórios por alcançar as porcentagens esperadas, como as citadas acima. Em determinado caso a expectativa foi superada, como no caso do número de primeiras consultas com plano de tratamento odontológico realizadas nos escolares da área, onde o pactuado foi 65% e se obteve 100%. Já o percentual referente à proporção de escolares com orientações nutricionais ficou aquém do proposto, onde o pactuado foi 100%, mas o resultado final foi de 27,1%. O avanço na qualidade da atenção aos escolares, assim como os bons resultados obtidos, estimulam a manutenção deste trabalho e norteiam para atividades cada vez mais promissoras nos escolares da área adstrita.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal do Escolar

## **Apresentação**

Este trabalho objetiva melhorar a condição bucal dos escolares de 06 a 12 anos das escolas adstritas da área da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Carlos Roberto Riet Vargas, pertencentes ao bairro Cidade de Águeda, no município de Rio Grande/RS.

Foi feita a análise situacional da Equipe saúde da família (ESF) com dados do município e UBS, descrição quantitativa e qualitativa dos profissionais, assim como a análise do processo de trabalho de forma geral.

A análise estratégica apresenta a justificativa da intervenção com os fatores positivos da ação coletiva de saúde bucal aos escolares da área. Também estão os objetivos e metas, dando um aspecto geral e específico sobre os pontos abordados. Na metodologia incluem-se as ações, indicadores, logística e cronograma.

Há um relatório das ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção e análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

Na avaliação da intervenção foram apresentados os resultados, discussão, relatório da intervenção aos gestores e à comunidade. Nestes últimos, um texto explicativo foi elaborado aos gestores e à comunidade sobre os detalhes do processo de trabalho.

Por fim, houve uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem com uma comparação entre as expectativas iniciais e finais e os benefícios que o projeto trouxe tanto aos profissionais quanto à UBS.

## **1 Análise Situacional:**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF**

A ESF veio para organizar o sistema de saúde e efetivamente melhorar os resultados de morbidade e mortalidade no país. O número de profissionais na estratégia aumenta progressivamente pelo sucesso do programa confirmado pelos indicadores de saúde. Para tal, é de suma importância o papel da especialização em Saúde de Família (SF) para que os profissionais, através do curso, tenham dimensão de todo o seu funcionamento e assim melhor atendam a população.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Rio Grande, que fica no extremo sul do Estado do Rio Grande do Sul, tem uma população aproximada de 198.051 habitantes. Com localização privilegiada para o mercado marítimo, a economia anda em forte ascensão devido ao desenvolvimento do pólo naval. A estrutura da saúde é composta atualmente por 13 UBS tradicionais e 19 UBS com equipe saúde da família, que formam assim as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

A ESF em que atuo abrange duas áreas, sendo elas o Bairro Cidade de Águeda e o Bairro Cohab IV e por isso trabalhamos com duas equipes. A população total das duas áreas é em torno de 6000 habitantes e os profissionais atuantes correspondem a dois médicos, duas enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal e 10 agentes comunitários de saúde (ACS).

Em especial, no Bairro Cidade de Águeda, há uma taxa expressiva de natalidade, sendo um público na sua grande maioria jovem. Já na Cohab IV, os usuários são predominantemente idosos. Ambas as áreas são necessitantes de atenção à saúde, incluindo práticas de promoção, prevenção, assim como procedimentos curativos.

### **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Na ESF Dr. Carlos Roberto Riet Vargas, existe um Núcleo de Apoio às Equipes Saúde da Família (NASF) que é composto por assistente social, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista e psicólogo. Sua área de abrangência

engloba alimentação e nutrição, atividades físicas, práticas integrativas e complementares, saúde integral da pessoa idosa, saúde da mulher, saúde mental e serviço social. O local de atuação varia de acordo com as áreas da cidade, que são divididas em rural, urbana e litorânea, e de acordo com o dia da semana o núcleo atende em determinada UBSF.

Em relação à atenção especializada, a área médica referencia seus usuários de acordo com protocolo, realizando o agendamento na própria unidade de acordo com a necessidade, dispondo de menos de 30 dias para consulta em certas especialidades como angiologia, cardiologia, cirurgia geral, ginecologia, neurologia, obstetrícia, ortopedia, pediatria, psiquiatria, traumatologia, assim como para fisioterapia, nutrição e psicologia. Com uma demora de 30 dias ou mais estão as áreas de dermatologia, nefrologia, oftalmologia, pneumologia e urologia.

Quando há necessidade de realizar testes diagnósticos, alguns são rotineiramente praticados na própria unidade tais como glicemia capilar, teste rápido de gravidez, teste rápido para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e teste rápido de sífilis. Já aos exames laboratoriais complementares se obtém acesso, na sua maioria, em 15 dias ou mais e para outros exames como ultrassonografia, tomografia, raios-X (com ou sem contraste), a média fica em torno dos 30 dias.

Em casos mais graves de urgência e emergência, em que a unidade não tem o suporte adequado para o caso, o usuário é deslocado ao hospital municipal através de unidade móvel apropriada e a internação hospitalar ocorre de acordo com critérios do próprio hospital.

O encaminhamento da parte odontológica se faz apenas para as áreas de raios-X, odontopediatria e para usuários especiais. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ainda é inexistente no município, ficando desassistidos os usuários que necessitam de tratamento endodôntico, cirurgias orais complexas, próteses, patologias bucais entre outros.

A UBSF Dr. Carlos Roberto Riet Vargas está localizada no bairro Cidade de Águeda, na entrada da cidade de Rio Grande, sendo considerada uma zona rural. A unidade possui vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) através da Secretária Municipal de Saúde (SMS) e instituição de ensino superior público, com estagiários da Fundação Universidade do Rio Grande pelo curso de enfermagem. O curso de fisioterapia também utiliza o local para estágios, sendo esta por uma instituição de ensino superior privado.

O modelo de atenção é do tipo ESF, possuindo duas equipes, cada uma delas composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários e a equipe de saúde bucal que é comum as duas equipes, composta por uma cirurgiã-dentista (CD) e uma auxiliar de saúde bucal (ASB).

A estrutura física do local é satisfatória, principalmente por ter sido construída de forma específica a abrigar a UBS, trazendo muitas vantagens para a população e equipe, já que a grande maioria das UBS da cidade é adaptada para isso, ficando os profissionais com salas reduzidas para desempenhar o trabalho. Porém alguns problemas podem ser destacados em relação à questão estrutural, como as paredes internas do prédio, onde na sua maioria não são laváveis; pias sem fechamento por pedal ou sensor; calçadas que não permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos; falta de corrimãos nas escadas, rampas e corredores. Outro inconveniente é a existência de apenas um banheiro para funcionários com duas equipes atuando.

Em relação a parte de equipamentos, a maior necessidade ainda são os equipamentos de informática, assim como a conexão com a internet e as impressões, onde estas são feitas pela coordenação da ESF e em seguida são endereçadas à nossa unidade. Para a UBS teria um grande significado a existência dos equipamentos de informática, pois traria muito mais agilidade no atendimento, tanto para os usuários e burocrata como para os profissionais, principalmente em relação aos prontuários eletrônicos. O projetor de slides, muito utilizado para os grupos, precisa ser reservado com certa antecedência com a coordenação e o computador fica a cargo do profissional que irá abordar o tema do grupo.

Para superar as dificuldades gerais, tanto estruturais quanto de equipamentos, um bom incentivo financeiro seria necessário, provavelmente alcançado ao decorrer do mandato do governo, já que o mesmo passou por mudanças políticas recentemente, demandando certo tempo para a estabilização econômica do município.

Como aspectos positivos da equipe, o processo de territorialização e mapeamento podem ser apontados com bastante êxito, pois garantem a identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e identificação de grupos de agravos como para diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e tuberculose. A busca ativa de usuários faltosos, realização de pequenos procedimentos cirúrgicos e os primeiros cuidados nos casos de urgência e

emergência na unidade estão entre as atividades dos profissionais da equipe. O atendimento domiciliar da população é realizado por toda a equipe através de levantamento dos usuários moradores da área de abrangência e ainda estes possuem um acompanhamento em casos de internação domiciliar.

O ESF prevê ações de promoção de saúde para a comunidade, sendo realizadas na UBS principalmente através dos grupos de aleitamento materno, diabetes, hipertensão, idosos, planejamento familiar, portadores de sofrimento psíquico, pré-natal, puericultura e saúde bucal. A limitação atual está na ausência do grupo de adolescentes, especialmente para alertar os malefícios da gestação precoce, e assim tornar esta realidade num fator pouco incidente à cultura local, resultando também em controle da natalidade. Como meta para o próximo ano está a incorporação deste novo grupo, agregando mais conhecimento à população como formas de prevenção da gravidez e por consequência também de doenças sexualmente transmissíveis.

Desde março de 2013, foi integrada a segunda equipe na UBSF, ficando assim adequado o número de profissionais e de equipes para a população adstrita no local. Hoje constam 4492 pessoas na área registradas, mas com uma população em constante crescimento, as atualizações periódicas se fazem necessárias e por esta razão o número de moradores da área provavelmente já esteja acima dos 5000 habitantes. O perfil demográfico é predominantemente jovem, com maior população entre 14 e 30 anos e com maior incidência do sexo feminino.

O acolhimento na unidade é feito na recepção, onde cada profissional recebe e atende o usuário que chega de demanda espontânea. Primeiramente, a recepcionista o ouve e o encaminha para o profissional que ele necessita. Apesar de não haver equipe específica de acolhimento, considero o método utilizado aceitável, pois todos são ouvidos, atendidos ou encaminhados, independentemente do horário que chegarem. Caso haja urgências, estes usuários são priorizados no atendimento e é explicado para os demais que aguardam na sala de espera sobre a necessidade de atendimento imediato.

A UBS realiza atendimento de puericultura para os grupos etários de zero a 23 meses, em dois dias da semana nos dois turnos de funcionamento (manhã e tarde), onde um dia é para os moradores do bairro Cidade de Águeda e outro para a Cohab IV, que também faz parte da abrangência da unidade. A puericultura é realizada, sem utilização de protocolo, pelos médicos, enfermeiras, técnicas de



enfermagem, CD e ASB com a consulta de retorno previamente agendada. Para as crianças que têm até 72 meses de idade, existe uma demanda excessiva para atendimento de problemas de saúde agudos, e a equipe agenda as crianças para outras datas ou atende no mesmo dia, quando possível.

As ações desenvolvidas na unidade em relação ao cuidado às crianças na puericultura são o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde mental e bucal; imunizações; teste do pezinho; prevenção de anemia; promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal e da saúde mental. Os profissionais de saúde utilizam protocolos para regular o acesso das crianças à outros níveis do sistema de saúde como encaminhamento para atendimento às especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para atendimento em pronto-socorro.

Todos os atendimentos às crianças da puericultura são registrados em prontuário clínico e ficha de atendimento odontológico. Além disso, existe um arquivo específico para atendimento à puericultura, que é revisado mensalmente pelos médicos e enfermeiras com o objetivo de verificar as crianças faltosas, identificar procedimentos em atraso e identificar crianças de risco.

Avalio todo o trabalho da equipe com os grupos de puericultura de forma positiva, apesar do excesso de demanda, tendo qualidade de atenção à saúde e qualidade com os registros, ao planejamento e monitoramento das ações e às atividades de educação em saúde, principalmente pelos médicos e enfermeiros. A implementação de outro grupo etário correspondente aos 24 meses até os 72 meses de idade é uma dificuldade da cobertura de saúde local, pela numerosa população infantil já existente.

O atendimento de pré-natal é realizado dois dias na semana nos dois turnos de funcionamento da unidade pelos médicos e enfermeiros, ficando a usuária com a próxima consulta previamente agendada. Caso haja usuárias para o pré-natal com problemas de saúde agudos, também serão ofertados atendimentos as mesmas. As ações de atenção à gestante estão estruturadas de forma programática, ou seja, o serviço adota um protocolo, de acordo com a SMS, e conta também com um registro específico destas atividades, realizando monitoramento mensal das ações com a finalidade de verificar usuárias faltosas. Os aspectos positivos à cobertura da atenção às gestantes recaem no bom monitoramento deste grupo, apesar de apenas os médicos e enfermeiros controlarem estes quesitos. A adesão das

gestantes é falha na área da saúde bucal, mas através de acordo com a equipe médica da unidade, todo pré-natal realizado já é encaminhado para atendimento odontológico, assim uma cobertura mais ampla será garantida.

Na unidade são realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo de útero e de mama de acordo com protocolo produzido pela SMS. A coleta do exame citopatológico é realizada pelas enfermeiras três dias da semana, mas não em todos os turnos, de forma oportunística e também organizada. Os exames preventivos de câncer de mama são realizados todos os dias da semana em todos os turnos de forma oportunística.

Os profissionais de saúde investigam os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico, tendo encontrado três exames alterados nos últimos três anos. Todos os atendimentos realizados e exames alterados são coletados através de prontuário clínico e livro de registro específico, já os dados de mamografia são coletados dos prontuários clínicos apenas. Apenas os registros de câncer de colo uterino são revisados e estes são realizados pelas enfermeiras mensalmente com finalidade de verificar mulheres com exame alterado em atraso.

Atividades educativas com grupo de mulheres são realizadas na própria unidade pelos enfermeiros, médicos e dentista, mas não há um planejamento, gestão ou coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mama.

Para os diabéticos e portadores de hipertensão arterial sistêmica são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal e ações de estímulo à prática regular da atividade física. Os adultos portadores destas doenças são atendidos pelos médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, dentista e auxiliar de saúde bucal todos os dias da semana na unidade, mas não acontece em todos os turnos. Após a consulta, os usuários hipertensos e diabéticos saem com a próxima consulta programada agendada.

Existem protocolos específicos do Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Estadual de Saúde (SES) para o atendimento dos hipertensos e protocolo da SMS para atender os diabéticos, que são seguidos pelos enfermeiros e médicos.

Os cuidados aos portadores de diabetes e hipertensão incluem imunizações, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, obesidade, de problemas clínicos em geral, de saúde mental e bucal, porém não são utilizados protocolos para regular o

acesso dos adultos a outros níveis do sistema de saúde. O levantamento de dados é realizado com base no prontuário clínico, formulário específico, ficha-espelho de vacinas e ficha de atendimento odontológico. Como programa adicional do MS existe o hiperdia que é realizado pelos enfermeiros e ACS, assim como sis- pré-natal, recém-nascidos prematuros e de tuberculose.

Atividades em grupo são realizadas uma vez ao mês, com participação de apenas 4 % dos hipertensos e 5 % dos diabéticos atendidos no âmbito da unidade, com a participação dos médicos, enfermeiros, odontólogo, auxiliar de enfermagem e de consultório odontológico e ACS. Não existem profissionais que realizem o planejamento, gestão e coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com hipertensão e diabetes.

O atendimento aos idosos, tanto das consultas programadas quanto da demanda de problemas de saúde agudos, é realizado todos os dias da semana em todos os turnos por todos os profissionais da equipe, exceto ACS. Não há protocolo de atendimento para idosos para as ações que englobam imunizações, promoção de atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, de saúde mental, do alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Os registros de atendimento são realizados em prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacinas.

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

Após análise deste levantamento de dados, percebo a necessidade de organização, planejamento, gestão e monitoramento do trabalho realizado, sendo estes os maiores desafios. Em contrapartida, os atendimentos são realizados adequadamente requerendo adequação apenas na parte burocrática.

Notadamente, após comparação com a descrição do funcionamento da UBS em período anterior recente, ficam claras as necessidades de correções de funcionamento da unidade, onde o fator fundamental se encontra no aumento da atuação dos agentes comunitários nos cadastramentos dos novos moradores, fato este que já está em vigor e que promete adequar todos os outros índices faltantes dos usuários da unidade.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A ação programática foco da intervenção de saúde bucal em escolares foi eleita pela possibilidade de abranger grandes grupos e adequar a condição bucal de forma mais ampla e eficiente através de procedimentos clínicos e educativos criando um ambiente que conduza a saúde. Independentemente da realidade de cada UBSF, o foco de atuação coletivo em primeiras idades parece ser uma boa oportunidade para amenizar a demanda excessiva e organizar a assistência.

A população alvo da ação programática compreende crianças e adolescentes de 06 a 12 anos em média, desde a creche até as 5<sup>o</sup> séries correspondendo a 499 alunos. A média de atendimentos da população alvo na UBSF por livre demanda é de 12 crianças ao mês nesta faixa etária, com metas de ampliação de crianças assistidas e permanência da qualidade. Em relação à promoção de saúde, são realizadas ações de escovação dental supervisionada e aplicação de flúor e em casos mais urgentes são agendados no consultório.

Antes da intervenção da UBSF nas escolas, projetos de outras instituições auxiliavam neste tipo de trabalho com o suporte de material de higiene bucal para crianças da creche e primeiros anos, juntamente com uma cartilha onde se acompanhava o grau de evolução da condição bucal. Com a implementação da atenção a saúde bucal dos escolares pela equipe de saúde bucal auxiliado por alguns ACS, fica evidente as melhorias da organização do trabalho e principalmente o controle do processo saúde-doença conduzindo à bons hábitos.

A importância desta intervenção reflete na menor demanda para o consultório da unidade, além de se basear numa prática principalmente preventiva. O grande número de crianças com necessidade de atenção à saúde oral e a necessidade de transformar a cultura local de práticas extracionistas, fazem este enfoque ser o mais relevante para a população. A colaboração e aceitação das escolas e seus funcionários, de uma maneira geral, possibilitam a realização deste trabalho, juntamente com o apoio de

colegas da equipe, transformando a cultura local e colaborando para a construção de políticas saudáveis para a área.

## **2.2 Objetivos e Metas:**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde bucal das crianças e adolescentes de 06 a 12 anos na Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Roberto Riet Vargas, Rio Grande/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

- Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares;
- Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal;
- Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares;
- Melhorar registro das informações;
- Promover a saúde bucal dos escolares;

### **2.2.3 Metas**

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

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 06 a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.

Meta: 2. Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 65 % dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: 3. Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

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

Meta: 4. Fazer busca ativa de todos os escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

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

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

escolares.

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

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

Objetivo: 4. Melhorar registro das informações

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

Objetivo: 5. Promover a saúde bucal dos escolares.

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

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

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

## 2.3 Metodologia

### 2.3.1 Ações

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares.

**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 06 a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.

#### Monitoramento e avaliação

-Ação: Monitorar a situação de risco dos escolares para doenças bucais.

O CD irá fazer a primeira consulta programática individual na escola, uma vez por ano, e o exame será anotado em ficha clínica pela auxiliar. Será feito o planejamento do tratamento de cada escolar e os de maior atividade de doença cárie serão registrados em ficha específica, depois desse exame clínico realizado na escola. Nesse documento, os alunos vão ser separados por turma e ordem alfabética para facilitar o trabalho de intervenção.

#### Organização e gestão do serviço

- Ação: Identificação dos espaços escolares adstritos da Unidade Básica de Saúde;

As escolas ficam próximas da unidade e inseridas na zona de abrangência da UBS.

- Ação: Contato com os espaços escolares para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal;

O primeiro contato será realizado pela CD e ASB que visitarão a escola e solicitarão à secretaria a lista de alunos por turma, viabilizando os cadastros e as atividades com os escolares. Posteriormente, começará o exame bucal e as atividades nos escolares.

-Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atividades nas escolas e atendimento prioritário a escolares;

A agenda vai ser organizada pela CD e ASB para fazer um dia na semana as atividades nas escolas e um dia na semana para fazer o atendimento para os escolares na UBS, totalizando dois dias semanais dedicados à saúde bucal dos escolares.

### Engajamento público

-Ação: Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde.

Os professores, os monitores e a equipe da UBS vão informar e sensibilizar a comunidade sobre as atividades. No ambiente escolar vai ser informado quando os pais forem buscar os alunos e em reuniões com os pais. E na UBS em consultas de rotina os profissionais vão informar sobre essa atividade específica.

-Ação: Sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades

Os professores e funcionários vão ser informados sobre as atividades logo na primeira semana do projeto pela CD que vai mostrar a importância da saúde bucal em escolares.

### Qualificação da prática clínica

-Ação: Realizar ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica pela equipe de saúde bucal.

-Ação: Realizar classificação de riscos, programação de atividades segundo as necessidades e hierarquização dos encaminhamentos dos escolares para atendimento clínico na unidade de saúde pela cirurgiã-dentista.

A capacitação vai ser feita na UBS com a equipe odontológica um dia antes de a equipe ir fazer o exame bucal dos alunos no ambiente escolar. A ASB vai fazer as anotações do exame bucal que vai ser realizado pelo dentista em ambiente escolar. Logo após o exame vai ser feita a reunião com a equipe para se discutir sobre a programação das atividades coletivas que vai ser de acordo com o resultado do exame clínico. E nessa reunião também serão discutidas as crianças que terão a prioridade para o atendimento para a ASB fazer o agendamento desses escolares.

**Meta 2:** Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 65 % dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

### Monitoramento e avaliação

-Ação: Monitorar número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta.

O monitoramento será realizado através de planilha de triagem com nome dos alunos por turma. No momento da consulta é questionado ao escolar o local onde estuda, ano e turma e assim se preenche a planilha no item consultório. Com isto se tem um controle do número de escolares com primeira consulta odontológica.

### Organização e gestão do serviço



-Ação: Cadastrar na unidade de saúde os escolares da área de abrangência. As escolas disponibilizaram a lista de alunos com o endereço. Com isso, através de um longo trabalho junto à ASB, foram rastreadas as fichas das famílias de moradores e verificado o cadastro do aluno. Caso não houvesse, o ACS faria a atualização do mesmo.

-Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos escolares.

Pelo grande número de alunos na área de abrangência da UBS foi selecionado um dia por semana, com distribuição de 5 fichas por turno para atendimento de agendados escolares na UBS e um dia para promoção de saúde nas escolas.

#### Engajamento público

-Ação: Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos dos escolares.

Será feito através de sala de espera na unidade palestra informativa sobre a necessidade de cuidados dos escolares assim como pelo acolhimento. Nas escolas a informação será repassada nas salas de aula para alunos e em reuniões com professores.

#### Qualificação da prática clínica

-Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento dos escolares e seus responsáveis.

A capacitação será realizada para os integrantes da equipe, principalmente ASB, ACS e recepcionista.

-Ação: Realização de cadastramento e agendamento dos escolares do programa pela saúde bucal.

Será realizado na própria escola, utilizando tabela de triagem, notificando as prioridades, onde os pacientes classificados como alto risco para doenças bucais serão encaminhados para atendimento na UBS.

**Meta 3:** Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

#### Monitoramento e avaliação

-Ação: Monitorar número de escolares que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica.

Através da planilha de triagem, onde consta a realização ou não da 1º consulta odontológica e o risco para doenças bucais. O atendimento será na UBS com garantia de retorno até adequar a situação e concluir o tratamento dentário.

#### Organização e gestão do serviço

-Ação: Organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento aos escolares de alto risco.

As sextas-feiras o atendimento é exclusivo para o atendimento de agendados com alto risco para doenças bucais. Tal dado é coletado pela planilha de triagem, em coluna específica para grau de risco. Estes alunos são repassados para uma nova tabela, onde só constam os nomes de alunos com prioridades de atendimento.

#### Engajamento público

-Ação: Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos dos escolares de alto risco.

Nas salas de aula é esclarecido o motivo de agendamento de certos alunos em detrimento de outros. A informação é passada tanto aos alunos quanto aos professores.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento dos escolares e seus responsáveis.

Será realizada palestra informativa, em reunião de equipe, para todos os profissionais da unidade, sobre o funcionamento das atividades de saúde bucal aos escolares.

Ação: Realização de cadastramento e agendamento dos escolares do programa pela saúde bucal.

O cadastramento é realizado na própria escola, com o nome dos alunos por turma, seguido pelo exame bucal, correspondente a 1º consulta odontológica, e de acordo com a coluna de risco, o aluno pode ser agendado se enquadrar como alto risco para doenças bucais.

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

**Meta 4:** Fazer busca ativa de todos os escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

#### Monitoramento e avaliação

-Ação: Monitorar a periodicidade das consultas daqueles com alto risco através da agenda e realizar busca ativa.

Existe o caderno de agendamento dos alunos com alto risco para doenças bucais, onde é anotado se houve uma possível falta. Caso isso ocorra, seus dados serão repassados ao ACS responsável, e dependendo da justificativa, é remarcada para a semana seguinte.

#### Organização e gestão do serviço

-Ação: Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos.

Os pacientes faltosos às consultas têm os seus nomes marcados no caderno de agendamento. Com esses dados são feitas as visitas domiciliares, às segundas-feiras, pela tarde, com a participação da CD, ASB e ACS responsável.

-Ação: Organizar a agenda para acomodar os faltosos após a busca.

O horário ocupado pelo escolar faltante fica disponível na semana seguinte para possibilitar a sua remarcação.

### Engajamento público

-Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento.

Existe na unidade caixa de sugestões que possibilita ao usuário expor suas opiniões de forma discreta. Outra oportunidade é através das reuniões do conselho gestor, onde na sua composição estão alguns usuários da unidade.

### Qualificação da prática clínica

-Ação: Capacitar a equipe para esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal.

Nas quartas-feiras à tarde o grupo de profissionais se reúne para informes e discussões. Este é o período destinado também para capacitação dos integrantes da unidade, principalmente ACS.

-Ação: Realização de buscas aos escolares faltosos ao tratamento odontológico pela equipe de saúde bucal.

As buscas serão realizadas pela CD, juntamente com ASB e ACS, nas segundas à tarde, período destinado à realização de visitas domiciliares.

**Objetivo 3:** Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares.

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

### Monitoramento e avaliação

-Ação: Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por escolar.

Foi elaborada uma planilha com os nomes dos alunos com maior índice de placa e a data em que foram realizadas as escovações.

#### Organização e gestão do serviço

-Ação: Planejar a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades.

O controle de materiais é feito basicamente pela ASB, onde são solicitados os materiais de acordo com a necessidade mensal.

-Ação: Estimar o número de turnos necessários para atingir a meta para os escolares das escolas da área da unidade de saúde.

Toda a agenda foi montada de acordo com o número de escolares e turnos disponíveis, fazendo assim a estimativa do número de alunos que deveriam ser atendidos.

-Ação: Pactuar com as escolas os horários para realização de ações coletivas de saúde bucal.

De forma precedente ao início dos trabalhos, houve uma reunião com as diretoras e vice-diretoras da escola para pactuar os horários de atividades no ambiente escolar.

-Ação: Elaborar listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada escolar.

Na planilha de escovação, além de assinalar a ocorrência da atividade de higiene bucal na data realizada, também será anotado se o aluno não compareceu à escola.

#### Engajamento público

-Ação: Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde.

Cartazes na unidade de saúde serão fixados na recepção a fim de esclarecer sobre a agenda odontológica.

-Ação: Sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde.

Uma reunião com todos os professores será realizada, juntamente com diretores e vice-diretores, sobre a importância do cuidado com saúde bucal, em data específica de reunião escolar.

#### Qualificação da prática clínica

-Ação: Capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

A capacitação abrangerá basicamente a ASB, pois esta atividade será desenvolvida apenas pela equipe de saúde bucal, e a sua capacitação será na própria escola no momento da escovação.

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

#### Monitoramento e avaliação

-Ação: Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada com flúor por escola.

Na planilha de triagem, os escolares que tiverem grau alto e moderado para risco de cárie serão o público alvo para a aplicação de flúor gel. Tais nomes serão passados para ficha específica de necessidade de aplicação de gel fluoretado. Nela constará o nome do aluno e data de aplicação, assim como se o aluno esteve ausente no dia do procedimento.

#### Organização e gestão do serviço

-Ação: Planejar a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades.

O controle de materiais é feito basicamente pela ASB, onde são solicitados os materiais de acordo com a necessidade mensal.

-Ação: Estimar o número de turnos necessários para atingir a meta para os escolares das escolas da área da unidade de saúde.

Toda a agenda foi montada de acordo com o número de escolares e turnos disponíveis, fazendo assim a estimativa do número de alunos que deveriam ser atendidos.

-Ação: Pactuar com as escolas dos horários para realização de ações coletivas de saúde bucal.

De forma precedente ao início dos trabalhos, houve uma reunião com as diretoras e vice-diretoras da escola para pactuar os horários de atividades no ambiente escolar.

-Ação: Elaborar listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada escolar.

Na planilha de escovação, além de assinalar a ocorrência da atividade de higiene bucal na data realizada, também será anotado se o aluno não compareceu à escola.

### Engajamento público

-Ação: Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde.

Cartazes na unidade de saúde serão fixados na recepção a fim de esclarecer sobre a agenda odontológica.

-Ação: Sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde.

Uma reunião com todos os professores será realizada, juntamente com diretores e vice-diretores, sobre a importância do cuidado com saúde bucal, em data específica de reunião escolar.

### Qualificação da prática clínica

-Ação: Capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

A capacitação abrangerá basicamente a ASB, pois esta atividade será desenvolvida apenas pela equipe de saúde bucal, e a sua capacitação será na própria escola no momento da escovação.

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

#### Monitoramento e avaliação

-Ação: Monitorar a conclusão do tratamento dentário.

Na planilha de triagem, existe a coluna referente ao tratamento concluído, onde os pacientes com alta terão esta coluna assinalada, facilitando o seu monitoramento.

#### Organização e gestão do serviço

-Ação: Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento.

Ao paciente ser agendado para consultório, o seu horário fica reservado até a conclusão do seu tratamento.

-Ação: Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.

São solicitados à coordenação de saúde bucal os materiais referentes à promoção e prevenção de saúde bucal, porém nem sempre isto garante o envio de material.

-Ação: Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos.

Existe a oferta de serviços diagnósticos, em específico na saúde bucal com o raio x odontológico.

#### Engajamento público



-Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento dentário.

Nas salas de aula será reforçado aos alunos a importância de restabelecer a saúde bucal, de forma a ser priorizada a manutenção da saúde rotineiramente em casa através da escovação.

#### Qualificação da prática clínica

-Ação: Capacitar os profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do Ministério.

-Ação: Treinar a equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais de crianças de 06 a 12 anos.

Será realizada palestra na unidade para equipe, principalmente ASB e ACS sobre avaliação de saúde bucal e escovação dental.

**Objetivo 4:** Melhorar registro das informações.

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

#### Monitoramento e avaliação

-Ação: Monitorar o registro de todos os escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Os alunos serão monitorados por turma, onde no momento da triagem será feita a primeira consulta e anotado na planilha de risco doenças bucais, tendo assim o controle de todos os escolares.

#### Organização e gestão do serviço

-Ação: Implantar planilha de saúde bucal e ficha para acompanhamento dos escolares cadastrados.

Será implantado planilha de saúde bucal por turma com ficha de acompanhamento específica para cada item trabalhado como escovação, aplicação de gel fluoretado, alto risco de cárie.

-Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

De forma mensal, nas reuniões de equipe, será repassada aos profissionais a situação dos escolares abordados naquele período.

#### Engajamento público

-Ação: Esclarecer os escolares e seus responsáveis sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

Ao escolar consultar com seu responsável, será esclarecido sobre a acessibilidade aos registros.

#### Qualificação da prática clínica

-Ação: Treinar a equipe para adequado preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento.

O treinamento será feito basicamente à ASB onde serão repassadas as informações referentes às legendas que constam nas planilhas e forma de preenchimento.

**Objetivo 5:** Promover a saúde bucal dos escolares.

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

#### Monitoramento e avaliação

-Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

As atividades educativas serão monitoradas de acordo com o cronograma produzido.

#### Organização e gestão do serviço

-Ação: Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola.

-Ação: Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.

Além da conversa realizada nas salas de aula durante a escovação dental sobre promoção de saúde, serão organizadas palestras para grupos de turmas, de forma mensal, a fim de repassar informações sobre cárie, higiene e orientação nutricional.

-Ação: Organizar todo material necessário para essas atividades.

Previamente ao evento, todo o material necessário será organizado pela CD e ASB, como kit multimídia no caso de palestra e materiais lúdicos no caso de teatro, etc.

-Ação: Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

No momento da apresentação será passada lista de chamada aos escolares.

### Engajamento público

-Ação: Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.

As potencialidades das ações serão tratadas em reunião com diretores e vice-diretores das escolas.

-Ação: Incentivar a importância do auto-cuidado do escolar.

A importância com o auto-cuidado será ressaltada todas as vezes que houver visitas nas salas de aula para escovação e também em atividades educativas planejadas.

-Ação: Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares.

-Ação: Promover a participação de membros da comunidade e da escola na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares.

Na reunião com os funcionários da escola, promover principalmente a participação dos professores que têm um contato diário com os escolares para auxiliar nas atividades. Nas reuniões com o conselho gestor, conversar com a comunidade sobre as ações.

#### Qualificação da prática clínica

-Ação: Capacitar a equipe para atividades de gestão em saúde.

-Ação: Capacitar a equipe para atividades de fortalecimento do controle social.

-Ação: Capacitar a equipe para o trabalho multidisciplinar.

Todas as capacitações serão em momentos específicos no período da reunião de equipe sendo previamente agendado.

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

#### Monitoramento e avaliação

-Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

As atividades educativas serão monitoradas de acordo com o cronograma produzido.

#### Organização e gestão do serviço

-Ação: Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

No momento da apresentação será passada lista de chamada aos escolares.

-Ação: Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.

Além da conversa realizada nas salas de aula durante a escovação dental sobre promoção de saúde, serão organizadas palestras para grupos de

turmas, de forma mensal, a fim de repassar informações sobre cárie, higiene e orientação nutricional.

-Ação: Organizar todo material necessário para essas atividades.

Previamente ao evento, todo o material necessário será organizado pela CD e ASB, como kit multimídia no caso de palestra e materiais lúdicos no caso de teatro, etc.

### Engajamento público

-Ação: Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.

As potencialidades das ações serão tratadas em reunião com diretores e vice-diretores das escolas.

-Ação: Incentivar a importância do auto-cuidado do escolar.

A importância com o auto-cuidado será ressaltada todas as vezes que houver visitas nas salas de aula para escovação e também em atividades educativas planejadas.

-Ação: Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares.

-Ação: Promover a participação de membros da comunidade e da escola na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares.

Na reunião com os funcionários da escola, promover principalmente a participação dos professores que têm um contato diário com os escolares para auxiliar nas atividades. Nas reuniões com o conselho gestor, conversar com a comunidade sobre as ações.

### Qualificação da prática clínica

-Ação: Capacitar a equipe para atividades de gestão em saúde.

-Ação: Capacitar a equipe para atividades de fortalecimento do controle social.

-Ação: Capacitar a equipe para o trabalho multidisciplinar.

Todas as capacitações serão em momentos específicos no período da reunião de equipe sendo previamente agendado.

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

#### Monitoramento e avaliação

-Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

As atividades educativas serão monitoradas de acordo com o cronograma produzido.

#### Organização e gestão do serviço

-Ação: Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola.

-Ação: Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.

Além da conversa realizada nas salas de aula durante a escovação dental sobre promoção de saúde, serão organizadas palestras para grupos de turmas, de forma mensal, a fim de repassar informações sobre cárie, higiene e orientação nutricional.

-Ação: Organizar todo material necessário para essas atividades.

Previamente ao evento, todo o material necessário será organizado pela CD e ASB, como kit multimídia no caso de palestra e materiais lúdicos no caso de teatro, etc.

-Ação: Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

No momento da apresentação será passada lista de chamada aos escolares.

### Engajamento público

-Ação: Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.

As potencialidades das ações serão tratadas em reunião com diretores e vice-diretores das escolas.

-Ação: Incentivar a importância do auto-cuidado do escolar.

A importância com o auto-cuidado será ressaltada todas as vezes que houver visitas nas salas de aula para escovação e também em atividades educativas planejadas.

-Ação: Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares.

-Ação: Promover a participação de membros da comunidade e da escola na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares.

Na reunião com os funcionários da escola, promover principalmente a participação dos professores que têm um contato diário com os escolares para auxiliar nas atividades. Nas reuniões com o conselho gestor, conversar com a comunidade sobre as ações.

### Qualificação da prática clínica

-Ação: Capacitar a equipe para atividades de gestão em saúde.

-Ação: Capacitar a equipe para atividades de fortalecimento do controle social.

-Ação: Capacitar a equipe para o trabalho multidisciplinar.

Todas as capacitações serão em momentos específicos no período da reunião de equipe sendo previamente agendado.

### 2.3.2 Indicadores

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

Numerador: Número de escolares de 06 a 12 anos participantes de ação coletiva de exame bucal.

Denominador: Número de crianças de 06 a 12 anos frequentadores das escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Denominador: Número de crianças de 06 a 12 anos frequentadores das escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de crianças de 06 a 12 anos frequentadores das escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde classificadas com alto risco.

Indicador 7: Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

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

Denominador: Número total de crianças de 06 a 12 anos da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Indicador 8: Proporção de escolares com registro atualizado.

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

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

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

Numerador: Número de escolares de 06 a 12 anos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de crianças de 06 a 12 anos matriculadas nas escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de escolares de 06 a 12 anos com orientação sobre cárie dentária.

Denominador: Número de crianças de 06 a 12 anos matriculadas nas escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 11: Proporção de escolares com orientações nutricionais.

Numerador: Número de escolares de 06 a 12 anos com orientação nutricional.

Denominador: Número de crianças de 06 a 12 anos matriculadas nas escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para estruturar a intervenção da ação programática de saúde bucal nos escolares, a logística foi baseada no Caderno de Atenção Básica de Saúde na Escola do Ministério da Saúde de 2009. A partir daí fichas espelho foram elaboradas e separadas por turma a fim de organizar e monitorar a forma de trabalho. Primeiramente uma triagem na população foco da intervenção foi realizada, principalmente pela CD e em caso específico por ACS capacitada, e a condição de saúde bucal foi demarcada pela ASB, onde os tópicos envolvem existência ou não de placa dental, gengivite, manchas brancas de cárie, cavidades ativas de cárie, procedimentos de consultório (cavidades ativas mais complexas e extrações), urgências e má posição dentária pelo hábito de sucção de bico.

Foram elaboradas também fichas anexas à ficha espelho de cada turma para o monitoramento do grau de evolução da condição bucal por indivíduo para os índices de acúmulo de placa dental e escovação dental, aplicação de flúor nos casos de crianças com manchas brancas e tratamento restaurador atraumático. Estas folhas são compostas por tabelas com colunas para preenchimento dos nomes dos alunos e data do procedimento realizado. No caso da tabela de escovação dental, tem-se uma coluna adicional para demarcar se a condição de higiene está igual, melhor ou pior através de siglas que representam muita placa (MP), pouca placa (PP), mesma quantidade de placa (P) e a sua localização principal pelas siglas superior (PS) ou inferior (PI). Na tabela do tratamento restaurador atraumático se inclui as colunas de dente selado e dentes que ainda necessitam de TRA.

Cada grupo de ação terá como responsável a cirurgiã-dentista e apoio da auxiliar de saúde bucal que já teve seu início em agosto de 2013 nas duas

escolas da área de abrangência da unidade, mas para tanto deve ser providenciado o material necessário para as ações que incluem escovas dentais, dentifrícios, flúor gel, cimento de hidróxido de cálcio, cimento de ionômero de vidro e curetas de dentina, todos em grandes quantidades, além das fichas e tabelas impressas para possibilitar o registro do trabalho.

A análise situacional e a definição do foco para intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim a intervenção nas escolas contará com o apoio de dois ACS que serão capacitados no próprio local da intervenção para procedimentos como exame bucal, preenchimento das fichas, organização da população escolar e atividades educativas nas salas de aula.

A comunidade será esclarecida sobre a importância da realização das atividades nas escolas e contará também com as informações dos profissionais da unidade durante o acolhimento e também através dos representantes da comunidade. Quanto mais atividades educativas e curativas nas escolas, menor a demanda deste público na unidade e por consequência mais fichas são disponibilizadas para os outros usuários.

A cada semana há um monitoramento da condição de cada turma pela cirurgiã-dentista pela análise das fichas espelho e assim são organizadas as próximas ações, de acordo com a nova necessidade encontrada. Estima-se que uma vez ao mês se consiga realizar cada uma das ações propostas que incluem escovação dental, aplicação de flúor, TRA e atividades educativas. Ao final de cada mês um levantamento geral será realizado para nortear as atividades do próximo mês.



### **3. Relatório**

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

O projeto de intervenção abordou duas escolas da área de abrangência da UBSF Dr. Carlos Roberto Riet Vargas, sendo uma escola municipal- Zelly Pereira Esmeraldo, a qual a visita ocorria no turno da manhã, e uma escola estadual- Prof. Carlos Loréa Pinto, sendo a visita no turno da tarde. Em função do grande número de alunos das duas instituições, ficou definido que primeiramente seriam acompanhados os alunos de um turno de cada escola, disponibilizando um dia da semana para as atividades no ambiente escolar e um dia da semana para o atendimento individualizado pelo método de agendamento no consultório odontológico.

As atividades previstas para o projeto incluíam abordagem em 09 turmas da escola municipal e 13 turmas da escola estadual. O início dos trabalhos se deu com a apresentação da linha programática da saúde bucal para os diretores e vice-diretores de cada escola, numa conversa informal, onde foram repassados os objetivos da ação e, por conseguinte foi agendada uma nova reunião, sendo que esta contaria com a presença dos professores, devido à importância das suas colaborações.

De forma ordenada, os procedimentos iniciaram-se com a distribuição das autorizações, cadastramento dos alunos em fichas específicas de triagem, exame bucal coletivo, escovações nos alunos de forma geral e num segundo momento somente nos alunos sem um bom controle de placa bacteriana, aplicação de flúor gel com o auxílio de escovas de dente, em crianças com manchas brancas de cárie e/ou cáries ativas, selamento das cavidades ativas e inativas de cárie, através do TRA, atendimento agendado no consultório odontológico para casos de urgência, que incluíam dor, abscesso dental, cavidades complexas de cárie, etc.

Este primeiro estágio, em relação às autorizações, culminou com certas dificuldades, pois as crianças não correspondiam às solicitações, não as trazendo por perda ou esquecimento. No momento do recolhimento destes documentos menos da metade da turma fazia a entrega, nos ocasionando um

problema que foi amenizado com o auxílio dos professores que conversavam diretamente com os responsáveis dos alunos no momento da saída escolar. Desta forma, a maioria dos alunos de cada turma entregou as autorizações, mas não a totalidade, representando uma média de aproximadamente 70 % entregues.

A solução encontrada para este fato foi continuar realizando os procedimentos de profilaxia de forma geral e os indivíduos que apresentam alto risco de cárie com necessidade de tratamento mais invasivo recebiam a notificação de comparecimento à UBSF com dia e horário previamente marcados para que a criança realizasse a consulta acompanhada do responsável, o qual fazia a assinatura da autorização nesta ocasião.

O cadastro dos alunos nas fichas de triagem com os detalhes do exame bucal coletivo de caráter epidemiológico foi cumprido de forma integral, satisfazendo as expectativas. A única dificuldade encontrada neste processo de trabalho foi em relação ao cronograma das atividades e a realização das mesmas. As escolas frequentemente tinham atividades comemorativas, impedindo o nosso trabalho. Isto porque os eventos ocorriam geralmente às sextas-feiras, dia selecionado também para a intervenção nas escolas. Passou-se então a atender as quintas-feiras, resolvendo momentaneamente a situação, entretanto as reuniões de classe com liberação dos alunos no meio da manhã ou tarde ocorriam e atrasavam as avaliações, já que a maioria dos estudantes não comparecia às escolas nestes dias. Outro empecilho foi o clima chuvoso, que por uma questão cultural levava a abstenção da maioria dos escolares.

As escovações foram muito bem direcionadas, onde no início desta atividade todos os alunos foram instruídos e estimulados a realizar a auto-escovação de forma correta. Eram formados grupos de seis a 10 alunos que eram encaminhados ao banheiro da escola, já que não havia escovódromo nas instituições, apesar da solicitação junto à diretora e SMS. Esta por fim, deu uma previsão de compra de um equipamento que seria de uso comum para todos os cirurgiões-dentistas da prefeitura, enquanto que aquela inviabilizou a solicitação de compra, que seria através da secretaria de educação.

Após a escovação geral dos escolares, optou-se por otimizar esta atividade abrangendo apenas os alunos com real necessidade do controle de acúmulo de placa, sendo que o acesso a esses dados era realizado pela consulta à folha de triagem. Assim, somente os alunos que realmente

necessitavam de auxílio para a manutenção de uma boa higiene oral eram submetidos a novas escovações.

A aplicação de flúor se processou da mesma forma dinâmica e eficaz, através da consulta à folha de triagem, onde os alunos com mancha branca de cárie e cavidades ativas de cárie recebiam o flúor em gel com suas escovas dentais.

O cronograma semanal da saúde bucal utilizou a sexta-feira para o atendimento em consultório, ou seja, dois dias na semana foram dedicados aos escolares. É importante salientar que paralelamente a todas essas atividades citadas, nas sextas-feiras os procedimentos em consultório com restaurações, limpezas e extrações estavam ocorrendo para os agendados.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.**

O tratamento restaurador atraumático não pode ser desenvolvido integralmente com a abordagem planejada, pois demanda bastante tempo, já que consiste em limpar a cavidade com clorexidina 2% em bolinha de algodão, escariar as paredes circundantes da cavidade, remover o tecido amolecido superficial da parede de fundo da cavidade e selar com cimento de ionômero de vidro, aguardando o seu tempo de presa, que gira em torno de 8 minutos, e após proteger a restauração com um adesivo para que o material não perca suas propriedades ao longo do dia.

Imaginava-se uma forma mais dinâmica de trabalho e por isso poucos foram atendidos em ambiente escolar, optando-se por incluir parte destes alunos na lista de agendados, com uma melhor visibilidade para operar, mais conforto para o profissional e usuário, além de se ter melhor amparo caso o escolar tenha alguma urgência durante este tipo de tratamento.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.**

Na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção não houve dificuldades, assim como no fechamento das planilhas de coletas de dados. Já no cálculo dos indicadores alguns itens apareceram com problemas, como os indicadores 1.3, 3.2 e 4.1.

No indicador 1.3, que corresponde à proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica, a porcentagem sempre ultrapassava os 100% por um erro de interpretação da tabela. Porém este fator foi reavaliado e o erro foi eliminado ao se alterar os valores do numerador.

No indicador 3.2, que corresponde à proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental, o erro ocorria devido a valores percentuais que também ultrapassavam os 100%. Novamente o problema estava no numerador, o qual deveria ser preenchido apenas com o número de alunos considerados como alto risco para cárie e que receberam aplicação de gel fluoretado.

Por fim, o item 4.1 que correspondia à proporção de escolares com registro atualizado, apresentava problema no denominador, o qual era preenchido com um valor menor do que o real, por erro de interpretação.

Todos os itens acima foram acertados e as porcentagens corrigidas, após a detecção dos equívocos.

### **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.**

Analisando a viabilidade da incorporação das ações previstas do projeto à rotina do serviço, podem-se concluir como válidas todas as ações que foram trabalhadas no projeto, com algumas adaptações em relação ao tratamento restaurador atraumático, que passará a ser em consultório.

O monitoramento da condição bucal dos alunos terá mudanças também, já que antes os alunos eram avaliados por turma, o que dificulta o acompanhamento de caráter anual, considerando-se que alguns alunos podem ser alocados de sala. A avaliação será realizada de acordo com o nome e condição bucal e em ordem alfabética, facilitando a manutenção do trabalho nos anos seguintes.



## 4. Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

O projeto de intervenção foi realizado nas escolas da área adstrita da UBSF Carlos Roberto Riet Vargas, do bairro Cidade de Águeda, situada na cidade de Rio Grande-RS, abordando a saúde bucal dos escolares nas duas escolas localizadas nas microáreas correspondentes à unidade, que abrangem a área Cidade de Águeda, Cohab IV e parte do bairro Santa Rosa.

A intervenção nestes quatro meses focalizou alunos da faixa etária de 06 a 12 anos, correspondendo ao total de 499 alunos. Destes, 188 eram alunos da Escola Municipal Zelly Pereira Esmeraldo, atendida no turno da manhã, e 311 da Escola Estadual Prof. Carlos Loréa Pinto, no período da tarde.

Analisando os objetivos e metas e comparando com os indicadores ao longo dos quatro meses de avaliação de forma quantitativa e qualitativa, temos o seguinte panorama:

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares.

**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 06 a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência.

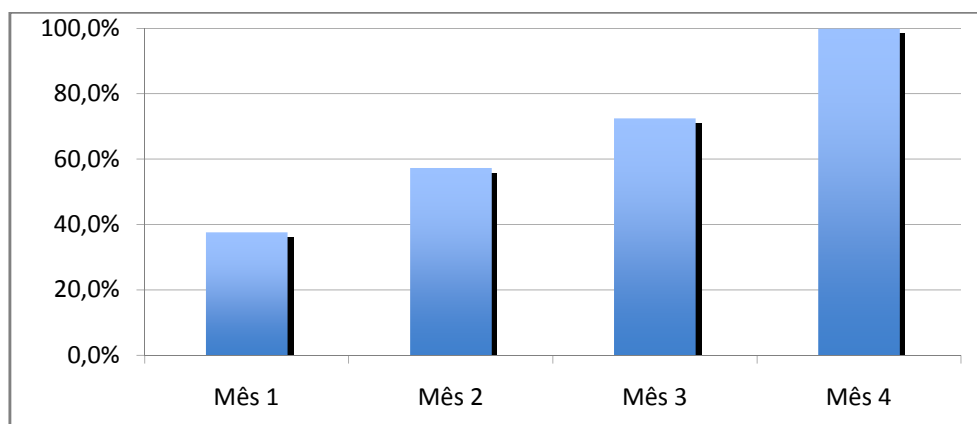
**Indicador 1:** Proporção de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal.

Numerador: Número de escolares de 06 a 12 anos participantes de ação coletiva de exame bucal.

Denominador: Número de crianças de 06 a 12 anos frequentadores das escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

No primeiro mês da intervenção, avaliando o indicador correspondente, dos 499 alunos foco, 188 passaram pelo exame bucal, correspondendo a 37,7% do público-alvo. Foi um valor expressivo já no início das atividades e isto se deve principalmente pela coleta precoce destes dados um mês antes de o projeto ter sido iniciado, pois era meta do município a intervenção da saúde bucal nas escolas. Nos meses seguintes a evolução foi de, respectivamente no

mês 2 de 57,3% (286 alunos), 72,5% (362) no mês três e 100% no mês quatro, totalizando os 499 estudantes como mostra a Figura 01.



**Figura 01:** Proporção de escolares examinados na escola.

**Meta 2:** Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 65 % dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

Conforme os alunos passavam pela triagem, na planilha de risco de cárie, as condutas que cada usuário necessitava eram apropriadamente anotados. Essas primeiras consultas tiveram uma abrangência no decorrer dos meses de 188, 286, 362 e 499 alunos.

**Meta 3:** Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

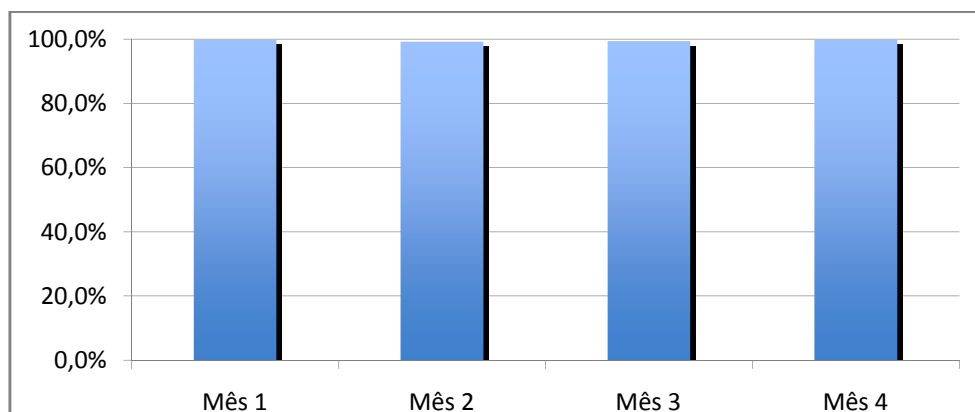
**Indicador 3:** Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

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

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

Neste tópico está relacionado o número de escolares classificados como alto risco moradores da área de abrangência da unidade com primeira consulta odontológica. Na realidade, o exame bucal coletivo foi feito de forma bem ampla, onde os dados coletados como tipo de tratamento e número dos elementos dentais que necessitavam de intervenção eram apontados na ficha de triagem. Assim, o exame bucal coletivo e a primeira consulta eram resolvidos numa abordagem apenas, tanto para os alunos com alto risco, quanto para os alunos de risco baixo, moderado ou até mesmo sem patologias.

Desta forma, as porcentagens, de um modo geral, se aproximaram aos 100%, sendo 103 alunos com alto risco e primeira consulta no primeiro mês (100%), 132 no segundo mês (99,2%), 181 no terceiro mês (99,5%) e 216 no quarto mês (100%), de acordo com a Figura 02.



**Figura 02:** Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

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

**Meta 4:** Fazer busca ativa de todos os 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: Número total de buscas realizadas aos escolares da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

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

Foi baixo o número de crianças faltantes nos agendamentos do consultório. Isto porque havia o reforço com o escolar, com o professor e com o responsável. Foi avisado que, caso houvesse faltas recorrentes, dependendo das justificativas, o método de consulta odontológica seria o tradicional, com distribuição de fichas pela manhã na unidade, pois outros alunos com alto risco necessitam de agendamento. No primeiro e segundo mês houve 02 faltas, no terceiro mês foram 04 alunos faltantes e no quarto mês 11. Todas as buscas ativas foram realizadas totalizando os 100% mensais em relação a este quesito.

**Objetivo 3:** Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares.

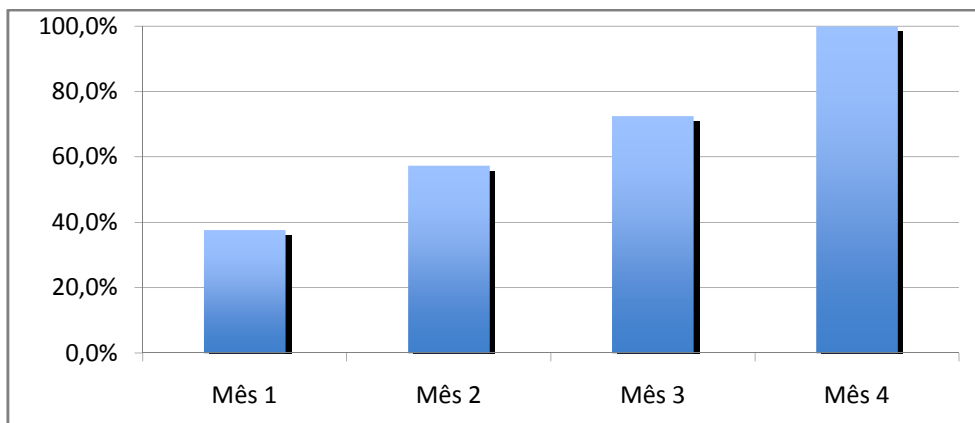
**Meta 5:** Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100 % dos escolares.

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

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

Denominador: Número de crianças de 06 a 12 anos frequentadores das escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Seguindo a mesma lógica anterior, o primeiro momento com o aluno serviu para, além do exame bucal e primeira consulta, realizar a escovação supervisionada com os alunos nas escolas. As porcentagens dos gráficos das escovações, alcançando as metas desejadas ao final da intervenção, foram 37,7% (188 alunos), 57,3% (286 alunos), 72,5% (362 alunos) e 100% (499 alunos), nos respectivos quatro meses. Após isto foram feitas repetições de escovações em alguns dos alunos com os piores índices de placa, mas que não contabilizam nesta planilha. Segue a demonstração na Figura 03.



**Figura 03:** Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

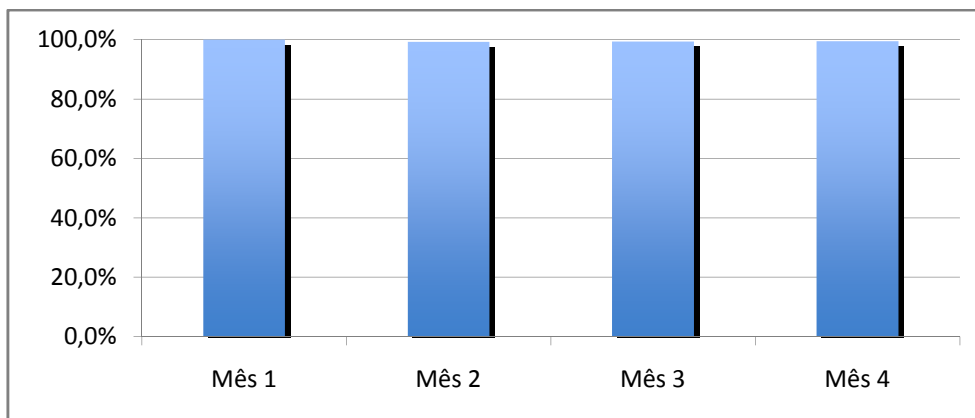
**Meta 6:** Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais.

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

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

Denominador: Número de crianças de 06 a 12 anos frequentadores das escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde classificadas com alto risco.

A aplicação de gel fluoretado com a escova de dente também foi bem satisfatória, abrangendo praticamente os 100% da meta em todos os meses da intervenção. Foram 103 crianças no mês um (100%), 132 no mês dois (99,2%), 181 no mês três (99,5%) e 215 no mês quatro (99,5%). Ao observar a Figura 04, nota-se a diferença de apenas um aluno, nos últimos três meses, no numerador deste indicador em relação ao denominador. Isto se deu pela ausência das crianças ao ambiente escolar.



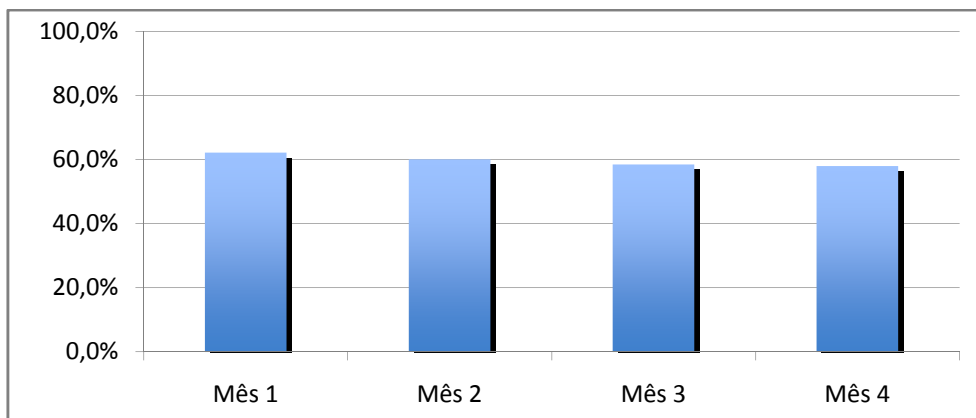
**Figura 04:** Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

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

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

Denominador: Número total de crianças de 06 a 12 anos da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Neste tópico todos os meses de intervenção superaram as expectativas, onde pelo sistema de livre demanda, somado ao atendimento por agendamento no consultório e nas próprias escolas, fizeram alcançar tais resultados. Os meses de trabalho resultaram nos seguintes números respectivamente do primeiro ao quarto mês: 62,2% (117 tratamentos concluídos (TC)), 60,1% (172), 58,6% (212 TC) e 58,1% (290), como segue a Figura 05. Apesar da leve decrescência percentual, todos os índices superaram as expectativas.



**Figura 05:** Proporção de escolares com tratamento dentário concluído

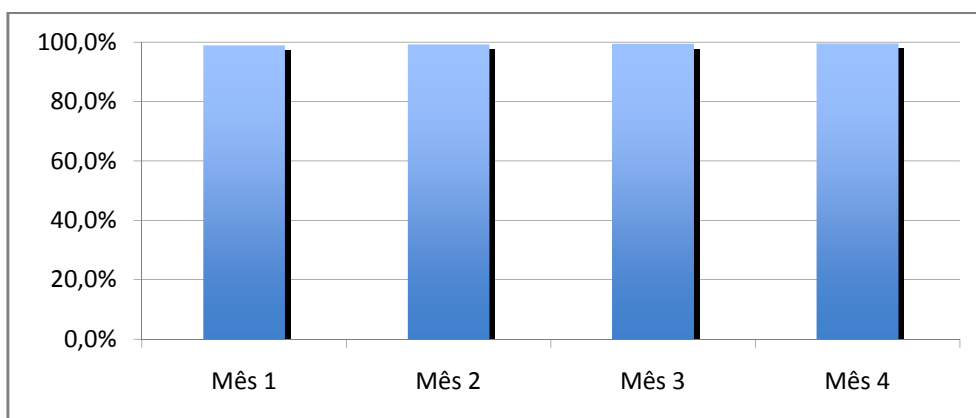
**Objetivo 4:** Melhorar registro das informações

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

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

De uma maneira geral, os índices praticamente alcançaram a meta dos 100%, com a menor porcentagem no mês um de 98,9% (186 alunos), seguido nos próximos meses por 99,3% (284 alunos), 99,4% (360 alunos) e 99,6% (497 alunos), de acordo com a Figura 06. As visitas às escolas com o cadastramento dos dados referentes à primeira consulta auxiliaram na atualização das fichas.



**Figura 06:** Proporção de escolares com registro atualizado.

**Objetivo 5:** Promover a saúde bucal dos escolares.

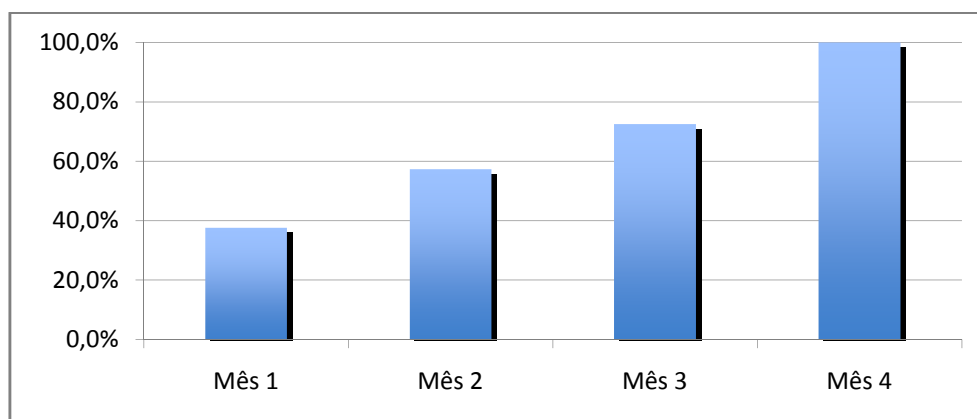
**Meta 9:** Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.

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

Numerador: Número de escolares de 06 a 12 anos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de crianças de 06 a 12 anos matriculadas nas escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Os esclarecimentos sobre escovação bucal, como técnica de escovação, força empregada e movimentos foram facilmente transmitidos na sala de aula. Os métodos empregados consistiram em palestras de forma informal e por vezes com a utilização do quadro para ilustração, juntamente com o manequim. Atingiu-se o número total de crianças da meta, ou seja, 100% ao final dos quatro meses de intervenção, sendo 37,7% (188 alunos) no mês um, 57,3% (286 alunos) no mês dois, 72,5% (362 alunos) no mês três e 100% (499 alunos) no mês quatro, conforme a Figura 07.



**Figura 07:** Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal

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

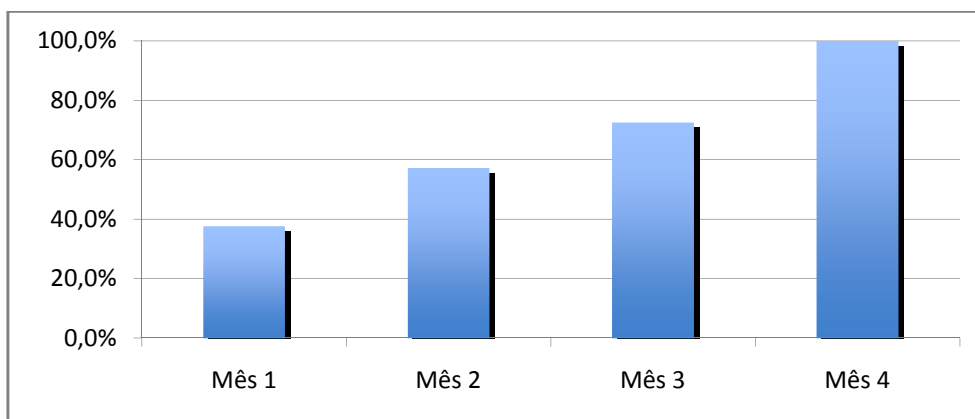
**Indicador 10:** Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.

Numerador: Número de escolares de 06 a 12 anos com orientação sobre cárie dentária.

Denominador: Número de crianças de 06 a 12 anos matriculadas nas escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.



Esta proporção foi idêntica ao item anterior porque são assuntos afins e relatados no mesmo momento. Sendo assim, mantêm-se as mesmas porcentagens graduais de 37,7% (188 alunos) no mês um, 57,3% (286 alunos) no mês dois, 72,5% (362 alunos) no mês três e 100% (499 alunos) no mês quatro, como segue a Figura 08.



**Figura 08:** Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.

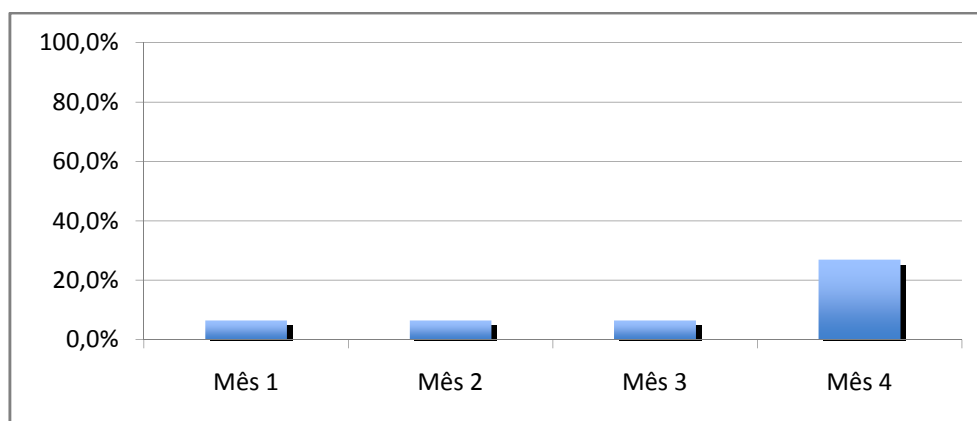
**Meta 11:** Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

**Indicador 11:** Proporção de escolares com orientações nutricionais.

Numerador: Número de escolares de 06 a 12 anos com orientação nutricional.

Denominador: Número de crianças de 06 a 12 anos matriculadas nas escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Este quesito realmente ficou muito aquém do esperado, justificado pela não inclusão das orientações realizadas em sala de aula, juntamente com as instruções de higiene bucal, sendo consideradas apenas as palestras lúdicas específicas sobre orientação nutricional. Sendo assim, os números que seguem são 6,6% (33 alunos) nos primeiros três meses e 27,1% (135 alunos) no mês quatro, como demonstra a Figura 09.



**Figura 09:** Proporção de escolares com orientações nutricionais.

## 4.2 Discussão

A intervenção acrescentou muito na dinâmica do trabalho frente às escolas, pois trouxe ampliação e organização para a rotina da saúde bucal da unidade para os escolares da área adstrita. Como exemplo, tem-se as orientações específicas sobre higiene bucal, cárie dental e informações nutricionais, o cuidado em ampliar os tratamentos concluídos e aplicação de flúor gel nos usuários de alto risco, além da melhoria dos registros.

O projeto para os escolares gerou certo impacto para a equipe geral, principalmente por abranger agentes comunitários, os quais foram capacitados para a avaliação da saúde bucal para o risco de cárie nos estudantes, gerando esclarecimentos acerca deste assunto para os profissionais e para a população. Já para a equipe de saúde bucal os ganhos foram muito elevados, principalmente pela possibilidade de melhorar a capacitação da auxiliar de saúde bucal, realizando de forma eficaz e qualitativa as avaliações bucais e escovações, favorecendo para os resultados.

Foi fundamental o papel deste projeto para o serviço, pois organizou a agenda da unidade para saúde bucal, de forma que dois dias da semana se voltaram especificamente para a atenção aos escolares, população esta que predomina numa das microáreas. Desta forma, otimizou-se o atendimento nos dias restantes da semana para as outras faixas etárias e grupos. Antes, pela demanda espontânea, havia grande volume de usuários puéppures para atendimento na unidade, realidade esta que mudou significativamente.

Um dos pontos mais positivos do projeto foi a plena aceitação da comunidade à alteração da agenda odontológica. Não houve consideração alguma que viesse contra esta mudança, pelo contrário, o fato de a unidade propiciar agendamentos levou a um comportamento de agradecimento por parte dos usuários, mesmo resultando na diminuição de fichas à demanda livre. A atenção proporcionada para uma população carente, mesmo que singela, aumenta de forma substancial, o vínculo paciente-profissional.

Supondo o início da intervenção a partir deste momento, algumas mudanças na rotina de trabalho ocorreriam, como por exemplo, maior ênfase em palestras com foco especial para as orientações nutricionais e uso do fio-dental, maior número de atividades lúdicas para as crianças, seja por teatro ou vídeos e por fim, repasse direto das crianças com alto risco para o consultório odontológico. De acordo com os bons resultados nos outros quesitos do projeto, acredito na manutenção dos demais trabalhos.

Essas novas ações programáticas possuem alta viabilidade de inserção à rotina do serviço, requerendo apenas organização interna da equipe de saúde bucal e otimização dos demais trabalhos, já que continuarão sendo dois dias semanais disponíveis para tais ações.

Como planos estratégicos também há o objetivo de associar as ações odontológicas com as ações do Programa Saúde nas Escolas (PSE) da enfermagem para haver auxílio mútuo, uma vez que, a enfermagem trabalha em dias diferentes nas escolas podendo levar alguma relação de urgência odontológica à UBSF.

#### **4.3 Relatório da intervenção para os gestores:**

O projeto de intervenção abrangeu as escolas da área de abrangência da UBSF Dr. Carlos Roberto Riet Vargas: Zelly Pereira Esmeraldo, e Prof. Carlos Loréa Pinto.

Disponibilizando dois dias na semana para isso, sendo um dia para as atividades no ambiente escolar e outro dia para o atendimento individualizado pelo método de agendamento no consultório odontológico.

As atividades previstas para o projeto incluíam abordagem em nove turmas da escola municipal e 13 turmas da escola estadual, totalizando 499 alunos.

Os procedimentos iniciaram-se com:

- Distribuição das autorizações;
- Cadastramento dos alunos em fichas específicas de triagem (os nomes de todos os alunos das turmas que trabalhamos);
- Exame bucal coletivo (onde era anotado se tinha placa, tártaro, cárie, mancha branca de cárie, dente pra extrair, urgência (dor, inchaço));
- Escovações nos alunos de forma geral e num segundo momento somente nos alunos sem uma boa escovação dos dentes;
- Aplicação de flúor gel com o auxílio de escovas de dente, em crianças com manchas brancas de cárie;
- Restaurações de cáries;
- Atendimento agendado no consultório odontológico para casos de urgência, que incluíam dor, inchaço no rosto, cáries muito grandes, etc.

Ao término dos quatro meses de intervenção obtiveram-se os resultados:

Ampliação da cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de 06 a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência (Figura 01).

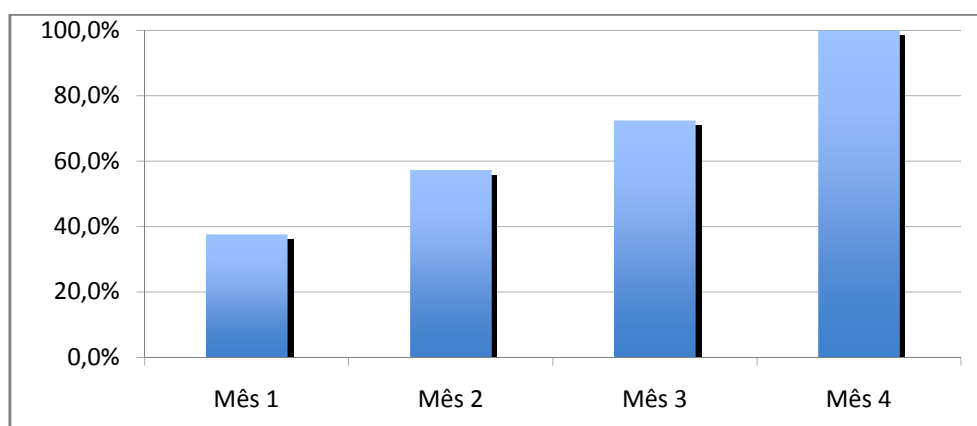
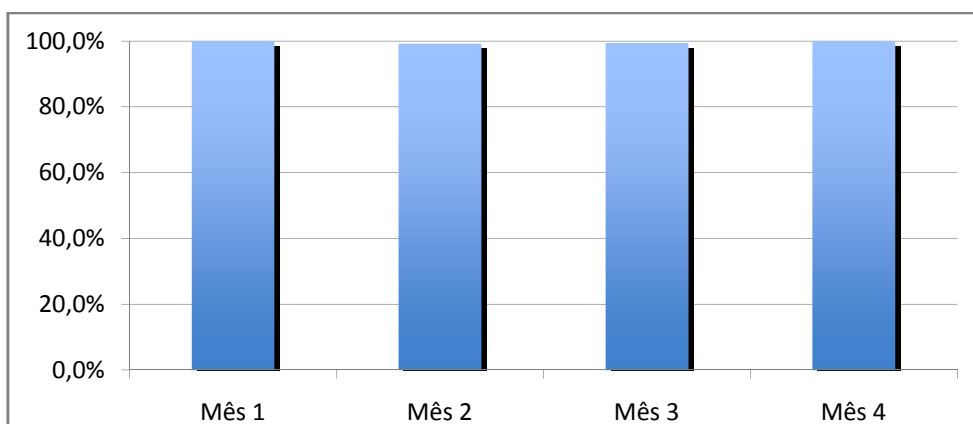


Figura 01: Proporção de escolares examinados na escola.

Ampliação da cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 100 % dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

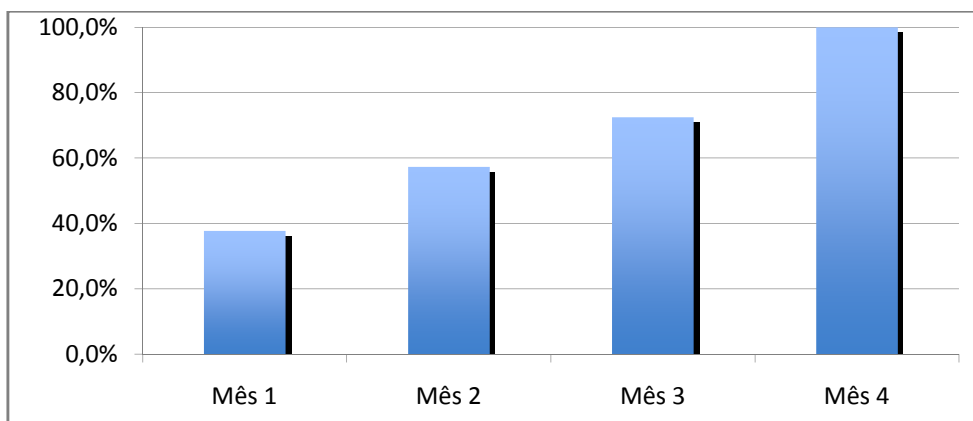
Realização de primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais (Figura 02).



**Figura 02:** Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

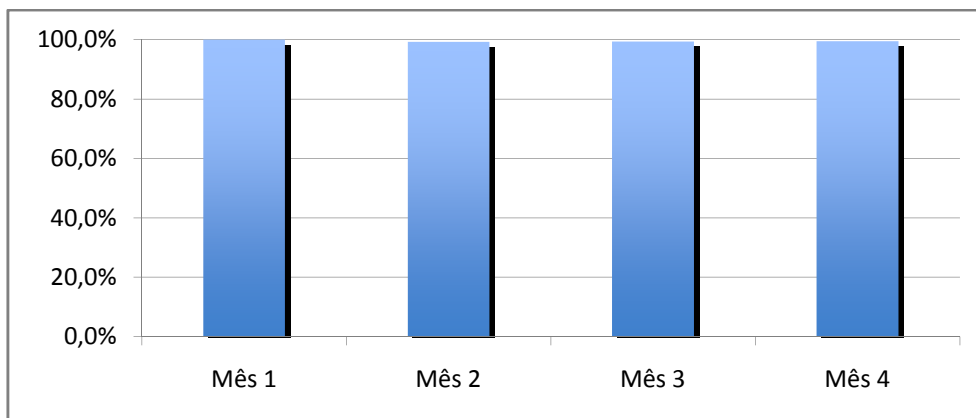
Realização de busca ativa de todos os escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

Realização da escovação supervisionada com creme dental em 100 % dos escolares (Figura 03).



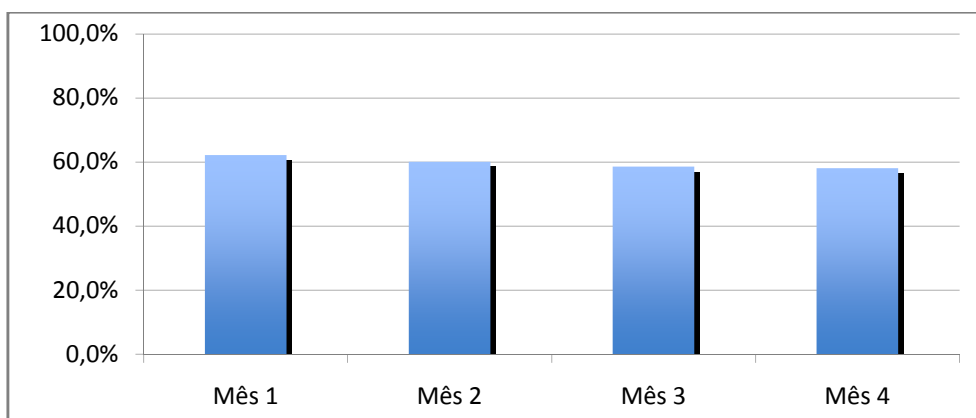
**Figura 03:** Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

Realização da aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais (Figura 04).



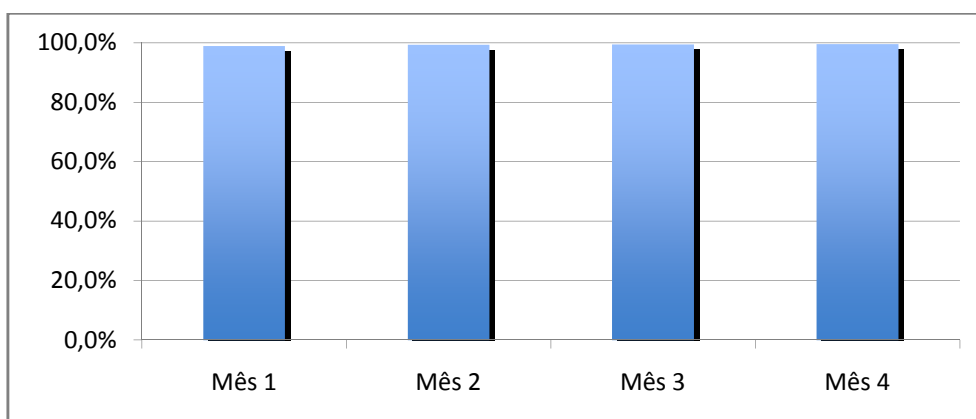
**Figura 04:** Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Conclusão do tratamento dentário em aproximadamente 60% dos escolares com primeira consulta odontológica (Figura 05).



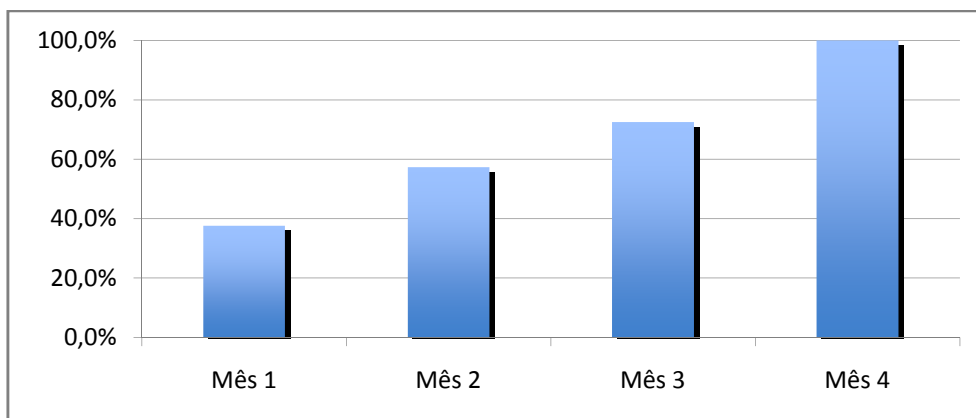
**Figura 05:** Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

Manutenção de registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área (Figura 06).



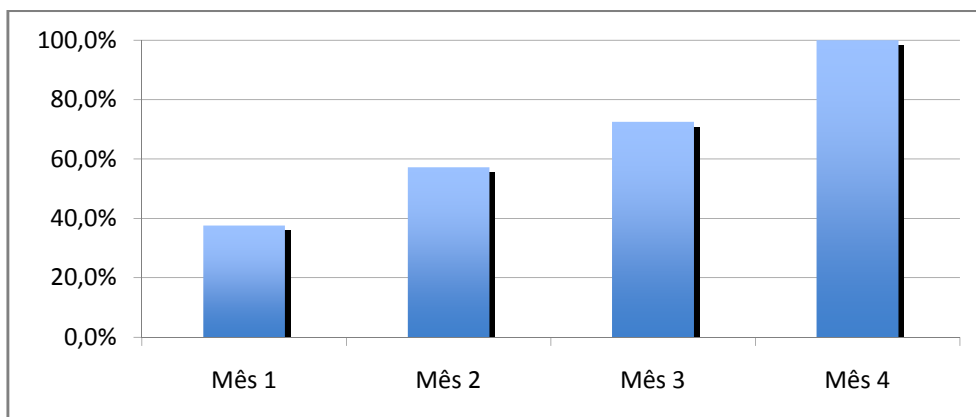
**Figura 06:** Proporção de escolares com registro atualizado.

Fornecimento de orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares (Figura 07).



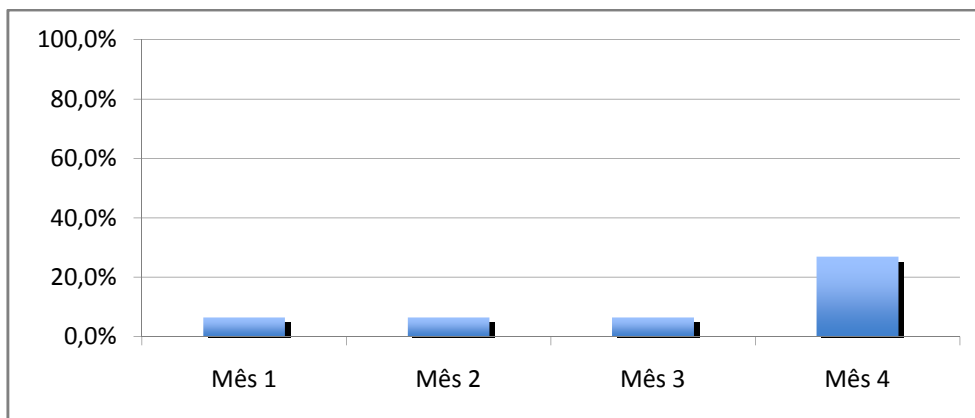
**Figura 07:** Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal

Fornecimento de orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças (Figura 08).



**Figura 08:** Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.

Fornecimento de orientações nutricionais para aproximadamente 30% das crianças (Figura 09).



**Figura 09:** Proporção de escolares com orientações nutricionais.

O incentivo da gestão com o programa saúde nas escolas foi o propulsor para a realização deste trabalho, assim como o envio de escovas dentais e pastas de dente foi o fator possibilitador para as escovações. A falta de um escovódromo ou local específico nas escolas para a limpeza dental dificultou um pouco o trabalho, já que os banheiros escolares, locais de realização da ação, são pequenos e inadequados. Por isso, o esforço junto à coordenação é para aquisição desta estrutura, aumentando a qualidade dos serviços ofertados.

A gestora da unidade relatou que não tinha conhecimento sobre todos os serviços ofertados nas escolas pela equipe de saúde bucal, supondo que o procedimento realizado era apenas avaliação da condição bucal, o que a gerou surpresa pela amplitude do projeto. Ela sugeriu que estes dados fossem enviados à coordenação, a fim de demonstrar o resultado positivo do projeto.

É notável a importância do projeto no cotidiano da população adstrita à UBS Dr. Carlos Roberto Riet Vargas, por ampliar o conhecimento do autocuidado, principalmente dos escolares. As mudanças na rotina das crianças observadas nas visitas às instituições, com grupos de alunos com suas escovas e pastas fazendo a sua higienização de forma correta, fazem todo o esforço ser compensador e estimulante para dar continuidade aos trabalhos.

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



O projeto de intervenção abordou as escolas da área de abrangência da UBSF Dr. Carlos Roberto Riet Vargas: Zelly Pereira Esmeraldo, a qual a visita ocorria no turno da manhã e Prof. Carlos Loréa Pinto, no turno da tarde.

Disponibilizamos dois dias na semana para isso: um dia para as atividades no ambiente escolar e outro dia para o atendimento individualizado pelo método de agendamento no consultório odontológico. O período da intervenção com ações de escovação, flúor, exames e palestras foi de quatro meses, porém a assistência continuará da mesma forma, pelas mesmas pessoas, seguindo o mesmo princípio utilizado, com os dois dias semanais dedicados ao trabalho escolar.

As atividades previstas para o projeto incluíam abordagem em nove turmas da escola municipal e 13 turmas da escola estadual, totalizando 499 alunos.

Os procedimentos iniciaram-se com:

- Distribuição das autorizações;
- Cadastramento dos alunos em fichas específicas de triagem (os nomes de todos os alunos das turmas que trabalhamos);
- Exame bucal coletivo (onde era anotado se tinha placa, tártaro, cárie, mancha branca de cárie, dente pra extrair, urgência (dor, inchaço));
- Escovações nos alunos de forma geral e num segundo momento somente nos alunos sem uma boa escovação dos dentes;
- Aplicação de flúor gel com o auxílio de escovas de dente, em crianças com manchas brancas de cárie;
- Restaurações de cáries;
- Atendimento agendado no consultório odontológico para casos de urgência, que incluíam dor, inchaço no rosto, cáries muito grandes, etc.

As crianças que participaram do projeto estão com a condição dos dentes e o tipo de tratamento dentário necessário anotado em fichas próprias. O mais importante é destacar os nomes dos alunos com maior necessidade de tratamento, ou seja, aquelas crianças que têm grande incidência de cárie e por vezes sintomatologia dolorosa. Isso foi feito em todos os alunos que realmente necessitavam de cuidados com a saúde bucal, para que posteriormente a intervenção houvesse.

Esses usuários com cáries grandes ou com raízes para extrair foram agendados no consultório para serem atendidos nas sextas-feiras, e

pouquíssimos faltaram a estas consultas. Esses faltantes eram visitados pela agente comunitária e ela perguntava o porquê de a criança ter faltado à consulta, dependendo do motivo, remarcava para a próxima semana ou abria um novo horário na agenda para chamar outro aluno com bastante necessidade.

Um dos trabalhos mais importantes realizados foram as escovações, pois evita o início da doença cárie ou faz parar de aumentar a lesão. O ponto mais importante deste trabalho foi que as escovações foram repetidas somente naqueles alunos com mais necessidade de ajuda para a escovação, ou seja, somente nos que tinham mais “sujeira” nos dentes. Assim se sobrou mais tempo para fazer as outras ações, como aplicação de flúor e palestras.

Os menores que tinham manchas brancas nos dentes, localizadas perto da gengiva e com aspecto fosco recebiam flúor gel, aplicado com o auxílio das escovas de dente. Isto porque essas manchas dão origem a cárie, então para evitar isso se aplica este material. O fato positivo foi que todas as crianças que necessitavam desse tratamento receberam o gel fluoretado.

Durante os quatro meses de atividade deste projeto, observamos que dos 499 alunos, 290 necessitavam de atendimento prioritário, ou seja, tinham muitas cáries ou cáries muito grandes, necessitando de tratamento imediato. Ao final dos meses de trabalho nas escolas, todos esses menores foram atendidos pelo método de agendamento na unidade básica de saúde.

Todos os escolares estão orientados através de palestras nas salas de aula sobre as causas da doença cárie e sua prevenção, assim como sobre a escovação com correta posição da escova, os movimentos da gengiva para o dente, a força que deve ser aplicada e quantidade de pasta de dentes utilizada.

Em algumas turmas, principalmente dos menores, a palestra sobre alimentação saudável para uma perfeita saúde bucal foi passada. O método utilizado foi um teatro de fantoches com a narração que incluía a importância de ingerir frutas e legumes. Em outro momento, uma palestra nas salas de aula foi realizada abordando o mesmo assunto.

Espero que todas as orientações sobre saúde bucal passadas aos menores sejam reforçadas em casa pelos responsáveis, trazendo mais benefícios para toda a comunidade. É importante salientar que a equipe de saúde bucal está aberta para conversar e ouvir sugestões podendo melhorar ainda mais a qualidade do atendimento.

## **5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem**

As expectativas iniciais eram restritas às práticas de escovação dental a ser realizada uma vez por semana nas escolas. Com o projeto de intervenção, todo o processo ficou mais organizado e amplo, abrangendo não somente as escovações, mas também todo o cuidado necessário para a manutenção da saúde bucal. O projeto executado contou com dois dias na semana para a atenção aos escolares e práticas de controle da condição bucal.

Foi enriquecedor para a minha prática profissional toda a orientação recebida com o curso para melhor atender a população adstrita da unidade básica de saúde a qual trabalho. As melhorias se deram principalmente pelo auxílio organizacional dos conteúdos a serem abordados, como pelas partes práticas, onde foram pontuadas todas as ações que deveriam ser abordadas.

O aprendizado mais relevante decorrente do curso foi o suporte para dar continuidade às atividades escolares de forma anual, pois os ótimos resultados obtidos ao final da intervenção servem como propulsores para as atividades terem seguimento. Utilizando os recursos disponibilizados pelo curso e o estímulo da melhoria da condição bucal, a tendência é de ações cada vez mais prósperas e resultados promissores.

## 6. Bibliografia

ANGELIM, Aldo. **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo. Editora Santos, 2006

BRASIL. **Atenção Primária e Promoção de Saúde**; CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 1º edição, vol. 3, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde, **Saúde Bucal**; Caderno de Atenção Básica, nº 17, 2008.

BUZALAF, Marília Afonso Rabelo. **Fluoretos e Saúde Bucal**. Editora Santos, 2º edição, 2013

GUEDES-PINTO, Antônio Carlos. **Odontopediatria**. Editora Santos, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo Populacional 2010. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov/home/estatistica/população/censo>> Acesso em dezembro de 2013.

LADEIRA JUNIOR, Luciano e cols. **Ortodontia em Saúde Pública**. 1º edição, 2013.

NAVAI, Paulo Capel. **Saúde Bucal Coletiva: Caminhos da odontologia sanitária à bucalidade**. Rev. Saúde Pública, 40 (N Esp) 141-7, 2006.

**Anexo**





Anexo D- 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<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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



## **Apêndice**





