

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



Qualificação da Atenção à Saúde Bucal do Escolar de 6 a 12 anos na UBS
Itaboa, Campo Largo, PR

Anabelle Antoniassi

Pelotas, 2014

Anabelle Antoniassi

**Qualificação da Atenção à Saúde Bucal do Escolar de 6 a 12 anos na UBS
Itaboa, Campo Largo, PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família Modalidade EaD da Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas, como requisito à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lenise Menezes Seerig

Pelotas, 2014

Catálogo na Publicação

A635q Antoniassi, Anabelle

Qualificação da atenção à saúde bucal do escolar de 6 a 12 anos na UBS Itaboa, Campo Largo, PR / Anabelle Antoniassi ; Lenise Menezes Seerig, orientadora. — Pelotas, 2014.

80 f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde bucal do escolar. I. Seerig, Lenise Menezes, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Anabelle Antoniassi

**Qualificação da Atenção à Saúde Bucal do Escolar de 6 a 12 anos na UBS
Itaboa, Campo Largo, PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial, para obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 12/08/2014

Banca Examinadora:

Prof^a Lenise Menezes Seerig

(Orientadora)

Banca 1: Prof^a. Talita Helena Monteiro de Moura

Banca 2: Prof^o. Mateus Casanova dos Santos

Dedico este trabalho primeiramente a Deus,
por iluminar sempre meus caminhos e a minha
família, pelo apoio e incentivo.

Agradecimentos

À minha orientadora Lenise Menezes Seerig, pela orientação para a realização deste trabalho e pela paciência e confiança depositada em mim.

À Prefeitura Municipal de Campo Largo, pelo apoio e incentivo para o trabalho e desenvolvimento da intervenção na Unidade de Saúde.

Às escolas: Escola Municipal Policarpo Miranda, Escola Municipal Monsenhor Ivo Zanlorenzi e Colégio Estadual Júlio Nerone, bem como diretores, professores e funcionários, pela cooperação, boa vontade e apoio ao trabalho realizado dentro das dependências da educação.

Aos escolares que participaram e cooperaram tão amavelmente ao trabalho, por trazerem informações tão valiosas de suas vidas, para que pudéssemos pensar em seu futuro.

A toda equipe da Unidade de Saúde Itaboa, que trabalhou junto aos escolares e a comunidade, desenvolvendo a intervenção.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

ANTONIASSI, Anabelle. **Qualificação da Atenção à Saúde Bucal do Escolar de 6 a 12 anos na UBS Itaboa, Campo Largo, PR** 2014. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família desenvolvem ações educativas e preventivas voltadas para os diferentes ciclos de vida, a fim de fortalecer a autonomia individual e coletiva para o controle do processo saúde-doença, porém algumas vezes ainda de forma incipiente. A escola é considerada um local adequado para o desenvolvimento de programas de saúde por reunir crianças em faixas etárias propícias à adoção de medidas educativas e preventivas. Este trabalho é referente ao projeto de intervenção, que foi iniciado no final de setembro de 2013 e finalizado no início de fevereiro de 2014, tendo como público alvo 502 crianças na faixa etária de seis a doze anos de idade das escolas pertencentes à área de abrangência da unidade básica de saúde Itaboa, em Campo Largo, PR. O objetivo principal do trabalho foi melhorar a atenção à saúde bucal dos escolares através do aumento da cobertura de atividades coletivas, da atenção clínica individual e do monitoramento de todas as ações. Os dados foram coletados através de fichas-espelho e planilha de coleta de dados. O monitoramento dos dados permitiu descobrir que 81,2% das crianças das escolas alvo eram moradoras da área de abrangência da unidade de saúde. Com o desenvolvimento da intervenção obtivemos melhorias importantes, como a realização de atividades de educação em saúde bucal para todos os alunos (100%), o que ampliou o acesso destes escolares a informações sobre a cárie, higiene bucal e hábitos nutricionais. A cobertura dos exames clínicos com finalidade epidemiológica alcançou 91,8% das crianças e permitiu a identificação dos escolares que apresentavam algum problema bucal bem como encaminhar os moradores da área de abrangência para tratamento odontológico na unidade de saúde. Destaca-se também, a quase totalidade (99,6%) dos alunos que participaram de ações de escovação dental supervisionada com creme dental, 99,4% dos escolares moradores da área de abrangência classificados como alto risco para doenças bucais tiveram uma maior acesso ao flúor, através da aplicação de gel fluoretado com escova dental e 77,5% dos tratamentos iniciados foram concluídos. A intervenção promoveu o trabalho integrado de toda a equipe de saúde e possibilitou a formação de um vínculo maior com os profissionais da área da educação e com as crianças e seus familiares. Com isso, ocorreu a melhoria do serviço direcionado aos escolares mediante maior acessibilidade e equidade. Conclui-se que ainda há necessidade de melhorias no serviço, principalmente quanto ao desenvolvimento de novas estratégias para ampliação da adesão ao tratamento odontológico, especialmente dos escolares classificados como alto risco para doenças bucais e um investimento cada vez maior do trabalho conjunto entre equipe, escola, alunos e comunidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1 – Proporção de escolares examinados	53
Figura 2 – Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica	54
Figura 3 – Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica	55
Figura 4 – Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental	57
Figura 5 – Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental	58
Figura 6 – Proporção de escolares com tratamento dentário concluído	59
Figura 7 – Proporção de escolares com registro atualizado	60
Figura 8 – Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal	61
Figura 9 – Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária	61
Figura 10 – Proporção de escolares com orientações nutricionais	62

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitária de Saúde
APMF	Associação de Pais, Mestres e Professores
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
APSUS	Oficinas do Plano Diretor Estadual de Atenção Primária
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
EaD	Educação a Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NIS	Núcleo Integrado de Saúde de Campo Largo
PR	Paraná
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Pré-Natal
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnica de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	11
1. Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF	12
1.2 Relatório da análise situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional	24
2. Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e Metas	26
2.2.1 Objetivo geral	26
2.2.2 Objetivos específicos	26
2.2.3 Metas	27
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Ações	28
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística	41
2.3.4 Cronograma	43
3. Relatório da Intervenção	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades	46
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	50
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço	51
4. Avaliação da Intervenção	52
4.1 Resultados	52
4.2 Discussão	62
4.3 Relatório da intervenção para gestores	66
4.4 Relatório da intervenção para comunidade	68
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	70
6. BIBLIOGRAFIA	72
ANEXOS	73
ANEXO A – Ficha espelho referente à triagem de risco a cárie dentária	74
ANEXO B – Ficha espelho referente ao atendimento individual	75
ANEXO C – Ficha espelho referente ao encaminhamento para a UBS	76
ANEXO D – Ficha espelho referente ao acompanhamento das atividades coletivas	77

ANEXO E – Planilha de coleta de dados	78
APÊNDICES.....	79
APÊNDICE A–Autorização dos pais ou responsáveis para inclusão no programa ..	80
APÊNDICE B–Bilhete informando os pais sobre a necessidade de tratamento odontológico.....	81

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Pós-Graduação – Especialização em Saúde da Família – Modalidade Educação à Distância, do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas/Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPEL/UNASUS) em que se realizou uma intervenção direcionada aos escolares de 6 a 12 anos intitulada “Qualificação da Atenção à Saúde Bucal do Escolar de 6 a 12 anos na UBS Itaboa, Campo Largo, PR”.

O volume está organizado em seis seções. Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município de Campo Largo, PR, ao qual pertence à Unidade de Saúde Itaboa, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma da intervenção que foi realizada.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram; as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, na seção seis, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF

Sou cirurgiã-dentista na Unidade de Saúde da Família Itaboa, zona urbana do município de Campo Largo/PR. A unidade situa-se cerca de 5 km do centro da cidade e foi batizada com o nome Francisco de Paula Xavier Küster, construída pela Prefeitura Municipal de Campo Largo em convênio com a União, através da Caixa Econômica Federal, Estado do Paraná e Provopar. Sendo inaugurada em junho de 1984 e o atendimento odontológico iniciado em 1986.

A estrutura física na unidade é bem ampla, mas necessita de algumas reformas, possui: dois consultórios odontológicos (um está desativado no momento), uma sala de curativos compartilhada com a sala de esterilização, uma sala de vacinas, um consultório de ginecologia, dois consultórios médicos para clínica geral, um consultório médico para pediatria, uma recepção, uma sala de espera, um banheiro feminino e um masculino para pacientes, uma sala de triagem compartilhada com a farmácia, uma sala onde é feita a pesagem para o programa bolsa família e programa do leite, compartilhada com espaço para coleta de material para exames laboratoriais, um banheiro feminino e um masculino para funcionários, uma cozinha, uma sala para reuniões, duas salas para arquivos e depósitos, um estacionamento aberto para funcionários e pacientes.

A equipe é composta, hoje, por 23 funcionários sendo: uma enfermeira, uma médica pediatra (20 h), um médico clínico geral na Estratégia de Saúde da Família (ESF), dois cirurgiões-dentistas (um 20 e outro 40 h - ESF), duas auxiliares de saúde bucal (ASB), uma técnica de saúde bucal (TSB), uma auxiliar de enfermagem, uma estagiária cursando técnico em enfermagem (6 h), um estagiário cursando faculdade de enfermagem (meio período), uma recepcionista, um atendente de farmácia, uma fonoaudióloga (meio período, uma vez por semana), duas auxiliares de serviços gerais e sete agentes comunitárias de saúde (ACS).

A unidade atende consultas odontológicas agendadas e de pronto-atendimento (casos de urgência). É realizado também, trabalho educativo nas escolas e creches da região, com palestras, atividade de escovação dental supervisionada, distribuição de kits de saúde bucal contendo escova, creme e o fio dental e bochecho com flúor. Para os casos de maior complexidade que envolve estomatologia, cirurgia de dentes inclusos e semi-inclusos e atendimento de

pacientes especiais sob anestesia geral, temos a possibilidade de encaminhamento para um hospital conveniado na cidade. Porém para outros casos, não temos ainda um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Duas vezes ao ano (geralmente em março e outubro) há campanha de prevenção do câncer bucal e câncer do colo do útero, realizada aos sábados, onde são feitos exames preventivos e orientações.

A territorialização não é efetiva, as áreas não são claramente definidas, existem áreas descobertas de ACS e algumas relatam estar sobrecarregadas, tendo uma área de responsabilidade muito ampla.

Para atendimento na unidade, é feito um prontuário individual, gerado na primeira consulta. Atualmente existe cerca de 20.000 prontuários cadastrados de adultos e cerca de 18.000 crianças. Porém, sem precisão de quantos são efetivos e regularmente atendidos. O sistema não é informatizado. Não existe cadastro por famílias na unidade, mas as ACS fazem esse cadastro. A área de abrangência da unidade é dividida em micro-áreas de 01 a 11, mas as micro-áreas 05, 06, 09 e 10 estão descobertas. Os bairros localizados na área de abrangência são: Bela Vista, Jardim Itaboa, Miranda, Jardim Lise, Bom Jesus e São Caetano. Os números de cadastros feitos pela ACS estão descritos no quadro abaixo:

Micro-áreas	Nº de famílias cadastradas	Nº de pessoas cadastradas
01- ACS Raquel	147	511
02- ACS Gilcélia	181	609
03- ACS Mônica	125	494
04- ACS Lucidalva	288	1153
07- ACS Adriana	148	509
08- ACS Rosemeri S.	142	485
11- ACS Rosemeri F.	134	451
TOTAL	1165	4212

Há necessidade de revisão e organização dos prontuários existentes da unidade, pois é muito diferente o número de pessoas cadastradas pelas ACS e o número de prontuários existente na unidade. É preciso definir qual melhor forma de fazer isso. Algumas hipóteses para esta situação: existência de prontuários de pessoas que não pertencem à área de abrangência, prontuários de pessoas já falecidas, prontuários repetidos, etc.

No setor de odontologia os prontuários são diferentes, mas também gerados na primeira consulta odontológica, tendo atualmente cerca de 1590 crianças e 1960 adultos cadastrados. Porém, os prontuários dos adultos só foram iniciados em 2008, antes disso o atendimento era realizado, mas sem cadastro e registro de procedimentos.

Neste ano de 2013, iniciou um novo prefeito bem como uma nova equipe de coordenação e gestão. Assim, estamos em processo de reestruturação, aguardando mudanças positivas e suporte para o desenvolvimento das ações. Ainda estamos buscando a formação de grupos como hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos, etc., visando um trabalho educativo e preventivo. Já existem alguns programas na unidade, como o sistema de gestão clínica de hipertensão arterial e diabetes mellitus (HIPERDIA), saúde da mulher, saúde mental, álcool e drogas. Porém são abordados pelo médico e equipe de enfermagem, ainda não há uma abordagem totalmente interdisciplinar. Observo um pouco de resistência da população quanto à participação em atividades educativas e preventivas na unidade, principalmente por parte das gestantes. Já foram feitas várias tentativas de reuniões para este grupo, mas a adesão foi muito pequena. Estamos repensando uma nova forma de busca e atrativos para este e outros grupos. As visitas domiciliares são realizadas semanalmente (meio período) com a equipe médica e por enquanto mensalmente com a equipe de odontologia, devido à sobrecarga de atividades da técnica de saúde bucal.

O relacionamento da população com a equipe é bom, porém o vínculo seria mais satisfatório se não houvesse tanta rotatividade de profissionais. Na unidade, a maioria dos profissionais é concursada, com cargo estatutário. Apenas a recepcionista tem cargo em comissão e uma auxiliar de serviços gerais trabalha através de uma empresa terceirizada. Os médicos, os auxiliares e técnicos em enfermagem e os auxiliares de saúde bucal, apesar de serem concursados, não suprem o número necessário. No campo da enfermagem e dos auxiliares de saúde bucal os gestores tendem a suprir a deficiência com contratação de estagiários.

1.2 Relatório da análise situacional

O município de Campo Largo localiza-se no estado do Paraná e faz parte da região metropolitana de Curitiba. Segundo estimativa para o ano de 2012 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui 115.336 habitantes e

uma área de 1.249,674 km². Possui 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e não possui UBS tradicionais. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) está em processo de implantação e não há Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O município possui o Núcleo Integrado à Saúde (NIS) que disponibiliza atenção especializada e dois hospitais: Hospital São Lucas e Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Rocio.

A UBS Itaboa está localizada na zona urbana, do município de Campo Largo/PR. A unidade situa-se cerca de 5 km do centro da cidade e foi batizada com o nome Francisco de Paula Xavier Küster, construída pela Prefeitura Municipal de Campo Largo em convênio com a União, através da Caixa Econômica Federal, Estado do Paraná e Provopar. Sendo inaugurada em junho de 1984 e o atendimento odontológico iniciado em 1986.

A UBS é uma unidade mista, pois possui uma equipe na Estratégia de Saúde da Família, incluindo a saúde bucal e mais profissionais de suporte. A equipe é composta, hoje, por 25 funcionários sendo: uma enfermeira, uma médica pediatra (20h), um médico clínico geral (ESF), uma médica ginecologista (meio período, uma vez por semana), dois cirurgiões-dentistas (um 20 e outro 40h - ESF), duas ASB, uma TSB, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica de enfermagem, uma estagiária cursando técnico em enfermagem (6h), um estagiário cursando faculdade de enfermagem (meio período), uma recepcionista, uma atendente de farmácia, uma fonoaudióloga (meio período, uma vez por semana), duas auxiliares de serviços gerais e sete ACS.

A UBS Itaboa é bem ampla, possuindo dois pavimentos, um superior e outro inferior. Como é uma unidade antiga, há quase 30 anos em funcionamento, requer reformas e adaptações para se adequar as normas do Ministério da Saúde (MS). A estrutura física possui: dois consultórios odontológicos (um está desativado no momento), uma sala de curativos compartilhada com a sala de esterilização, uma sala de vacinas, um consultório de ginecologia, dois consultórios médicos para clínica geral, um consultório médico para pediatria, uma recepção, uma sala de espera, um banheiro feminino e um masculino para pacientes, uma sala de triagem, uma farmácia, uma sala onde é feita a pesagem para o programa bolsa família e programa do leite, compartilhada com espaço para coleta de material para exames laboratoriais, um banheiro feminino e um masculino para funcionários, uma cozinha,

uma sala para reuniões, duas salas para arquivos e depósitos, um estacionamento aberto para funcionários e pacientes.

Dentre os ambientes propostos no Manual de Estrutura Física de UBS do MS, a UBS Itaboa não tem: consultório com sanitário anexo, sala de administração ou gerência, não tem uma sala própria para coleta de materiais, nebulização, nem de esterilização. Os procedimentos de esterilização, nebulização e curativos são realizados dentro de uma mesma sala compartilhada, dividida através de biombo. Não há escovário (mas não é obrigatório) e sanitário para deficiente. A UBS Itaboa também é inadequada para o acesso de idosos e pessoas portadoras de deficiências, pois há degraus, há calçadas inadequadas, ausência de rampa, ausência de corrimão nos corredores e ausência de banheiros adaptados.

Enquanto não temos uma reforma ou a construção de uma nova Unidade, podemos como equipe tornar o espaço mais organizado, otimizado, adequar procedimentos em salas que estão desativadas no momento, etc. Para isso, as reuniões de equipe são fundamentais, através da troca de ideias e das diferentes opiniões, os espaços e a estrutura vão sendo melhorados.

Um fato positivo é a participação da equipe nas oficinas do Plano Diretor Estadual de Atenção Primária no SUS (APSUS), e uma das atividades é a elaboração da territorialização e diagnóstico local, a qual será executada por toda a equipe. Isto possibilitará um melhor conhecimento da área adstrita em todos seus aspectos bem como um planejamento de ações mais efetivo.

Segundo o consolidado das famílias cadastradas do ano de 2013, coletado no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), gerados a partir de dados coletados pelas ACS, há um total de 4.074 pessoas cadastradas e 1.153 famílias. Destas 1.965 pessoas são do gênero masculino e 2.109 do feminino. A maior parte da população corresponde à faixa etária de 20 a 39 anos (32%). A área de abrangência é bem extensa existindo áreas descobertas de ACS. Desta forma, estimamos que a população total da área abrangência situa-se por volta de 9.200 pessoas. Assim, o número de equipes da ESF não está adequado, deveria ter no mínimo 02 equipes de ESF.

A forma de acolhimento à demanda espontânea, na UBS Itaboa, se aproxima mais a modelagem de acolhimento pela equipe de referência do usuário. Como só existe uma equipe de ESF, todos os profissionais acabam fazendo o acolhimento, sem horários definidos. Porém, como linha de frente está a recepcionista, a auxiliar e

técnica de enfermagem, as quais quando veem necessidade entram em contato com o médico, ou com a enfermeira para resolução dos casos. Já se a demanda requer o setor odontológico, são encaminhadas para o mesmo. Geralmente quem faz o acolhimento são as auxiliares de saúde bucal, mas os dentistas e a técnica em saúde bucal, em algumas situações fazem também.

O acolhimento de modo geral é realizado sem a existência de protocolos de estratificação de riscos e vulnerabilidade. O bom senso é bastante levado em conta. Na área odontológica, conseguimos uma maior definição dos casos, classificando como urgentes ou não.

Quando ocorre o excesso de demanda espontânea, os casos agudos que não são conseguidos atender no dia são encaminhados para o Centro Médico Hospitalar (pronto-socorro). No setor odontológico, todos os casos agudos são atendidos, dependendo da situação e do horário, muitos procedimentos não são possíveis de serem realizados no dia, mas a consulta, medicação e orientações para o tratamento futuro não deixa de ser feito. O acolhimento deve ser constantemente melhorado, sendo cada vez mais humanizado. Para isso é importante à discussão em equipe, a troca de conhecimentos, a pactuação de critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação do risco bem como para o entendimento da vulnerabilidade.

A puericultura é realizada pela médica pediatra com auxílio da técnica ou auxiliar em enfermagem, as quais realizam procedimento de triagem, medindo, pesando e aferindo a temperatura das crianças antes do atendimento clínico. Os atendimentos são realizados todos os dias no período da manhã, porém não existe muita organização, pois as consultas não são agendadas. O atendimento é feito por livre demanda, com um limite de 16 consultas diárias, sendo duas destas reservadas para casos de urgência/emergência. Se a demanda exceder esse número e requerer atendimento com urgência, os casos são encaminhados para o Centro Médico Hospitalar (pronto-socorro), mas essa situação não é muito frequente. Não existem protocolos de atendimento, o qual é feito de acordo com critérios do profissional. Os registros dos atendimentos são feitos no prontuário clínico e na ficha-espelho de vacina. Não existem registros específicos de puericultura. Um ponto bastante positivo na UBS é em relação à caderneta da criança, a qual a pediatra enfatiza seu preenchimento, explicando sempre os dados para os pais ou responsáveis.

Os dados do programa de puericultura obtidos junto à enfermeira coordenadora e a pediatra demonstram indicadores bem positivos. Com relação à vacinação em dia, das 74 crianças, 71 estão em dia (96%). Nas consultas de crianças de até 01 ano realizadas no último mês, todas foram feitos os monitoramentos do crescimento e desenvolvimento da criança, totalizando em 52 consultas (70%). Um dado negativo, é que o setor odontológico ainda não está atuando na puericultura, geralmente as mães procuram atendimento odontológico depois de a criança completar 01 ano de idade.

Para melhoria do atendimento e aumento da cobertura na atenção à saúde da criança, é necessária a implantação de mais equipes de ESF, com a contratação de mais ACS, redefinição das áreas sob-responsabilidade de todos os ACS, pois algumas estão sobrecarregadas. Também, é superimportante, o incentivo, a educação continuada para todos os profissionais e principalmente para as ACS para que busquem o maior número de cadastros possíveis, para que os dados sejam cada vez mais fidedignos. Com relação ao atendimento odontológico, as crianças são priorizadas, porém está faltando um processo de trabalho conjunto entre a odontologia e a pediatria para inserção da puericultura (0 a 12 meses) no atendimento odontológico. Seria interessante devolver um protocolo integral de atendimento de puericultura, envolvendo várias áreas, incluindo agendamento de consultas, material para registros específicos, desenvolvimento de ações educativas em grupos, etc. Também, se faz necessário um trabalho de incentivo e esclarecimentos para pais e responsáveis da importância da saúde bucal desde os primeiros meses de vida.

A atenção ao pré-natal e puerpério é realizada pela enfermeira, pelo médico clínico-geral (ESF) e pelo odontólogo com ajuda da auxiliar e técnica em enfermagem e da auxiliar e técnica de saúde bucal. Depois de confirmada a gravidez, nas primeiras consultas, o médico ou a enfermeira encaminham todas as gestantes para agendamento de consulta odontológica, mas nem todas procuram o serviço. Na consulta odontológica são realizadas orientações quanto à higiene bucal, hábitos alimentares saudáveis, tratamento odontológico durante a gestação, alterações bucais que pode influenciar o nascimento prematuro e de baixo peso, aleitamento materno, cuidados bucais com o bebê, etc. É realizado também o exame clínico, o planejamento e execução do tratamento de acordo com o período gestacional.

Não possuímos sistema informatizado e não existe prontuário clínico específico para as gestantes. É realizado o cadastro no sistema de pré-natal (SISPRENATAL). A cobertura de pré-natal encontrada (55%) está baixa. Acredito que há falhas na captação das gestantes. São necessários melhores esforços na busca ativa, um maior engajamento de toda a equipe, principalmente das ACS, para que se consiga uma melhor cobertura.

Olhando os indicadores da qualidade da atenção ao pré-natal, têm que se melhorarem as consultas em dia, o início do pré-natal no primeiro trimestre e principalmente as avaliações de saúde bucal. Quanto aos dois primeiros itens, acredito que primeiramente é necessária uma maior organização, criação de um prontuário específico, para coletarmos dados mais fidedignos. Também, está faltando um maior engajamento de toda a equipe para a captação das gestantes o mais precoce possível. Quanto à baixa cobertura da avaliação de saúde bucal, o que mais observo como fator causal é o elevado número de faltas às consultas. Este baixo indicador pode estar relacionado com várias situações como: os medos e tabus que envolvem o tratamento odontológico e a gestante, uma parte das gestantes faz tratamento odontológicos em outros serviços (particular/convênios), impossibilidade de se ausentar do trabalho, não consciência da importância da saúde bucal durante a gestação, etc. Outro fator importante também, é que a inclusão da odontologia na atenção ao pré-natal se deu recentemente na UBS e estamos em fase de organização, somando-se também ao fato que este ano houve diminuição dos recursos humanos no setor odontológico da UBS, diminuindo conseqüentemente, a oferta de consultas.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção ao pré-natal, precisamos mudar nossas práticas de trabalho, pois estamos ainda muito voltados para a parte clínica, curativa. Precisamos aumentar o número de equipes de ESF, fortalecer a equipe existente para um maior engajamento na captação das gestantes, fazer um atendimento cada vez mais acolhedor e humanizado, estimulando o vínculo. A equipe de gestão deveria rever e instituir um protocolo de atenção mais abrangente e atualizado, baseando-se nas ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, estimulando o atendimento multidisciplinar e integral, por meio de capacitação de todos os profissionais, estimulando o seu cumprimento. Este protocolo deveria contemplar também, ações de educação em saúde, com a criação e sistematização de grupos, bem como a implantação de prontuário ou formulários

mais específicos para que se facilite a obtenção de dados, o monitoramento e a avaliação das ações.

As coletas de exames preventivos são realizadas pela enfermeira todas as terças-feiras, no período integral, sem agendamento prévio, através de livre demanda. Porém, em algumas situações e oportunamente o exame é coletado em outros dias também. Os exames de mamografia são solicitados para a população-alvo, pela enfermeira e pela médica ginecologista. Os resultados dos exames preventivos do câncer de colo do útero ficam prontos em 30 a 40 dias e da mamografia em torno de 20 a 30 dias. Durante o ano é realizada aos sábados, nos meses de março e outubro, duas campanhas de prevenção do câncer do colo do útero e do câncer de mama, com o intuito de facilitar o acesso e aumentar a cobertura.

Não há meios sistemáticos de registros apropriados e não temos sistema informatizado. As coletas de exames preventivos do câncer de colo de útero são registradas num livro de registros e no prontuário das pacientes e as solicitações de mamografia apenas no prontuário clínico.

Na UBS, também não há nenhum meio de registro de resultados dos exames, independente de estarem dentro da normalidade ou não. Através dos registros dos exames preventivos, fizemos a contagem dos exames realizados na faixa etária alvo (25 a 64 anos) no período de 01 ano e obtivemos o valor de 252 exames, obtendo uma cobertura extremamente baixa (9%). Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos controles dos cânceres de colo de útero e de mama, primeiramente a equipe deveria conhecer a sua população, com cadastros sistemáticos, organizados. Identificar todas as mulheres da faixa etária priorizada, bem como aquelas que possuem risco aumentado para estas doenças em questão para daí fazer o cruzamento dos valores entre as mulheres que deveriam realizar o exame e as que realizam. É necessária a criação de um protocolo de atenção que inclua a criação e organização de um cadastro manual dos exames encaminhados, bem como registro do retorno dos laudos para poder fazer o acompanhamento, devendo constar as datas de solicitação e de realização dos exames. Também deve incluir a definição de um método de rastreamento. As equipes então deveriam ser capacitadas para cumprimento do protocolo e engajadas para o cumprimento das metas.

Os usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus são atendidos pelo médico clínico geral com auxílio da enfermeira e da técnica e

auxiliar de enfermagem. O atendimento é feito todos os dias no período da manhã e tarde, através de agendamento prévio e livre demanda que requeiram atendimento emergencial. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico de cada usuário. Existe o sistema de gestão clínica de hipertensão arterial e diabetes mellitus da atenção básica (HIPERDIA) do Ministério da Saúde, porém há aproximadamente um ano o cadastramento não está sendo feito, devido a um processo de mudança e falta de profissionais. Existe um registro de usuários provenientes do cadastro do HIPERDIA constando cerca de 850 portadores de hipertensão e 184 portadores de diabetes. Por não ser um registro recente, consideramos estar desatualizado. Na UBS existem cerca de 20.000 prontuários de adultos, sem organização ou um arquivo separado dos portadores de hipertensão e diabetes, ficando inviável olhar um por um para se obter um número real.

A cobertura de atendimentos aos hipertensos e diabéticos é baixa. Como possíveis justificativas: território muito amplo, com áreas descobertas de ACS, falta de rastreamento de pacientes, falta de organização de registros específicos, falta de equipes de ESF, etc.

Com relação aos indicadores quanto à saúde bucal, tanto para o atendimento de hipertensos quanto para os diabéticos também estão baixos. Possíveis justificativas: falta de integração entre a odontologia e atendimento médico, falta de abordagem multidisciplinar, território muito amplo, falta de profissionais (equipes de ESF), sistema de agendamento não é favorável aos portadores de doenças crônicas, falta de interesse e orientações quanto à promoção de saúde bucal, etc. Outro fator também a ser considerado, é que estas doenças acometem indivíduos com idade mais avançada e geralmente essas pessoas são edêntulas, muitos portadores de próteses totais, fazendo com que não procurem atendimento odontológico por acharem não ser necessário ou quando procuram é para fazer as próteses.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento aos portadores de hipertensão arterial e diabetes, acredito que há necessidade da criação e implantação de um protocolo de atenção amplo, construído conjuntamente entre profissionais e gestão, que envolva todas as áreas, contemplando meios de busca ativa, rastreamentos, agendamento de consultas, sistema de registros e arquivos específicos, meios de referências e contra-referências, criação de grupos

de orientações sistematizados, etc. Sendo que as equipes deveriam ser capacitadas e engajadas para o seu cumprimento.

Enquanto isto não é realizado, como medidas em curto prazo para melhorias na UBS, se faz necessário à retomada do cadastramento dos pacientes no programa HIPERDIA, a criação de registros e arquivos específicos, estabelecer um atendimento multidisciplinar, criar um método de agendamento odontológico priorizando a estes usuários do programa HIPERDIA e criar grupos de educação em saúde.

Os atendimentos aos idosos são realizados todos os dias no período da manhã e tarde. No setor de odontologia, os idosos são atendidos conforme a demanda e disponibilidade de agenda. Também não há protocolos próprios de atendimentos voltados para esta faixa etária e não há monitoramento das ações. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos de cada usuário e como são muitos (cerca de 20.000), não está organizado e não temos sistema informatizado, ficou inviável a análise individual para obtenção de números fidedignos com relação à quantificação desta faixa etária. Não há registros específicos de acordo com as faixas etárias e gêneros.

A cobertura de atendimento aos idosos é baixa (44%). Possíveis justificativas: território muito extenso, com áreas descobertas de ACS, falta de rastreamento de pacientes, falta de organização de registros específicos, falta de equipes de ESF, etc.

Quanto aos indicadores de saúde bucal, temos na totalidade 145 prontuários de pessoas com 60 anos ou mais e apenas destes 52 passaram por avaliação de saúde bucal no último ano. Possíveis justificativas: falta de integração entre a odontologia e atendimento médico, falta de abordagem multidisciplinar, território muito amplo, falta de profissionais (equipes de ESF), falta de interesse e orientações quanto à promoção de saúde bucal, etc. Outro fator também a ser considerado, é que grande parte das pessoas idosas são edêntulas, muitos portadores de próteses totais, fazendo com que não procurem atendimento odontológico por acharem não ser necessário ou quando procuram é para fazer as próteses.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento aos idosos, num primeiro momento, há necessidade de organização dos prontuários, criação de arquivos e registros específicos, fortalecer o atendimento multidisciplinar, criação de grupos de educação em saúde voltados para esta população, etc. Como o sistema

de agendamento é favorável aos idosos, sendo priorizados, no setor de odontologia, é necessária a execução de um trabalho conjunto entre toda a equipe, principalmente o médico e as ACS, para que se estimule a procura pelo atendimento, valorizando a saúde bucal, através de orientações, busca ativa e até mesmo através do trabalho em grupo com as pessoas idosas abordando este tema.

Mais em longo prazo, há necessidade da criação e implantação de um protocolo de atenção amplo voltado para os idosos, baseados nos manuais e cadernos do Ministério da Saúde, construído conjuntamente entre profissionais e gestão, que envolva todas as áreas, contemplando meios de busca ativa, rastreamentos, agendamento de consultas, sistema de registros e arquivos específicos, meios de referências e contra-referências, criação de grupos de orientações sistematizados, etc. Sendo que as equipes deveriam ser capacitadas e engajadas para o seu cumprimento.

Com relação à atenção aos escolares, a equipe de saúde bucal da UBS Itaboa, realiza atividades educativas e preventivas nas escolas presentes na área de abrangência. Porém, estas ações não tem um planejamento efetivo, não seguem nenhum protocolo nem um meio de avaliação e monitoramento. Atividades de escovações dentárias supervisionadas são realizadas pela TSB, mas também sem um meio de monitoramento e avaliação desta ação. A primeira consulta odontológica dos escolares é agendada na unidade de saúde, mensalmente com dia específico e as consultas de manutenção são agendadas geralmente a cada seis meses. Os atendimentos médicos para esta população é realizado na unidade de saúde, todos os dias pela manhã, através de livre demanda.

Como citado várias vezes, um dos maiores desafios é a criação e implantação dos protocolos de atendimento. Outro desafio importante é quanto à questão da territorialização e diagnóstico local.

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

É significativa a diferença entre os textos, principalmente quanto ao conhecimento adquirido com a conclusão dos questionários e todas as questões abordadas durante a análise situacional. Com esta análise adquiri um conhecimento mais detalhado sobre o todo o processo de trabalho. Observei que há muitas falhas, tanto com relação à estrutura física como do próprio processo de trabalho, que devem ser melhoradas ou solucionadas e que antes desconhecíamos essa necessidade. Percebi que os dados do SIAB, na maioria das vezes não condizem com a realidade e que temos dificuldades na obtenção de dados de cobertura e que avaliações e monitoramentos, são quesitos muito além da prática laboral. Este processo de investigação e reflexão me fez repensar sobre o trabalho desenvolvido e principalmente estimulou a busca por novas estratégias que possam trazer melhorias em todos os aspectos.

Há necessidade de um contínuo processo de territorialização, com um cadastro fidedigno na população da área de abrangência, juntamente com o diagnóstico local efetivo, para que então se possa fazer um planejamento de ações, através da elaboração de protocolos integrados de saúde, com o objetivo de contemplar o que é preconizado pelo SUS.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A cárie dentária permanece sendo uma das principais patologias bucais e é um problema de saúde pública, pois é causa primária de dor e perda dentária, principalmente em populações desprivilegiadas (PERES et al., 2009). Esta situação está intimamente ligada às condições sociais e econômicas da população, à pequena parcela de investimentos que a área recebe em relação ao total do Sistema Único de Saúde (SUS) e a falta de informação sobre os cuidados básicos de saúde. Embora a odontologia se mostre muito desenvolvida tecnologicamente, não respondem em níveis significativos às demandas dos problemas bucais da população. Assim, dentro deste contexto, a educação em saúde bucal tem sido cada vez mais requisitada, considerando o baixo custo e as possibilidades de impacto odontológico no âmbito público e coletivo (PAULETO et al., 2004). A escola tem sido considerada um local adequado para o desenvolvimento de programas de saúde por reunir crianças em faixas etárias propícias à adoção de medidas educativas e preventivas (VASCONCELOS et al., 2001).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica referente à Saúde Bucal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), os escolares se encontram na faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para a participação em programas educativo/preventivo de saúde bucal. O envolvimento multiprofissional é importante, no intuito de se observar a cavidade bucal de forma rotineira para encaminhar ao atendimento odontológico.

Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Itaboa, há duas escolas e um colégio: Escola Municipal Policarpo Miranda e a Escola Municipal Monsenhor Ivo Zanlorenzi que ofertam o ensino infantil e fundamental (até o 5º ano) e o Colégio Estadual Júlio Nerone que oferta o ensino fundamental (a partir do 6º ano) e médio. A população alvo do projeto de intervenção será estudantes que nasceram nos anos de 2001 a 2007 (seis a 12 anos) das escolas da área de abrangência da Unidade de Saúde Itaboa. Nesta faixa etária há aproximadamente 180 crianças na Escola Municipal Policarpo Miranda; 250 crianças, na Escola Municipal Monsenhor Ivo Zanlorenzi e 70 crianças no Colégio Júlio Nerone. Ações de educação e promoção de saúde bucal são desenvolvidas nas escolas da região desde 2006, porém ainda de uma forma esporádica, pontual, sem um planejamento efetivo. Apesar do

atendimento odontológico clínico na Unidade de Saúde priorizar as crianças, não há uma articulação com as escolas, com exceção das atividades educativas e preventivas.

Em 2006 a Estratégia Saúde da Família foi oficialmente iniciada e a partir de então um trabalho de educação e prevenção em saúde bucal começou a ser desenvolvido pela cirurgiã-dentista juntamente com uma auxiliar de saúde bucal, através de atividades como palestras, brincadeiras e filmes educativos, escovação supervisionada e entrega de kits de higiene bucal contendo escova, creme e fio dental. Em 2012, uma Técnica em Saúde Bucal foi incorporada a equipe e a partir daí ela vem desenvolvendo este trabalho junto às escolas e creches. Apesar das atividades serem desenvolvidas mais frequentemente, ainda há necessidade de um planejamento, uma sistematização, um desenvolvimento de um trabalho conjunto, que priorize e estimule o atendimento clínico dos escolares e o estabelecimento de um meio de monitoramento e avaliação das ações.

A higiene bucal, a fluoretação e alimentação não cariogênica constituem medidas eficazes para fazer frente aos problemas bucais. Mas, para que tenham êxito, precisam fundamentar-se em programas educativos (PAULETO et al., 2004).

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar atenção à saúde bucal dos escolares, de seis a 12 anos, das escolas da área de abrangência da Unidade básica de Saúde Itaboa/PR.

2.2.2 Objetivos específicos

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

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1 (ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares):

- 1- Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de seis a doze anos de idade das escolas da área de abrangência.
- 2- Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 30% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.
- 3- Realizar primeira consulta odontológica em 70% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Relativa ao objetivo 2 (melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal dos escolares):

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

Relativas ao objetivo 3 (melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares):

- 1- Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.
- 2- Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares classificados como alto risco para doenças bucais.
- 3- Concluir tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Relativa ao objetivo 4 (melhorar registro das informações):

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

Relativas ao objetivo 5 (promover a saúde bucal dos escolares):

- 1- Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.
- 2- Fornecer orientação sobre cárie dentária para 100% das crianças.

3- Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

2.3 Metodologia

Para cada objetivo específico haverá uma ou mais metas. Cada meta terá indicador específico que auxiliará no monitoramento e avaliação da intervenção. No intuito de alcançar os objetivos e as metas propostas, a intervenção contemplará ações que seguirão quatro eixos principais: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Ações

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

Para ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência, serão realizadas as seguintes ações, dentro dos quatro eixos principais:

a) Monitoramento e avaliação

A situação de risco para doenças bucais dos escolares será monitorada e avaliada através do exame clínico com finalidade epidemiológica, o qual deverá ser realizado no início e no final do ano letivo, avaliando a evolução da situação de risco de cada escolar. Também, serão fornecidos semestralmente para cada criança kits de higiene bucal contendo escova, creme e fio dental (o qual será de uso exclusivo escolar). Com ajuda dos professores e funcionários da escola serão verificados se a criança e a sua família, têm acesso aos instrumentos de higiene bucal e em determinados casos providenciaremos os kits de higiene bucal para ser utilizado no domicílio.

b) Organização e gestão do serviço

A cirurgiã-dentista entrará em contato com os espaços escolares a fim de agendar uma reunião com a diretoria para explicar sobre o programa, esclarecer as ações que serão desenvolvidas e sua viabilização.

A agenda da cirurgiã-dentista e da técnica em saúde bucal será organizada reservando um dia (manhã e tarde) para a realização do exame bucal com finalidade epidemiológica em cada escola.

c) Engajamento público

A comunidade será informada e sensibilizada sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade, pelas agentes comunitárias de saúde durante as visitas domiciliares, pela equipe de profissionais da unidade de saúde Itaboa, durante as atividades diárias, na sala de espera, durante as consultas clínicas e nas reuniões de grupos na própria unidade.

Os professores e funcionários das escolas serão sensibilizados sobre a dinâmica das atividades durante uma conversa que será realizada na hora do recreio das crianças, esclarecendo as ações que serão realizadas bem como seu cronograma, que será pactuado previamente com a direção das escolas.

d) Qualificação da prática clínica

A equipe de saúde bucal será capacitada para realizar ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, realizar a classificação de risco, a programação de atividades segundo as necessidades e hierarquização dos encaminhamentos dos escolares para atendimento clínico na unidade de saúde. Essa capacitação será realizada na própria Unidade de Saúde, reservando uma hora no final de um dia de expediente.

Será enviado para os pais ou responsáveis das crianças um termo de autorização (Apêndice A) para a realização do exame bucal com finalidade epidemiológica. O exame bucal será feito com o auxílio de espátula de madeira descartável, consistindo na inspeção visual dos arcos dentários, sob luz ambiente natural, sem secagem dos dentes, a fim de verificar o número e localização das superfícies dentárias afetadas pela doença cárie, observação de presença de restaurações, presença de doenças gengivais e de sintomatologia dolorosa. Cada criança examinada terá avaliada a condição bucal e será classificada em: baixo risco, risco moderado e alto risco. Os critérios para a classificação do risco estão descritos na tabela abaixo:

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

Durante o levantamento epidemiológico, as manchas brancas serão observadas, mas não serão classificadas em ativas e inativas, uma vez que os elementos dentários examinados não são devidamente isolados da saliva, o que não permitiria assegurar a fidedignidade do exame. Os dados serão anotados na ficha espelho do escolar referente à triagem de risco à cárie dentária (Anexo A). Para os pais ou responsáveis dos escolares moradores da área de abrangência será enviado um bilhete, via agenda escolar, explicando a situação e orientando para comparecerem à UBS para agendamento de consulta (Apêndice B).

Para alcançar a meta de ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 30% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde, as seguintes ações serão realizadas:

a) Monitoramento e avaliação

O número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta odontológica serão monitorados através dos registros nos prontuários clínicos e nas fichas espelho referente ao atendimento individual (Anexo B).

b) Organização e gestão do serviço

O acolhimento dos escolares e seus responsáveis serão realizados pela recepcionista da Unidade de Saúde, a qual encaminhará os usuários até o consultório odontológico e a partir de então o acolhimento será realizado por um dos integrantes da equipe de saúde bucal, geralmente uma auxiliar de saúde bucal, a

qual realizará o agendamento da consulta de acordo com a disponibilidade da agenda (a qual já terá disponível vagas para os escolares) e do paciente. Os casos de escolares com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno.

Os escolares de seis a 12 anos que residem na área de abrangência da Unidade de Saúde Itaboa serão cadastrados na unidade de saúde, através do registro em um livro específico para o programa, contendo nome, data de nascimento e nome da escola.

Serão disponibilizadas para os escolares, seis consultas odontológicas diárias, sendo três no turno da manhã e três do turno da tarde, priorizando os escolares classificados como alto risco.

c) Engajamento público.

A comunidade será esclarecida sobre a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos dos escolares, em momentos oportunos, pelos profissionais da Unidade de Saúde Itaboa.

d) Qualificação da prática clínica

A cirurgiã-dentista juntamente com a equipe de saúde bucal realizará uma capacitação para a equipe de profissionais da Unidade de Saúde para realizar o acolhimento dos escolares e seus responsáveis. Essa capacitação ocorrerá na própria UBS, reservando duas horas no final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe.

A equipe de saúde bucal também será capacitada para realizar cadastramento e agendamento dos escolares para o programa, a qual será realizada na própria Unidade de Saúde, reservando uma hora no final de um dia de expediente.

Para atingir a meta de realizar primeira consulta odontológica em 70% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais, as seguintes ações serão realizadas:

1. Monitoramento e avaliação

O monitoramento do número de escolares que foram classificados como alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica será feito através dos registros nas fichas espelho referente ao encaminhamento para a UBS (Anexo C).

2. Organização e gestão do serviço

As agendas dos cirurgiões-dentistas da Unidade serão organizadas de modo a priorizar o atendimento aos escolares de alto risco, disponibilizando consultas diárias no período da manhã e tarde.

3. Engajamento público

Buscaremos informar a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos dos escolares de alto risco, através das visitas domiciliares das ACS, pela equipe de profissionais da Unidade de Saúde Itaboa, durante as atividades diárias, na sala de espera, durante as consultas clínicas e nas reuniões de grupos na própria unidade.

4. Qualificação da prática clínica

A cirurgiã-dentista juntamente com a equipe de saúde bucal realizará uma capacitação para a equipe de profissionais da Unidade de Saúde para realizar o acolhimento dos escolares e seus responsáveis. Essa capacitação ocorrerá na própria UBS, reservando duas horas no final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe.

A equipe de saúde bucal também será capacitada para realizar cadastramento e agendamento dos escolares de alto risco para o programa, a qual será realizada na própria Unidade de Saúde, reservando uma hora no final de um dia de expediente.

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

Para atingir a meta de fazer busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas, as seguintes ações serão realizadas:

1. Monitoramento e avaliação

A periodicidade das consultas, os faltosos as consultas e as buscas ativas realizadas, serão avaliados e monitorados através dos registros nos prontuários clínicos, nas fichas espelho referente ao atendimento individual (Anexo B) e na ficha referente ao encaminhamento para a UBS (Anexo C). Este monitoramento e avaliação serão realizados pela cirurgiã-dentista.

2. Organização e gestão do serviço

As visitas domiciliares para busca de faltosos serão realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde, as quais serão capacitadas previamente. Durante a reunião de equipe realizada semanalmente, será fornecida uma lista contendo nome e endereço dos escolares faltosos, para as ACS, de acordo com suas áreas de cobertura.

A agenda dos cirurgiões-dentistas será organizada de modo a acomodar os faltosos após a busca, reservando vagas.

3. Engajamento público

Durante as consultas e em reuniões a equipe de saúde bucal dará oportunidade para ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e o atendimento. Outra estratégia a esse respeito, a qual será levada para a discussão na reunião de equipe, é a implantação na unidade de saúde de um instrumento de sugestões e críticas, disponibilizado papéis, canetas e uma caixa de sugestões contendo instruções de como utilizá-la.

4. Qualificação da prática clínica

A cirurgiã-dentista juntamente com a equipe de saúde bucal realizará uma capacitação para a equipe de profissionais da Unidade de Saúde a fim de que os mesmos possam esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal. Também, as Agentes Comunitárias de Saúde serão capacitadas para a realização de buscas aos escolares faltosos ao tratamento odontológico. Essa capacitação ocorrerá na própria UBS, reservando duas horas no final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe.

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

Para alcançar a meta de realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares e aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100 % dos escolares de alto risco para doenças bucais, as seguintes ações serão realizadas:

1. Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação da média de ações coletivas de escovação dental supervisionada e de aplicação de gel fluoretado com escova dental nos

escolares classificados como alto risco, por escolar, serão feitos através dos registros nas fichas espelho referentes ao acompanhamento das atividades coletivas (Anexo D).

2. Organização e gestão do serviço

Será feito um levantamento, de acordo com o número de escolares de seis a 12 anos matriculados nas escolas da área de abrangência da Unidade de Saúde Itaboa, dos materiais necessários para a realização da escovação dental supervisionada e aplicação de gel fluoretado com escova dental, como kits de higiene bucal, contendo escova, creme e fio dental, macro-modelos, solução evidenciadora de placa bacteriana e o flúor gel. Então estes materiais serão requisitados, através de ofício à coordenação de saúde bucal do município.

O número de turnos necessários para atingir a meta de escovação e de aplicação de gel fluoretado com escova dental para os escolares classificados como alto risco será estimado em um turno de manhã e tarde mensal no colégio Estadual Júlio Nerone e dois turnos (duas manhãs e duas tardes) mensais nas Escolas Municipais Policarpo Miranda e Monsenhor Ivo Zanlorenzi.

Será pactuado um cronograma prévio, junto à direção das escolas, das atividades coletivas que serão realizadas em ambiente escolar, definindo dias e horários.

O número e a frequência de escovações supervisionadas e de aplicações de gel fluoretado nos escolares de alto risco, recebidos por cada escolar, será monitorado através do preenchimento das fichas espelho referente ao acompanhamento das atividades coletivas (Anexo D).

3. Engajamento público

Toda a equipe será responsável por informar e sensibilizar a comunidade, oportunamente, com relação à atividade de escovação supervisionada e fluorterapia realizada dentro do ambiente escolar, explicando sobre a necessidade de turnos de trabalho para estas atividades. Também, os professores e funcionários da área da educação serão sensibilizados, pela equipe de saúde bucal, quanto à importância da instituição de rotinas de escovação dental e aplicação de flúor tópico nas escolas da área de abrangência, durante uma conversa, previamente agendada junto à direção

das escolas, que será realizada na hora do recreio das crianças e durante as próprias atividades desenvolvidas no ambiente escolar.

4. Qualificação da prática clínica

A equipe de saúde bucal será capacitada, pela cirurgiã-dentista, para realizar o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada e de aplicação de gel fluoretado com escova dental nos escolares classificados como alto risco para doenças bucais. Essa capacitação será realizada na própria Unidade de Saúde, reservando uma hora no final de um dia de expediente.

Para alcançar a meta de concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica, as seguintes ações serão realizadas:

1. Monitoramento e avaliação

O monitoramento da conclusão do tratamento dentário será realizado através do registro nas fichas espelho referente ao atendimento individual (Anexo B) e nas fichas referente ao encaminhamento para a UBS (Anexo C).

2. Organização e gestão do serviço

A agenda dos cirurgiões-dentistas e da técnica em saúde bucal será organizada de modo a garantir o número de consultas necessárias para a conclusão do tratamento.

A cirurgiã-dentista entrará em contato com a coordenação de odontologia do município a fim de garantir o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico e garantir o oferecimento de serviços diagnósticos.

3. Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre a importância de concluir o tratamento dentário, por toda a equipe de saúde, em momento oportuno, nas visitas domiciliares das ACS, durante as atividades diárias, na sala de espera, durante as consultas clínicas e nas reuniões de grupos na própria unidade.

4. Qualificação da prática clínica

A cirurgiã-dentista juntamente com a equipe de saúde bucal realizará uma capacitação para a equipe de profissionais da Unidade de Saúde, com base no Caderno de Atenção Básica nº17, referente à Saúde Bucal, do Ministério da Saúde, treinando a equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais de crianças de seis a 12 anos. Essa capacitação ocorrerá na própria UBS, reservando duas horas no final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe.

Objetivo 4: Melhorar registro das informações.

Para alcançar a meta de manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área, as seguintes ações serão realizadas:

1. Monitoramento e avaliação

O registro de todos os escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica será monitorado e avaliado através dos registros nos prontuários clínicos e em todas as fichas espelho (Anexo A, B, C e D).

2. Organização e gestão do serviço

Serão implantadas a planilha de coleta de dados de saúde bucal (Anexo E) e as fichas de acompanhamento dos escolares cadastrados (Anexo A, B, C e D).

O registro de todas as informações será pactuado com a equipe.

3. Engajamento público

Os escolares e seus responsáveis serão esclarecidos sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário, durante as consultas odontológicas.

4. Qualificação da prática clínica

A equipe de saúde bucal será treinada, pela cirurgiã-dentista, para o adequado preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento. Essa capacitação será realizada na própria Unidade de Saúde, reservando uma hora no final de um dia de expediente e diariamente conforme forem aparecendo dúvidas e dificuldades.

Objetivo 5: Promover a saúde bucal dos escolares.

Para atingir a meta de fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares, fornecer orientações sobre a cárie dentária para 100% das crianças e fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças, as seguintes ações serão realizadas:

1. Monitoramento e avaliação

O monitoramento das atividades educativas coletivas será realizado através dos registros nas fichas espelho correspondente ao acompanhamento das atividades coletivas (Anexo D).

2. Organização e gestão do serviço

A agenda da cirurgiã-dentista e da técnica em saúde bucal será organizada reservando um dia (manhã e tarde) por mês em cada escola para as atividades educativas.

A equipe de saúde bucal identificará e organizará os conteúdos sobre higiene bucal, sobre a cárie dentária e hábitos nutricionais a serem trabalhados nas atividades educativas. Então será elaborada uma apresentação em Power point contemplando estes conteúdos. A atividade de orientação sobre higiene bucal será feita com ajuda de macro-modelos, escova e fio dental e terá como objetivo estimular o auto-cuidado do escolar com sua saúde bucal, reforçando a técnica de escovação correta. Também, essa ação de promoção de saúde bucal será reforçada através de um filme educativo (oral B), estimulando o aprendizado.

Serão organizados e requisitados à coordenação de saúde bucal todos os materiais necessários para esta atividade, como macro-modelos, macro-escova dental, filme educativo, equipamento datashow, etc.

A presença dos escolares nesta atividade será monitorada através de lista de presença e preenchimento da ficha espelho referente ao acompanhamento das atividades coletivas (Anexo D).

3. Engajamento público

Durante as reuniões semanais de equipe e durante as atividades no ambiente escolar, a equipe de saúde bucal irá divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar e incentivar a importância do auto-cuidado do escolar.

A promoção da participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento, gestão, avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares, serão realizados através do instrumento caixa de sugestões que estará disponível na Unidade de Saúde. Também, serão levadas em consideração, as questões levantadas pela ouvidoria do município e durante as ações na escola e durante as consultas odontológicas a comunidade e funcionários terão a liberdade de dar sugestões e participar do planejamento e gestão da saúde bucal.

A cirurgiã-dentista entrará em contato com as Associações de Pais, Mestres e Funcionários (APMF) das escolas a fim de participar de uma reunião, para esclarecer a importância do programa de atenção à saúde bucal dos escolares e suas ações bem como da participação dos escolares ao programa.

4. Qualificação da prática clínica

A cirurgiã-dentista juntamente com a equipe de saúde bucal realizará uma capacitação para a equipe de profissionais da Unidade de Saúde, a fim de estimular as atividades de gestão, de fortalecimento do controle social e do trabalho multidisciplinar. Essa capacitação ocorrerá na própria UBS, reservando duas horas no final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe.

2.3.2 Indicadores

Referente à meta 1 do objetivo 1: *ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de seis a doze anos de idade das escolas da área de abrangência.*

Indicador 1.1: proporção de escolares participantes da ação coletiva de exame bucal.

Numerador 1.1: número de escolares de seis a doze anos participantes da ação coletiva de exame bucal.

Denominador 1.1: número de crianças de seis a doze anos frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente a meta 2 do objetivo 1: *ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 30% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.*

Indicador 1.2: proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Numerador 1.2: número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta.

Denominador 1.2: número total de crianças que frequentam a escola e são moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente a meta 3 do objetivo 1: *realizar primeira consulta odontológica em 70% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.*

Indicador 1.3: proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

Numerador 1.3: número de escolares classificados como alto risco morador da área de abrangência que realizaram a primeira consulta odontológica.

Denominador 1.3: número de escolares classificados como alto risco moradores da área de abrangência.

Referente a meta 1 do objetivo 2: *fazer busca ativa em 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.*

Indicador 2.1: proporção de buscas ativas aos escolares da área de abrangência da unidade de saúde.

Numerador 2.1: número total de buscas ativas realizadas aos escolares da área de abrangência com primeira consulta odontológica na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Denominador 2.1: número de consultas não realizadas pelos escolares da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Referente a meta 1 do objetivo 3: *realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.*

Indicador 3.1: proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

Numerador 3.1: número de escolares com escovação supervisionada com creme dental.

Denominador 3.1: número de crianças de seis a doze anos frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente a meta 2 do objetivo 3: *realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares classificados como alto risco para doenças bucais.*

Indicador 3.2: proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Numerador 3.2: número de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Denominador 3.2: número de crianças de seis a doze anos frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde classificadas como alto risco.

Referente a meta 3 do objetivo 3: *concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.*

Indicador 3.3: proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

Numerador 3.3: número de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica com tratamento concluído.

Denominador 3.3: número total de crianças de seis a doze anos da área de abrangência da unidade de saúde com a primeira consulta odontológica.

Referente a meta 1 do objetivo 4: *manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área.*

Indicador 4.1: proporção de escolares com registro atualizado.

Numerador 4.1: número de escolares da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.

Denominador 4.1: número total de escolares da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Referente a meta 1 do objetivo 5: *fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.*

Indicador 5.1: proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal.

Numerador 5.1: número de escolares de seis a doze anos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador 5.1: número de crianças de seis a doze anos matriculadas nas escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente a meta 2 do objetivo 5: *fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças.*

Indicador 5.2: proporção de escolares com orientação sobre cárie dental.

Numerador 5.2: número de escolares de seis a doze anos com orientação sobre cárie dental.

Denominador 5.2: número de crianças de seis a doze anos matriculadas nas escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente a meta 3 do objetivo 5: *fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.*

Indicador 5.3: proporção de escolares com orientação nutricional.

Numerador 5.3: número de escolares de seis a doze anos com orientação nutricional.

Denominador 5.3: número de crianças de seis a doze anos matriculadas nas escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção à saúde bucal dos escolares adotaremos o Caderno de Atenção Básica referente à Saúde Bucal, nº17, do Ministério da Saúde, 2008 e o Guia de Recomendações para o Uso de Fluoretos no Brasil, do Ministério da Saúde, 2009. Utilizaremos os prontuários clínicos das crianças, que possui os dados pessoais, a anamnese, o odontograma e o registro dos procedimentos realizados. Para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção a cirurgiã-dentista juntamente com a equipe de saúde bucal vão utilizar fichas de registros específicos (ficha espelho – Anexo A, B, C e D) que contemplem a participação dos escolares nas ações coletivas e clínicas. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de cópias das fichas-espelho.

Para organizar o registro específico do programa, a cirurgiã-dentista entrará em contato com as escolas da área de abrangência explicando sobre o projeto de intervenção, obtendo o número de escolares que farão parte da população alvo. Em um segundo contato com as escolas, a dentista solicitará uma lista das turmas, que contenha os nomes das crianças de seis a 12 anos, com data de nascimento e endereço. A partir desta lista, serão identificados os escolares que residem na área de abrangência da UBS Itaboa para organizar o cadastro dos escolares ao programa.

Para as ações coletivas de exame bucal com finalidade epidemiológica, escovação supervisionada, aplicação de gel fluoretado com escova dental, atividades educativas de orientações quanto à higiene bucal, a cárie dental e hábitos

nutricionais, a cirurgiã-dentista fará um levantamento dos materiais necessários e suas respectivas quantidades, como kits de higiene contendo escova, creme e fio dental, evidenciador de biofilme, macro-modelos, gel fluoretado, espátulas de madeira, filmes educativos, etc. Então será feita a requisição destes materiais para a coordenação de odontologia do município. Também, a cirurgiã-dentista elaborará um documento de autorização para realização do exame clínico bucal com finalidade epidemiológica, o qual será encaminhado para os pais ou responsáveis para ser assinado, através da agenda escolar. Assim que os materiais estiverem disponíveis e as autorizações assinadas, a cirurgiã dentista entrará em contato com as escolas para elaborar um cronograma de atividades. A ação coletiva de exame bucal e consequente estabelecimento de prioridade de atendimento serão realizados em todos os escolares de seis a 12 anos que estejam devidamente autorizados pelos pais.

As outras ações coletivas serão realizadas para todos os escolares na faixa etária de seis a 12 anos. Será enviado um bilhete (Apêndice B), via agenda escolar, para os pais ou responsáveis dos escolares identificados com prioridade de atendimento e moradores da área de abrangência da unidade, explicando a situação e orientando para comparecerem à UBS para agendamento de consulta. A agenda da técnica em saúde bucal e da cirurgiã-dentista será organizada disponibilizando turnos para as atividades realizadas nas escolas e turnos para atendimento dos escolares participantes do programa.

A intervenção será iniciada com a capacitação de todos os profissionais da UBS, explicando o programa que será implantado, seus objetivos, metas e ações. Também serão repassadas as informações contidas no caderno de atenção básica referente à saúde bucal do Ministério da Saúde, treinando a equipe quanto ao diagnóstico das principais doenças bucais de crianças de seis a 12 anos, e da importância de esclarecer a comunidade sobre o atendimento em saúde bucal. As ACS também serão capacitadas para a realização das buscas aos escolares faltosos ao tratamento odontológico, através de como abordar a família, como se dará o novo agendamento, com qual frequência realizarão as buscas, etc. Esta capacitação será realizada pela cirurgiã-dentista, com auxílio da técnica em higiene bucal, o qual ocorrerá na própria UBS, reservando 2 horas no final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe.

Cadastramento de todos os escolares no programa	X	X														
Contato com diretoras e professores das escolas para falar sobre a importância da ação programática com os escolares solicitando apoio para realização das ações	X	X														
Envio de bilhetes aos pais esclarecendo a ação que será realizada na escola	X															
Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica e classificação de risco para doença bucal			X	X												
Organização das agendas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico dos escolares	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico dos escolares classificados como de alto risco para doenças bucais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Garantir com gestor disponibilização de material para realização das ações	X	X														
Capacitação dos ACS para busca ativa dos escolares faltosos		X														
Busca ativa dos escolares faltosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação da equipe para preparo do ambiente e desenvolvimento da escovação supervisionada dos escolares	X															
Escovação supervisionada com creme dental nos escolares			X	X	X		X	X			X	X				
Aplicação de gel fluoretado com escova dental nos escolares de alto risco para doença bucal					X		X	X			X	X				
Monitorar a conclusão do tratamento dentário dos escolares	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registro em planilha e prontuário dos escolares	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientações para a comunidade, pais e responsáveis sobre a importância do tratamento odontológico do escolar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação da equipe para atividades de orientações de promoção de saúde bucal	X	X														
Orientações sobre higiene bucal com os escolares	X		X		X		X	X			X	X				
Orientações sobre cárie dentária com os escolares	X		X		X		X	X			X	X				
Orientações nutricionais com os escolares	X		X		X		X	X			X	X				
Reunião com a equipe para discussão e apresentação de resultados									X							X

3. Relatório da Intervenção

Durante as 16 semanas de intervenção (iniciada no final de setembro de 2013 e finalizada no início de fevereiro de 2014), buscando cumprir os objetivos propostos no projeto dentro dos quatro eixos (qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização e gestão do serviço), buscou-se o desenvolvimento das seguintes ações:

3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades.

Para qualificar a prática clínica houve capacitação da equipe de saúde bucal para realizar ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, realizar a classificação de risco, fazer o cadastramento e agendamento dos escolares, realizar o preparo do ambiente e desenvolvimento da ação coletiva de escovação dental supervisionada, da ação coletiva de aplicação de gel fluoretado com escova dental nos escolares classificados como alto risco para doenças bucais, preencher prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento. Essa capacitação foi realizada na própria Unidade de Saúde, no final de um dia de expediente. Para a realização do exame bucal com finalidade epidemiológica, foi enviado para os pais dos escolares um termo de autorização para a realização do exame bucal e participação do aluno no programa (Apêndice A). Os exames foram realizados na terceira, quarta, quinta e sexta semana da intervenção, em três escolas. A equipe de saúde bucal foi bem recebida, recebendo suporte para a realização das ações. Alguns pequenos contratemplos surgiram, pois no colégio, quando chegamos para realizar o exame bucal, os termos de autorizações tinham sido esquecidos de serem entregues para uma turma, mas a equipe pedagógica se prontificou em agilizar a entrega e o exame bucal então foi agendado para outra data.

O exame bucal foi feito com o auxílio de espátula de madeira descartável, consistindo na inspeção visual dos arcos dentários, sem secagem dos dentes, a fim de verificar o número e localização das superfícies dentárias afetadas pela doença cárie, observação de presença de restaurações, presença de doenças gengivais e de sintomatologia dolorosa. Cada criança examinada foi avaliada a condição bucal, classificando-a em: baixo risco, risco moderado e alto risco.

Também, a cirurgiã-dentista juntamente com a equipe de saúde bucal realizou uma capacitação para a equipe de profissionais da Unidade de Saúde a fim

de orientar o acolhimento dos escolares e seus responsáveis, para que possam esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal, estimular as atividades de gestão, de fortalecimento do controle social e do trabalho multidisciplinar. Com base no Caderno de Atenção Básica nº17, referente à Saúde Bucal, do Ministério da Saúde, treinou a equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais de crianças de seis a 12 anos. As Agentes Comunitárias de Saúde foram capacitadas para a realização de buscas aos escolares faltosos ao tratamento odontológico. Essa capacitação ocorreu na própria UBS, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião semanal de equipe.

Para o fortalecimento do engajamento público a comunidade foi informada e sensibilizada sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade e foi esclarecida sobre a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos bem como da priorização dos tratamentos odontológicos dos escolares de alto risco e da importância de concluir o tratamento pelas agentes comunitárias de saúde durante as visitas domiciliares, pela equipe de profissionais da unidade de saúde Itaboa, durante as atividades diárias, durante as consultas clínicas e nas reuniões de grupos na própria unidade. Os professores e funcionários das escolas foram sensibilizados sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental, de aplicação de flúor tópico nas escolas da área de abrangência, durante uma conversa realizada na hora do recreio das crianças e durante as próprias atividades desenvolvidas no ambiente escolar.

Durante as consultas e em reuniões a equipe de saúde bucal deu oportunidade para ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e o atendimento. Outra estratégia a esse respeito foi à implantação na unidade de saúde de um instrumento de sugestões e críticas, disponibilizado papéis, canetas e uma caixa de sugestões contendo instruções de como utilizá-la. Também, os escolares e seus responsáveis foram esclarecidos sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário, durante as consultas odontológicas.

No eixo de monitoramento e avaliação, a situação de risco para doenças bucais dos escolares foi monitorada e avaliada através do exame clínico com finalidade epidemiológica. Também, foram fornecidos para cada criança kits de higiene bucal contendo escova, creme e fio dental (o qual foi de uso exclusivo escolar). Foram enviados bilhetes para os pais (Apêndice B), via agenda escolar,

informando sobre a necessidade de tratamento odontológico e que vagas estavam sendo disponibilizadas. Os pais ou responsáveis das crianças entraram em contato com a unidade de saúde, por telefone ou pessoalmente, então o agendamento da primeira consulta programática foi realizado pela equipe de saúde bucal. Para os escolares faltosos às consultas, buscas ativas foram feitas através de visitas domiciliares das agentes comunitárias de saúde. O número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta odontológica foram monitorados através dos registros nos prontuários clínicos e nas fichas espelho referente ao atendimento individual (Anexo B). O monitoramento do número de escolares que foram classificados como alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica foi feito através dos registros nas fichas espelho referente ao encaminhamento para a UBS (Anexo C). A periodicidade das consultas, os faltosos as consultas e as buscas ativas realizadas, foram avaliados e monitorados através dos registros nos prontuários clínicos, nas fichas espelho, referente ao atendimento individual (Anexo B) e na ficha referente ao encaminhamento para a UBS (Anexo C).

O monitoramento e avaliação da média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por escolar e a média de ações coletivas de aplicação de gel fluoretado com escova dental nos escolares classificados como alto risco, foi feito através dos registros nas fichas espelho referente ao acompanhamento das atividades coletivas (Anexo D). O monitoramento da conclusão do tratamento dentário foi realizado através do registro nas fichas espelho referente ao atendimento individual (Anexo B) e nas fichas referente ao encaminhamento para a UBS (Anexo C). O monitoramento das atividades educativas coletivas foi realizado através dos registros nas fichas espelho correspondente ao acompanhamento das atividades coletivas (Anexo D).

Quanto à organização e gestão do serviço, a cirurgiã-dentista inicialmente entrou em contato com os espaços escolares a fim de agendar uma reunião com a diretoria para explicar sobre o programa, esclarecer as ações que seriam desenvolvidas e sua viabilização. A agenda da cirurgiã-dentista e da técnica em saúde bucal foi organizada reservando um dia (manhã e tarde) para a realização do exame bucal com finalidade epidemiológica em cada escola. O acolhimento dos escolares e seus responsáveis foram realizados pela recepcionista da Unidade de Saúde, a qual encaminhou os usuários até o consultório odontológico e a partir de então o acolhimento foi realizado por um dos integrantes da equipe de saúde bucal,

geralmente uma auxiliar de saúde bucal, a qual fez o agendamento da consulta de acordo com a disponibilidade da agenda (a qual disponibilizou vagas para os escolares) e do paciente. Os casos de escolares com problemas agudos foram atendidos no mesmo turno. Os escolares de seis a 12 anos que residem na área de abrangência da Unidade de Saúde Itaboa foram cadastrados na unidade de saúde, através do registro em um livro específico para o programa, contendo nome, data de nascimento e nome da escola. Foram disponibilizadas para os escolares, seis consultas odontológicas diárias, sendo três no turno da manhã e três do turno da tarde, priorizando os escolares classificados como alto risco.

De acordo com o número de escolares, de seis a doze anos matriculados nas escolas foi feito um levantamento dos materiais necessário para a realização da escovação dental supervisionada, aplicação de gel fluoretado com escova dental e ações educativas, os quais foram requisitados, através de ofício à coordenação de saúde bucal do município. Assim, foram fornecidos kits de higiene bucal para todas as crianças e as ações educativas contaram com apoio de vídeos, apresentação em Power point e macromodelos, abordando a higiene bucal, a cárie dentária e hábitos nutricionais. Esta abordagem foi realizada em três momentos dentro das escolas: no primeiro mês da intervenção, 221 crianças participaram das ações educativas, no segundo mês 476 crianças participaram e no terceiro mês todos os escolares (502) receberam orientações educativas em saúde bucal. Não foi possível realizar no quarto mês, pois coincidiu com o período de férias escolares. A equipe de saúde bucal foi muito bem recebida em todos os momentos dentro no ambiente escolar e os profissionais da área da educação se mostraram importantes colaboradores para o desenvolvimento das atividades. Assim, não tivemos dificuldades com relação a estas ações, devido também, ao trabalho que já vinha sendo realizado pela técnica em saúde bucal, a qual foi de extrema importância para alcançarmos as metas estabelecidas.

Observamos que a procura pelo tratamento odontológico das crianças classificadas como alto risco, durante a intervenção, não foi como esperávamos. Mesmo disponibilizando vagas, muitos pais ou responsáveis não procuraram o atendimento. Percebemos que esta ausência era devido à impossibilidade dos pais ou responsáveis acompanhar seus filhos à consulta ou também pelo medo do tratamento odontológico por parte das crianças. Ocorreu uma adesão um pouco maior ao tratamento odontológico por parte das crianças que estudam na escola

municipal Policarpo Miranda, a qual se situa bem próxima à unidade de saúde, acredito que por morarem nas proximidades da unidade, o acesso fica facilitado.

Quanto ao cronograma previsto, o mesmo precisou ser ajustado para algumas ações, devido à disponibilidade das escolas, pois muitas ações são desenvolvidas no ambiente escolar.

Toda a equipe de saúde, principalmente a equipe de saúde bucal contribuiu ativamente para a realização das ações, com destaque para atuação da técnica de saúde bucal, que desempenha um trabalho exemplar no campo preventivo e educativo com os escolares.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades.

Uma ação prevista que não pôde ser desenvolvida foi à participação em reuniões da APMF das escolas, pois as mesmas eram realizadas no período noturno não coincidindo com a disponibilidade dos membros da equipe de saúde bucal. Porém, esta ação poderá ser contemplada no decorrer do desenvolvimento do programa.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.

Com relação aos registros, senti um pouco de dificuldade, pois são quatro fichas espelhos de acompanhamento, acredito que se os dados fossem mais sintetizados facilitaria o trabalho. Outra dificuldade sentida é que não temos computadores disponíveis na unidade de saúde, para preenchimento da planilha de coleta de dados. Assim, foi preciso ou levar computador próprio até a unidade ou levar prontuários e fichas para casa para preencher a planilha de coleta de dados fora do horário de trabalho. Com relação a este preenchimento, encontrei dificuldade para encontrar na planilha a posição de cada escolar, a partir das fichas de atendimento individual. Acredito que facilitaria o trabalho se na ficha de atendimento individual existisse um espaço para colocar a posição do escolar na planilha e também o nome da escola. Desta forma, a manutenção da planilha de coleta de dados ficará inviável na rotina da unidade, pelo menos até que computadores sejam disponibilizados. Mais uma dificuldade encontrada, também com relação ao preenchimento da planilha de coleta de dados, mas referente às crianças que receberam aplicação de flúor gel, foi que são considerados (denominador) apenas os escolares moradores da área de abrangência e a ação englobou todos os alunos

classificados como alto risco, mesmo os fora de área, resultando num valor maior que 100%. Com ajuda da orientadora, esses dados foram readequados na planilha.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.

As ações que foram realizadas com êxito são possíveis de serem implementadas no serviço. Aos poucos as atividades desenvolvidas vão sendo incorporadas à rotina de trabalho. Iniciando um novo ano letivo, o planejamento das ações ficará facilitado, tendo maior tempo para seu desenvolvimento, com um cronograma mais tranquilo. As fichas espelho referente à triagem de risco de cárie dentária, ao acompanhamento das atividades coletivas e encaminhamento para a UBS serão mantidas. Os atendimentos clínicos individuais serão registrados no prontuário de cada paciente. Melhorias quanto ao engajamento público são necessárias, como a inserção da equipe de saúde em reuniões e eventos comemorativos promovidos pelas escolas, proporcionando uma maior aproximação com a comunidade. Novas estratégias devem ser pensadas para uma maior adesão ao tratamento odontológico, principalmente para os escolares classificados como alto risco para doenças bucais.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Os resultados da intervenção que durou dezesseis semanas, na Unidade de Saúde Itaboa, no município de Campo Largo – PR serão apresentados através da análise dos indicadores que foram utilizados, nos seus aspectos qualitativos e quantitativos.

Havia nas escolas alvo da intervenção um total de 502 crianças matriculadas com idade entre seis e 12 anos, sendo que todas participaram do programa. Destas, 94 não eram moradoras da área de abrangência da unidade de saúde. Durante os meses de intervenção, nós tivemos 254 crianças cadastradas no primeiro mês (50,5%), 248 crianças foram cadastradas no segundo mês fechando o total de 502 crianças, as quais permaneceram no terceiro e quarto mês, atingindo 100% de cobertura.

Resultados referentes ao objetivo de 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 seis a doze anos de idade das escolas da área de abrangência.

Indicador 1: Proporção de escolares participantes da ação coletiva de exame bucal.
Numerador: Número de escolares de seis a doze anos participantes da ação coletiva de exame bucal.

Denominador: Número de crianças de seis a doze anos frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

A ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica foi realizada no primeiro e segundo mês da intervenção. No terceiro mês não foi realizada, pois as ações neste mês foram desenvolvidas apenas pela técnica em saúde bucal com supervisão indireta da cirurgiã-dentista e no quarto mês as escolas estavam fechadas devido ao período de férias escolares. No primeiro mês, 191 crianças foram examinadas (38%) e no segundo mês 270 crianças (53,8%). Totalizando numa cobertura de 91,8% das crianças no terceiro e quarto mês (Figura 1). Não foi

possível atingir a meta, pois nem todos os pais e/ou responsáveis autorizaram a realização do exame e também pela falta à aula do dia do exame bucal.

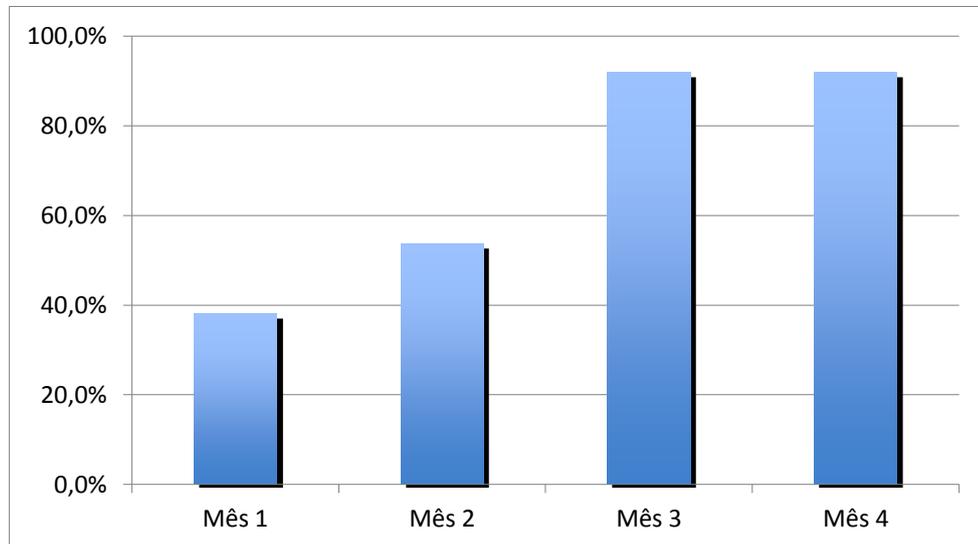


Figura 1 – Proporção de escolares examinados.

Meta 2: Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 30% 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.

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

Com relação à cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, foram atendidas 35 crianças (16,6%) no primeiro mês, já no segundo mês foram 54 crianças (13,2%), no terceiro mês 78 crianças (19,1%) encerrando no quarto mês com 89 crianças (21,8%) com a primeira consulta realizada (Figura 2). Não foi possível atingir a meta, acredito que a baixa procura pelo atendimento, principalmente por parte das crianças classificadas como alto risco para doenças bucais, contribuiu para este resultado. Também, para a realização do tratamento odontológico, havia necessidade da presença de um dos pais ou de um responsável, assim, por falta de disponibilidade destes, mesmo facilitando o agendamento de consultas, não houve a adesão esperada ao tratamento. Outro fato que pode ter

contribuído, em parte, para o não alcance da meta foi a minha diminuição da carga horária dentro da unidade de saúde a partir no final do primeiro mês da intervenção, devido ao convite para fazer um trabalho de gestão, junto à coordenação de odontologia do município.

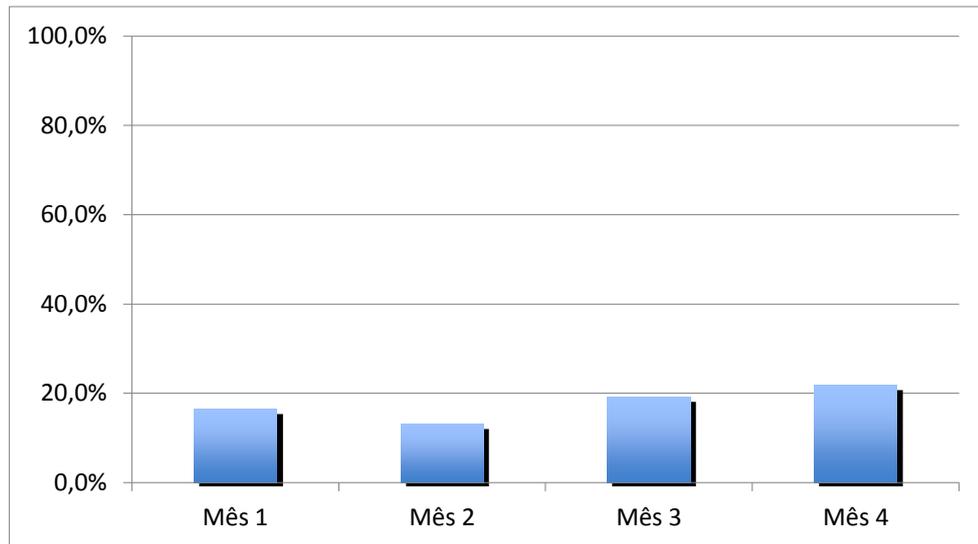


Figura 2 – Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Meta 3: Realizar primeira consulta odontológica em 70% 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 morador da área de abrangência que realizaram a primeira consulta odontológica.

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

A partir do exame bucal das crianças, infelizmente observamos um número muito elevado de alunos classificados com alto risco, principalmente devido à doença cárie. Porém, algumas crianças têm mais necessidades odontológicas que outras, pois para serem consideradas como alto risco apenas a presença de uma cavidade de cárie ativa foi suficiente. Foram classificadas como alto risco 201 crianças, sendo que destas, 165 eram moradoras da área de abrangência da unidade de saúde. Fazendo um levantamento dos prontuários odontológicos,

observamos que a maioria dos escolares classificados como alto risco nunca havia realizado tratamento odontológico na unidade de saúde Itaboá.

No primeiro mês foram atendidas 5 crianças (7,5%), no segundo mês 19 crianças (11,5%), no terceiro mês 32 crianças (19,4%) e no quarto mês 37 crianças (22,4%) (Figura 3). O número de crianças classificadas com alto risco atendidas ficou muito aquém da meta estipulada. Observamos que a baixa adesão ao tratamento odontológico por parte destes escolares foi devido a negligência da família e ao medo odontológico relatado por alguns alunos. Foram disponibilizadas vagas para os escolares, e a forma de agendamento foi facilitada, pois pôde ser realizada via telefone, a qualquer momento do expediente. Mesmo assim, não se obteve o número esperado.

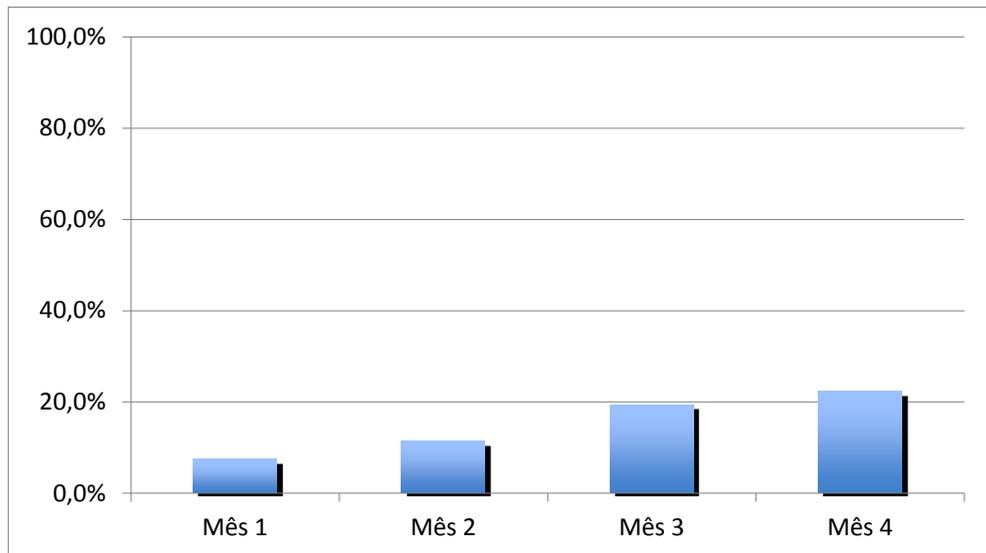


Figura 3 – Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

Resultados relativos ao objetivo de melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

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

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

Numerador: Número total de buscas ativas realizadas aos escolares da área de abrangência com primeira consulta odontológica 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 realizada a busca ativa para todos os escolares faltosos às consultas, conseguindo atingir a meta estabelecida. Nas reuniões semanais de equipe, na unidade de saúde, foram repassados o nome e endereço dos escolares faltosos às consultas para as agentes comunitárias de saúde das respectivas áreas, então as buscas foram realizadas através das visitas domiciliares.

Resultados relativos ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares.

Meta 1: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

Indicador 1: Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

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

Denominador: Número de crianças de seis a doze anos frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

No primeiro mês de intervenção foram realizadas escovações supervisionadas com creme dental em 177 escolares (35,3%), no segundo mês em 437 escolares (87,1%) e no terceiro e quarto mês em 500 crianças (99,6%) (Figura 4). A meta não foi alcançada devido à falta de apenas dois alunos a aula, mesmo a ação sendo realizada nos três primeiros meses da intervenção.

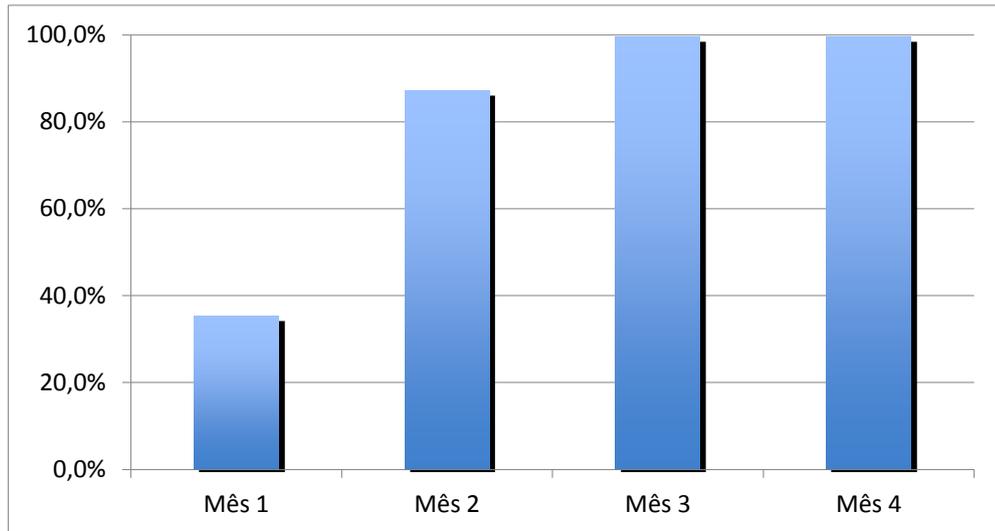


Figura 4 – Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

Meta 2: Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares classificados como alto risco para doenças bucais.

Indicador 2: Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

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

Denominador: Número de crianças de seis a doze anos frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde classificadas como alto risco.

No primeiro mês não foi realizada nenhuma aplicação de gel fluoretado, pois outras ações foram priorizadas, como os exames clínicos com finalidade epidemiológica e atividades educativas. No segundo mês foi realizada aplicação de gel fluoretado em 90 escolares (54,5%) e no terceiro e quarto mês em 164 escolares (99,4%), sendo estes moradores da área de abrangência da unidade de saúde (Figura 5). Porém esta ação também foi aplicada nos escolares não moradores da área de abrangência, assim 197 escolares receberam aplicação de gel fluoretado.

Não foi possível atingir a meta, pois apenas uma criança não participou da ação devido à falta a aula no dia da realização da mesma.

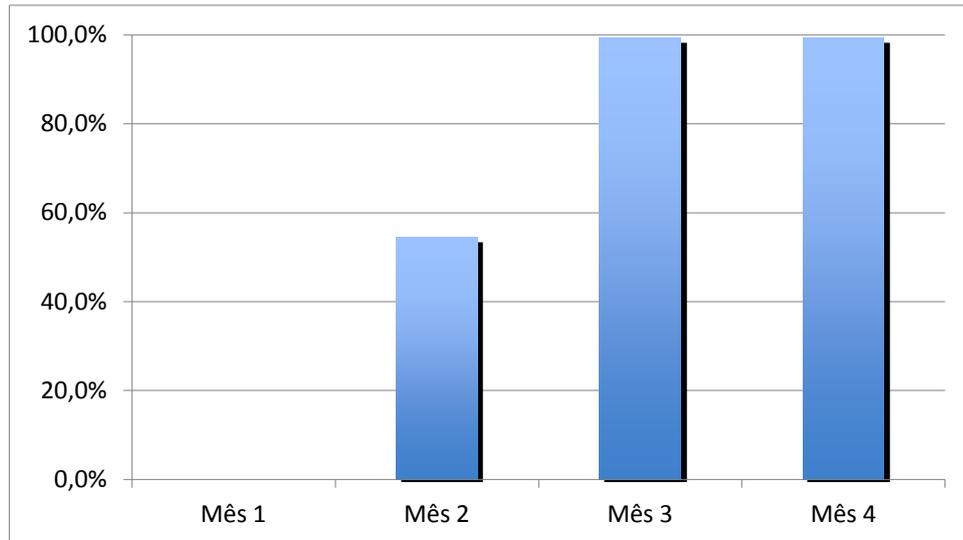


Figura 5 – Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Meta 3: Concluir tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Indicador 3: Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

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

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

No primeiro mês, das 35 crianças com primeira consulta odontológica, 28 foram concluídos os tratamentos (80%), porém neste mês apenas 254 crianças estavam cadastradas no programa. No segundo mês foram 37 tratamentos concluídos (68,5%) de 54 tratamentos iniciados. No terceiro mês foram concluídos 50 tratamentos (64,1%) dos 78 iniciados e no quarto mês 69 tratamentos (77,5%) foram concluídos dos 89 iniciados (Figura 6).

Não foi possível atingir a meta, pois muitos usuários demandaram um maior tempo para conclusão do tratamento devido à complexidade de suas situações de saúde bucal. Também, ocorreram bastante faltas às consultas postergando a conclusão dos tratamentos.

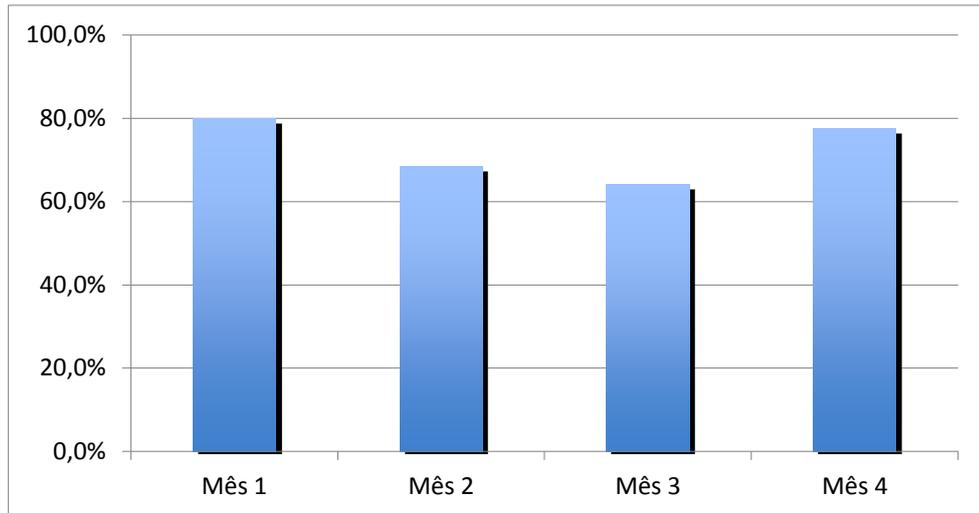


Figura 6 – Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

Relativo ao objetivo de melhorar o registro das informações.

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

Indicador: Proporção de escolares com registro atualizado.

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

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

No final dos quatro meses de intervenção, conseguimos a atualização dos registros em 98,9% dos escolares (Figura 7). A meta não foi atingida, devido à necessidade do registro do número do cartão SUS, nas fichas de atendimento individual e uma criança não possuía o cartão, não fazendo em tempo hábil até o final da intervenção.

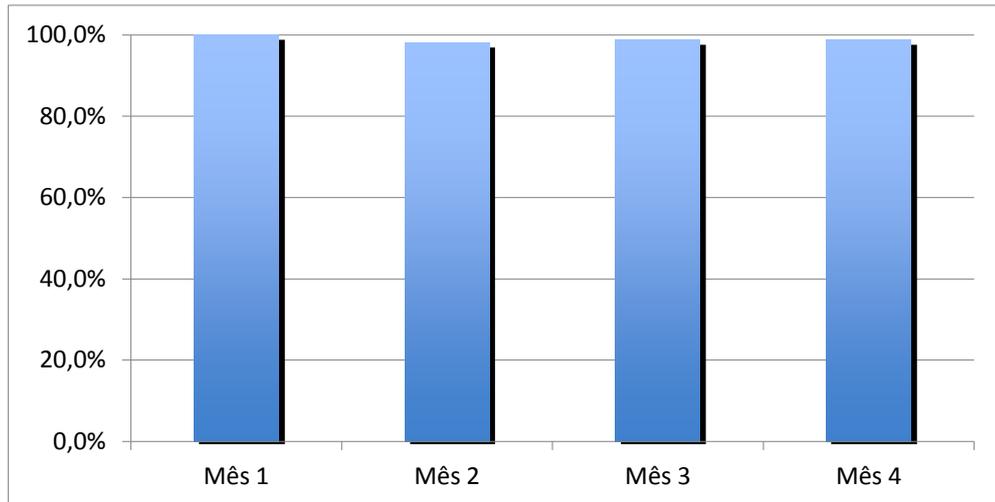


Figura 7 – Proporção de escolares com registro atualizado.

Relativo ao objetivo de promover a saúde bucal dos escolares.

Meta 1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.

Indicador 1: Proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de escolares de seis a doze anos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de crianças de seis a doze anos matriculadas nas escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

No primeiro mês foram realizadas 221 orientações sobre higiene bucal (44%), no segundo mês 476 orientações (94,8%) e no terceiro e quarto mês 502 orientações (100%) (Figura 8). Assim, a meta estabelecida foi atingida, pois esta ação foi realizada em diferentes momentos, principalmente pela atuação da técnica de saúde bucal (TSB) da equipe.

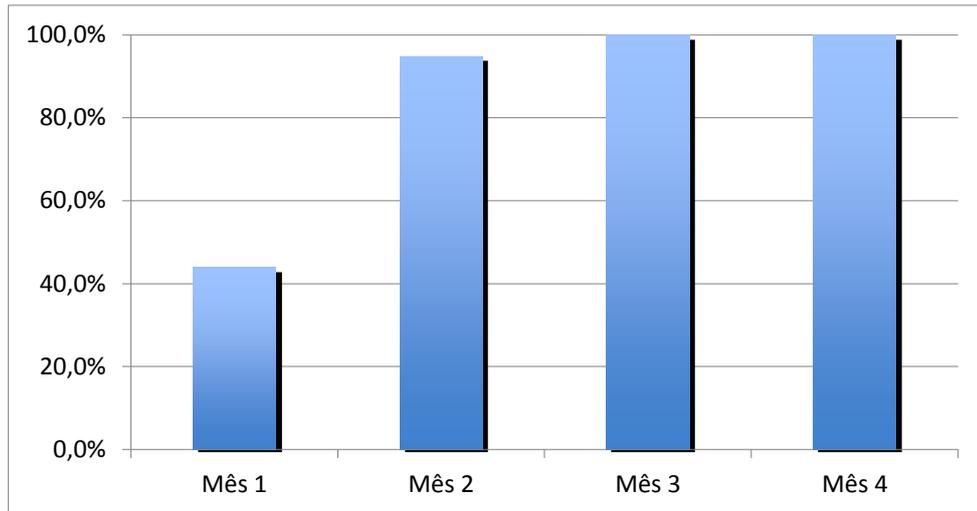


Figura 8 – Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal.

Meta 2: Fornecer orientação sobre cárie dentária para 100% das crianças.

Indicador 2: Proporção de escolares com orientação sobre cárie dentária.

Numerador: Número de escolares de seis a doze anos com orientação sobre cárie dental.

Denominador: Número de crianças de seis a doze anos matriculadas nas escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Foram realizadas três atividades de orientações sobre a cárie dentária em duas escolas e duas atividades em uma escola. No primeiro mês foram realizadas 221 orientações sobre a cárie dentária (44%), no segundo mês 476 orientações (94,8%) e no terceiro e quarto mês 502 orientações (100%), alcançando a meta estipulada (Figura 9).

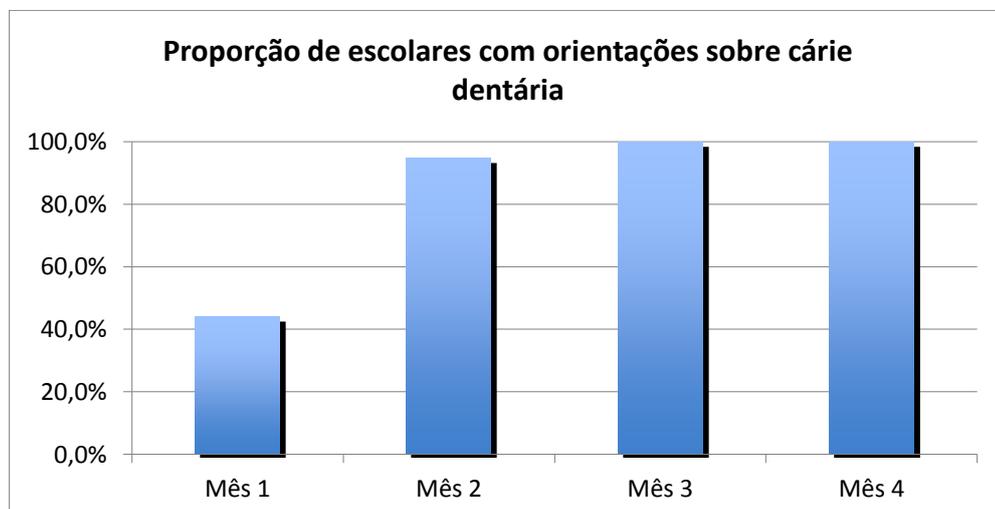


Figura 9 – Proporção de escolares com orientações sobre cárie dentária.

Meta 3: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

Indicador 3: Proporção de escolares com orientação nutricional.

Numerador: Número de escolares de seis a doze anos com orientação nutricional.

Denominador: Número de crianças de seis a doze anos matriculadas nas escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

As orientações nutricionais também foram abordadas em três momentos em duas escolas e em dois em uma escola. No primeiro mês foram realizadas 221 orientações nutricionais (44%), no segundo mês 476 orientações (94,8%) e no terceiro e quarto mês todos os escolares participaram da ação (100%), alcançando a meta estipulada (Figura 10).

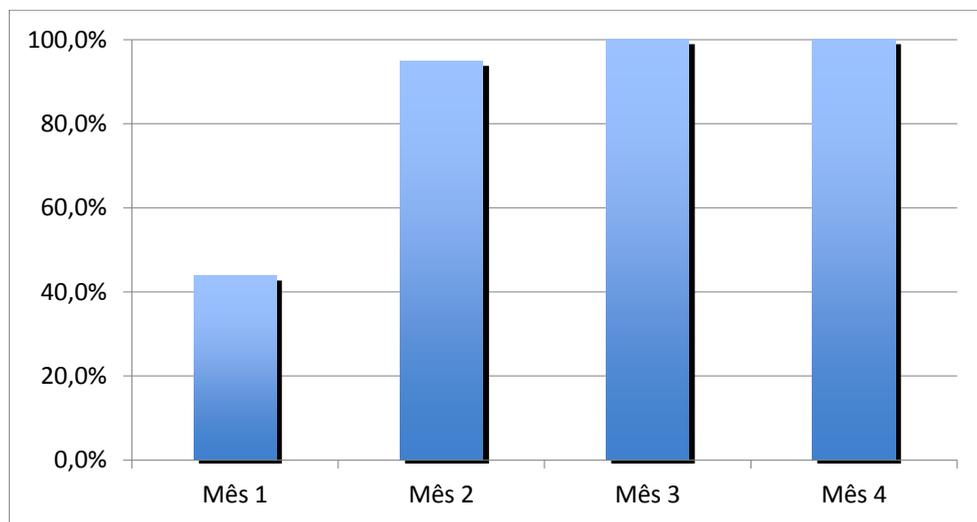


Figura 10 – Proporção de escolares com orientações nutricionais.

4.2 Discussão

A intervenção propiciou a melhoria da atenção à saúde bucal aos escolares de seis a 12 anos de idade pertencentes às escolas da área de abrangência da Unidade de Saúde Itaboa. A cobertura de atenção aos escolares foi ampliada, ocorreu melhoria nos registros e a qualificação da atenção com destaque para a classificação de risco à cárie dos estudantes, através dos exames clínicos com finalidade epidemiológica e a implantação da realização de buscas ativas para esta população.

Para a equipe, foi necessário capacitação para uma adequada atenção à saúde bucal dos escolares, abordando o acolhimento, a importância do atendimento

em saúde bucal, a necessidade do fortalecimento do controle social e as buscas ativas. Toda equipe recebeu treinamento para identificação das principais doenças bucais de crianças de seis a 12 anos. Também, a equipe de saúde bucal foi capacitada quanto à ação coletiva de exame bucal, a classificação de risco à cárie, o cadastramento e agendamento dos escolares, o preparo do ambiente para a realização das ações coletivas, o preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento. Assim, a intervenção promoveu o trabalho integrado dos cirurgiões-dentistas, das auxiliares de saúde bucal, da técnica em saúde bucal, da equipe de enfermagem, da recepcionista e das agentes comunitárias de saúde.

Antes da intervenção, ações de educação e promoção de saúde bucal eram desenvolvidas nas escolas da região, porém ainda de uma forma esporádica, pontual, sem um planejamento efetivo. Apesar do atendimento odontológico clínico na Unidade de Saúde estar voltado às crianças, não havia uma articulação com as escolas, nem a priorização do atendimento aos escolares. Com a intervenção conseguimos ampliar o acesso, através da facilitação de agendamento (do tipo “portas abertas”), pois antes existia um dia específico para o agendamento. Através dos exames clínicos com finalidade epidemiológica, conseguimos identificar os escolares que mais necessitavam de atendimento odontológico, possibilitando o planejamento das ações de acordo com a realidade da população alvo e a contemplação do princípio da equidade preconizado pelo SUS. Também, a intervenção possibilitou a busca ativa aos escolares faltosos, estimulando a conclusão dos tratamentos odontológicos.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº17 – Saúde Bucal (2008), o Ministério da Saúde, por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, redefiniu em 2006 para a área de saúde bucal dois indicadores principais: cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada. Estes indicadores constituem instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referente à atenção básica. Assim, a intervenção teve como meta a ampliação da cobertura de primeira consulta programática, a qual é fundamental para a avaliação das condições bucais dos usuários, pois permite a confecção de um plano preventivo-terapêutico para atender as necessidades detectadas, ou seja, para que haja um direcionamento adequado e qualitativo da atenção e assistência à saúde bucal. Apesar de não termos conseguimos atingir a meta estabelecida, com a

intervenção pudemos ampliar essa cobertura voltada aos escolares e tivemos um meio de quantificar esta ação, dando subsídios para que atitudes sejam tomadas a fim de que ocorra a melhoria deste indicador. Com a relação à cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada, com a intervenção obtivemos resultados muito positivos, pois praticamente todos os escolares participaram desta ação, contribuindo para o alcance da meta pactuada pelo município referente a este indicador.

O impacto da intervenção começou a ser percebido pela comunidade. Apesar da adesão ao tratamento odontológico ainda não ser tão efetiva, os pais ou responsáveis dos escolares demonstraram satisfação com a avaliação bucal realizada na escola e principalmente com a prioridade no agendamento para atendimento. Ainda há necessidade de ampliação da cobertura do programa, pois ainda têm muitos escolares classificados como alto risco para doença bucal sem tratamento.

A intervenção poderia ter sido facilitada se fosse iniciada e finalizada dentro de um mesmo ano letivo. O período de final de ano, onde começam festividades e muitas faltas às aulas e o período de férias escolares acabou prejudicando o alcance das metas estabelecidas. Novas estratégias para adesão ao tratamento odontológico serão necessárias. Uma maior aproximação com a comunidade, através da inserção da equipe em reuniões e eventos comemorativos promovidos pelas escolas proporcionarão um maior engajamento público e a desmistificação ao tratamento odontológico (medo, dor, desconforto).

Após a finalização da intervenção, percebeu-se que a presença da equipe dentro das escolas, bem como a familiarização com as crianças, a qual vai sendo construída aos poucos, resultará no aumento à adesão ao tratamento odontológico. A intervenção está sendo incorporada à rotina do serviço, assim as dificuldades e limitações encontradas poderão ser solucionadas. A cobertura de atenção à saúde bucal dos escolares poderia ser melhorada se mais uma equipe de saúde bucal fosse incorporada a Estratégia de Saúde Família (ESF), pois no momento, na Unidade de Saúde Itaboa, há duas equipes ESF e apenas uma equipe de saúde bucal.

A partir deste novo ano letivo (2014) pretendemos dar continuidade às ações do programa e melhorar a divulgação do agendamento “portas abertas” para os escolares através, principalmente, do trabalho das agentes comunitárias de saúde e

da participação em reuniões escolares ou da APMF (Associação de Pais, Mestres e Funcionários), o que trará maior oportunidade dos responsáveis para agendamento das crianças que ainda não fazem acompanhamento na unidade.

Tomando como exemplo este projeto, acredito na viabilização da implementação de outros programas ao serviço, como o pré-natal, através do trabalho integrado de toda a equipe.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Visando a melhoria da qualidade da Atenção à Saúde Bucal do Escolar na ESF Itaboa, Campo Largo - PR foi realizada uma intervenção, iniciada no final de setembro de 2013 e finalizada no início de fevereiro de 2014. Ações foram realizadas na Escola Municipal Policarpo Miranda, na Escola Municipal Monsenhor Ivo Zanlorenzi e no Colégio Estadual Júlio Nerone, os quais fazem parte da área de abrangência da unidade de saúde, atingindo 502 escolares com idade entre 6 a 12 anos.

Um dos objetivos da intervenção que se destacou foi a ampliação da cobertura de atenção à saúde bucal dos escolares com a realização de exames clínicos para fins epidemiológicos, obtendo uma classificação quanto ao risco para doenças bucais, sendo realizado em 91,8% das crianças. Esta ação possibilitou o planejamento das ações de acordo com a realidade da população alvo e a contemplação do princípio da equidade preconizado pelo SUS. Os pais ou responsáveis dos escolares classificados como alto risco foram informados sobre a necessidade de tratamento odontológico através de bilhetes enviados via agenda escolar. Vagas para atendimento odontológico foram disponibilizadas priorizando os escolares classificados como alto risco para doenças bucais. O agendamento de consultas foi facilitado, podendo ser realizado pessoalmente ou por telefone, qualquer dia e horário de expediente de trabalho. Para os usuários faltosos às consultas, buscas ativas foram feitas através das visitas domiciliares das agentes comunitárias de saúde, estimulando a conclusão dos tratamentos odontológicos. Dos tratamentos iniciados, 77,5% foram concluídos.

Para melhorar a qualidade da Atenção em Saúde Bucal foram realizadas atividades de escovação supervisionada com creme dental para os escolares entre 6 e 12 anos, alcançando 99,6% das crianças e aplicou-se gel fluoretado com escova dental em praticamente todas as crianças (99,4%) classificadas como alto risco para doenças bucais. Para isto foram distribuídos kits de higiene bucal contendo escova, creme e fio dental para todos os escolares. Também, a promoção de saúde bucal se fundamentou em orientações sobre higiene bucal, cárie dentária e nutrição adequada, atingindo os 502 escolares. É importante ressaltar que atividades educativas e preventivas são fundamentais para fazer frente aos problemas bucais, principalmente no âmbito público e coletivo.

Todas as ações foram monitoradas e avaliadas pelos profissionais da equipe de saúde bucal, através dos registros em fichas específicas, permitindo o acompanhamento das atividades. Sugere-se que o trabalho de saúde bucal nas escolas continue a fim de que aumente a adesão de novas crianças classificadas como alto risco para doenças bucais, assim como, se manterá o agendamento livre com prioridade de atendimento às crianças. Para isto, é necessário que o fornecimento de materiais, como os kits de higiene bucal sejam mantidos, bem como o apoio recebido da coordenação de odontologia do município.

Seria de grande valia termos mais uma equipe de saúde bucal em nossa unidade de saúde, pois no momento há duas equipes ESF e apenas uma equipe de saúde bucal, para ampliação da cobertura da atenção a saúde bucal dos escolares e também para a implementação ao serviço de programas efetivos voltados para outros grupos populacionais.

Por fim, gostaria de destacar que a realização desta intervenção proporcionou um trabalho integrado de toda equipe e uma maior aproximação com os escolares da região, favorecendo o vínculo, o conhecimento sobre a situação de saúde bucal desta população e a intersetorialidade.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Visando a melhoria da qualidade da Atenção à Saúde Bucal do Escolar na Unidade de Saúde Itaboa, Campo Largo - PR foi realizada uma intervenção, iniciada no final de setembro de 2013 e finalizada no início de fevereiro de 2014. Ações foram realizadas na Escola Municipal Policarpo Miranda, na Escola Municipal Monsenhor Ivo Zanlorenzi e no Colégio Estadual Júlio Nerone, os quais fazem parte da área de abrangência da unidade de saúde, atingindo 502 escolares com idade entre 6 a 12 anos.

Nas escolas, a equipe de saúde bucal passou um filme educativo sobre saúde bucal para as crianças, fez palestras sobre a cárie dentária, sobre higiene bucal e alimentação saudável. Foram fornecidos kits de higiene bucal contendo escova, creme e fio dental para todos os alunos e eles aprenderam escovar os dentes de forma correta. Também, a dentista fez um exame bucal simples nas crianças para conhecer a situação de saúde bucal e ver quem necessitava de tratamento odontológico.

Os pais ou responsáveis dos escolares que apresentaram alguma alteração bucal, como por exemplo, cárie e gengivite, foram informados sobre a necessidade de tratamento odontológico através de um comunicado via agenda escolar. Vagas para tratamento odontológico na Unidade de Saúde Itaboa foram oferecidas para os escolares moradores da área, sendo que o agendamento pôde ser feito pessoalmente ou por telefone, qualquer dia e horário de expediente de trabalho. Para as crianças que faltaram alguma consulta odontológica, a agente comunitária de sua área fez uma visita em suas casas para orientar o reagendamento da consulta, para isso a agenda da dentista teve horários especiais para os alunos, favorecendo a conclusão dos tratamentos iniciados.

Estas ações continuarão sendo realizadas e o tratamento odontológico na unidade de saúde Itaboa priorizará os escolares, principalmente os que apresentarem alguma alteração bucal. O agendamento de consultas ficará facilitado, buscando uma maior adesão ao atendimento odontológico por parte dos escolares.

É importante ressaltar que a participação da comunidade é essencial no planejamento das ações realizadas, através de sugestões e opiniões sobre o serviço, e através do incentivo ao comparecimento nas consultas programadas e de manutenção.

O trabalho com os escolares foi muito gratificante, possibilitou uma maior aproximação da equipe, favorecendo o vínculo e o conhecimento da situação de saúde bucal das crianças. Contamos com a ajuda dos pais, dos responsáveis, dos professores, dos próprios alunos e de toda a comunidade para continuarmos cuidando da saúde bucal das crianças, assim teremos um futuro melhor.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Em um primeiro momento, o curso proporcionou através na análise situacional, um aprofundamento do conhecimento sobre a situação do trabalho, desde conteúdos relativos ao SUS e a ESF, como os cadernos de atenção programática até as questões estruturais. Refletindo sobre esta análise, consegui ter uma visão mais clara e detalhada sobre a realidade do trabalho na UBS dentro de seu contexto (comunidade, equipe, estrutura), embasando a escolha do foco da intervenção.

Com o desenvolvimento do curso, foi possível aprimorar a atenção à saúde bucal dos escolares pela equipe ESF Itaboa em Campo Largo – PR, nos seguintes eixos: organização e gestão de serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação, tendo como referencial o Caderno de Atenção Básica Saúde Bucal, do Ministério da Saúde.

Ações de educação e promoção de saúde bucal eram desenvolvidas nas escolas da região, porém ainda de uma forma esporádica, pontual, sem um planejamento efetivo. Apesar do atendimento odontológico clínico na Unidade de Saúde priorizar as crianças, não havia uma articulação com as escolas, nem a priorização dos escolares ao atendimento odontológico.

Com o curso aprendi desenvolver uma intervenção, desde o planejamento e execução até a sua avaliação e monitoramento, através de um trabalho inter e multidisciplinar. O trabalho com os escolares permitiu uma maior aproximação da equipe com as crianças, com os profissionais da área da educação e com a comunidade, influenciando no processo ensino-aprendizagem. Destaco a importância do aprendizado adquirido através da realização do exame clínico epidemiológico, pois até então nunca tinha sido realizado na região, resultando na identificação dos escolares que mais necessitavam de atendimento odontológico, possibilitando o planejamento das ações de acordo com a realidade da população alvo.

Os maiores desafios encontrados durante a execução da intervenção foram relacionados ao engajamento público e a habilidade de negociar, atrair e envolver outros profissionais, pois especialmente a área da odontologia, devido ao seu processo de trabalho, fica de certa forma isolada, sem uma inserção e valorização efetiva dentro da ESF. Também, outro desafio que surgiu com a intervenção será a

busca de novas estratégias para aumentar a adesão ao tratamento odontológico por parte dos escolares, o que com certeza, trará melhorias e maior qualidade ao serviço.

Com relação ao processo de aprendizagem, saliento a importância da interação dos profissionais (médicos, enfermeiros e odontólogos), residentes em diferentes regiões do Brasil, bem como dos orientadores e apoio pedagógico, através do repasse e troca de conhecimentos e experiências, nos fóruns e ambientes de discussões.

A educação à distância me surpreendeu, pela qualidade do ensino e pela exigência de disciplina e organização do tempo dedicado aos estudos, com atividades semanais e prazos a serem cumpridos.

Por fim, além de todo aprendizado proporcionado pelo curso, o processo de intervenção permanecerá, ficando o desejo de um aperfeiçoamento constante, no intuito de que é possível a melhoria dos serviços à saúde de nossa população.

6. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal – Cadernos de Atenção Básica – nº17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (1): 121-130, 2004.

PERES M. A.; BARROS A. J.; PERES K. A.; ARAÚJO C.; MENEZES M. B. Life course dental caries determinants and predictors in children aged 12 years: a population-based birth cohort. **Community Dent Oral Epidemiol** 2009;37(1):123-133. Disponível em: <http://www.dmsufpel.com.br/dspace/handle/123456789/248>

VASCONCELOS, R.; MATTA, M. L.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. P. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. **PGR-Pos-Grad Revista Fac Odontol**. São José dos Campos, v.4, n.3, set./dez., 2001.

ANEXOS

APÊNDICES

APÊNDICE A– AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA

Prezados Pais

Seu filho (a) participará do programa: **Saúde Bucal dos Escolares**, desenvolvido pela equipe de Saúde Bucal da Unidade de Saúde Itaboa. Serão realizadas atividades de orientações sobre higiene bucal, sobre a cárie dentária, orientação nutricional, escovação supervisionada e exame bucal para estabelecimento de prioridade de atendimento. O exame bucal será realizado pela cirurgiã-dentista, a qual utilizará apenas espátulas de madeira descartáveis. As crianças que necessitarem tratamento odontológico serão orientadas a procurarem a unidade de saúde mais próxima de sua residência.

Para a participação do aluno ao programa e para a realização do exame bucal, os pais ou responsáveis devem assinar a seguinte autorização:

Declaro que após ter sido esclarecido, consinto a participação do meu filho (a) no programa Saúde Bucal dos Escolares.

Nome do aluno: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço residencial: _____

Assinatura

Campo Largo, ____/____ de 2013.

APÊNDICE B–BILHETE INFORMANDO OS PAIS SOBRE A NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.

Prezados pais

A equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde Itaboa, através do Programa Saúde Bucal dos Escolares, constatou que seu filho (a) necessita de tratamento odontológico e está disponibilizando vagas. Favor comparecer a Unidade de Saúde Itaboa ou entrar em contato pelo telefone 3399-4206 para agendar consulta odontológica.

Muito Obrigada.