

Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS  
Universidade Federal de Pelotas  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade à Distância



**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES DE 6  
A 12 ANOS DE IDADE NA UBS DE JARDIM, IPIRANGA DO PIAUÍ/PI**

MARIA DO SOCORRO LOPES DE SOUSA MOURA

Pelotas/RS, 2015

**Maria do Socorro Lopes de Sousa Moura**

**Qualificação da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos de idade na UBS de Jardim, Ipiranga do Piauí/PI**

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

Orientadora: Estela Maris Rossato

Co-orientadora: Sidneia Tesmer Casarim

Pelotas/RS, 2015

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

M929q Moura, Maria do Socorro Lopes de Sousa

Qualificação da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos de idade na UBS de Jardim, Ipiranga do Piauí/PI / Maria do Socorro Lopes de Sousa Moura; Estela MarisRossato, orientador(a); Sidneia Tesmer Casarim, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

77 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde Bucal 4.Escolar 5.Prevenção I. MarisRossato, Estela, orient. II. Casarim, Sidneia Tesmer, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

MARIA DO SOCORRO LOPES DE SOUSA MOURA

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES DE 6  
A 12 ANOS DE IDADE NA UBS DE JARDIM, IPIRANGA DO PIAUÍ/PI.**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovada em 07 de fevereiro de 2015, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

---

Estela MarisRossato

(Orientadora)

---

Sidneia Tesmer Casarim

(Co-orientadora)

Banca Examinadora:

---

Banca 1: Prof<sup>a</sup> Mariane Baltassare Laroque

---

Banca 2: Prof Mateus Casanova Dos Santos

## **Dedicatória**

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso à todos familiares e amigos que torceram para que esse curso desse certo e que fosse concluído até o final; Dedico em especial às minhas filhas, Isabela e Letícia, motivo maior da minha força de vontade que me motiva a crescer sempre mais; Dedico-o também à minha irmã Adriana que me presenteou com um computador para que eu pudesse terminar de forma adequada as atividades; Aos meus pais , Ernesto e Anunciação, que estiveram ao meu lado e nunca me deixaram desistir quando eu fraquejava; Ao meu marido Antônio por compreender minhas noites em claro fazendo as tarefas desse curso; Aos meus irmãos Lilian, Josué, Manoel e Adriana que sempre me apoiaram para que eu sempre chegasse mais longe; .À minha prima Lídia que me fez acreditar sempre em meu potencial e incentivando-me sempre a ir mais longe; À minha amiga e colega de profissão Ana Carolinne que me incentivou a terminar as atividades junto às suas; À minha sogra Francisca que me emprestou seu Notebook quando eu precisei .Enfim, a todos vocês que se fizeram presentes nesse momento, meu muito obrigada!!.

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha orientadora: Estela Maris Rossato e à minha co-orientadora Sidneia Tessmer Casarim por tanto se fazerem presentes e me ajudarem tão perfeitamente nos momentos de angústia e de preocupação com o esse trabalho realizado na comunidade. Agradeço-as também pela compreensão nas vezes que atrasava as atividades por motivos maiores. Agradeço-as por me ajudarem quando estava de licença a maternidade a não me deixarem desistir desse curso. Enfim,. Sem vocês não teria conseguido! Obrigada!

***“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”***

***Charles Chaplin***

## Resumo

MOURA, Maria do Socorro Lopes de Sousa. **Qualificação da atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 6 a 12 anos na UBS de Jardim, Ipiranga do Piauí/PI**. 2015. 76f. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O trabalho de conclusão de curso, realizado junto à comunidade de Ipiranga do Piauí, representa um processo de intervenção realizado junto à essa população, em que se abordou crianças em idade escolar (entre seis e doze anos). A Comunidade possui 60 crianças nessa faixa etária, que estudam na escola da área em questão. O processo de intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde bucal destes escolares. Foram estabelecidos objetivos e metas a serem alcançadas nesse processo de intervenção, que foram implementados após a preparação da equipe para que saísse tudo como planejado. Inicialmente, foi realizado um estudo sobre condições da UBS, avaliando-se estrutura física, condições de atendimentos, disponibilidade e qualidade dos instrumentais e materiais de insumos, além de se preparar toda a equipe para acolher estas crianças, realizar busca ativa, e identificar as principais afecções bucais. As ações de intervenção foram norteadas a partir dos 4 eixos pedagógicos: organização e gestão de serviços, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os principais resultados obtidos foram o alcance de 50% de cobertura de atenção à saúde bucal das crianças entre seis e doze anos que fazem parte da área da UBS, totalizando 30 crianças, e o cumprimento de algumas metas previamente estabelecidas, como cobertura da quantidade esperada de crianças atendidas, proporção de escolares de alto risco com a primeira consulta odontológica realizada, escovação supervisionada dos escolares, aplicação tópica de flúor em todas elas, e orientações sobre higiene bucal, sobre cárie dentária e orientações nutricionais. As buscas ativas deveriam atingir todo público alvo, no entanto 76,5% das buscas ativas foram realizadas (24 crianças), e os tratamentos não puderam ser concluídos em sua totalidade nesse período de tempo, bem como atualização de registros. Assim, podemos concluir que a equipe passou a ficar cada vez mais integrada na busca de um objetivo em comum. Houve um crescimento pessoal, profissional, teórico e prático para toda equipe. A população agora tem um atendimento mais efetivo, e a intervenção contribuiu no processo de gestão das ações de saúde bucal aos escolares.

**Palavras-chave:** saúde da família; saúde bucal; escolares; intervenção; atenção primária à saúde

### Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de escolares examinados na escola da área de abrangência da UBS de Jardim, Ipiranga do Piauí, PI.....	48
Figura 2	Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com primeira consulta odontológica, Ipiranga do Piauí, PI.....	48
Figura 3	Proporção buscas realizadas aos escolares moradores na UBS de Jardim, Ipiranga do Piauí, PI.....	49
Figura 4	Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com escovação dental supervisionada com creme dental, Ipiranga do Piauí, PI.....	50
Figura 5	Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com aplicação de gel fluoretado com escova dental, Ipiranga do Piauí, PI.....	51
Figura 6	Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com tratamento dentário concluído, Ipiranga do Piauí, PI.....	51
Figura 7	Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com registro atualizado, Ipiranga do Piauí, PI.....	52
Figura 8	Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com orientação sobre higiene bucal, Ipiranga do Piauí, PI.....	53
Figura 9	Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com orientação sobre cárie dentária,, Ipiranga do Piauí, PI.....	53
Figura 10	Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com orientação nutricionais, Ipiranga do Piauí, PI.....	54

## Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATF	Aplicação Tópica de Flúor
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CPOD	Dentes cariados ,perdidos e obturados
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EaD	Ensino à Distância
ESF	Estratégica em Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMIA	Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações
PA	Pressão Arterial
PI	Piauí
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

## Sumário

Apresentação .....	12
1Análise Situacional .....	13
1.1 Texto inicial sobre a situação de ESF/APS.....	13
1.2 Relatório de análise situacional .....	18
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e a análise situacional ....	24
2Análise Estratégica .....	26
2.1 Justificativa .....	26
2.2Objetivos e Metas .....	27
2.2.1 Objetivo Geral.....	27
2.2.2 Objetivos Específicos .....	27
2.2.3 Metas .....	28
2.3 Metodologia .....	29
2.3.1 Detalhamento das Ações .....	29
2.3.1 Eixo 1: Monitoramento e avaliação.....	30
2.3.1Eixo 2: Organização e gestão do serviço.....	30
2.3.1Eixo 3: Engajamento público.....	32
2.3.1Eixo 4:Qualificação da prática clínica.....	33
2.3.2 Indicadores .....	34
2.3.3 Logística .....	37
2.3.4 Cronograma .....	40
3 Relatório de Intervenção .....	42
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas .....	42
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas .....	43
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados .....	44
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações na rotina do serviço	45
4 Avaliação da Intervenção .....	47
4.1 Resultados .....	47

4.2 Discussão .....	55
4.3 Relatório da intervenção para o gestor .....	58
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade .....	60
5 Reflexão Crítica .....	61
6 Bibliografia .....	63
Anexos .....	66
Anexo A: Ficha espelho .....	66
Anexo B: Planilha de coleta de dados .....	68
Anexo C: Aprovação do Comitê de Ética.....	69
Apêndices.....	71
Apêndice A: Registro fotográfico da intervenção.....	71

## **Apresentação**

O Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de ensino à distância (EaD) promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPEL/UNASUS) foi realizado com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos escolares no âmbito da atenção básica na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Jardins, Ipiranga do Piauí-PI. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, que são: análise situacional, análise estratégia, relatório de intervenção e avaliação da intervenção e a reflexão crítica. Na primeira parte fizemos uma análise da situação inicial da UBS, um relatório de análise situacional e um texto comparativo entre a análise inicial e o relatório final. Na segunda parte escolhemos um foco para a intervenção, e a partir da sua definição elaboramos o projeto de atividade. Na terceira parte elaboramos um relatório de toda a intervenção realizada. Na quarta parte avaliamos o que conseguimos realizar com o processo de intervenção e o que foi realizado parcialmente ou não foi possível ser realizado. Por fim, na quinta parte, fazemos uma reflexão crítica de todo o processo, analisando seus pontos positivos e negativos. A intervenção teve seu início em Março de 2014 e sua finalização ocorreu em Novembro do mesmo ano.

## **1 Análise situacional**

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

O Município de Ipiranga do Piauí, localizado a 247 km da capital Teresina, ao sudeste do Estado, possui cerca de 9.700 habitantes, conta com quatro equipes de saúde da família que atendem em quatro UBS das quatro micro áreas resultantes da divisão territorial para cobertura destas equipes. Enquadra-se em Gestão Plena em Atenção Básica, vinculada a nona regional de Saúde de Picos PI. Todas estas equipes atuam nos turnos matutino e vespertino, sendo que três delas são da zona rural e uma urbana. Possuem disponibilidade de uma equipe municipal do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), que atende todo o território, sendo que possui o município de Picos e a capital Teresina como referência para necessidades do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Ipiranga também conta com estes municípios para atenção especializada, serviços hospitalares mais complexos, exames complementares dentre outros no processo de referência e contra referência. A UBS em que atuo é denominada “José Francisco Fontes” e se localiza na zona rural de Ipiranga. Possui, assim como todas as outras três uma deficiência muito grande na estrutura física. Os grupos de puericultura, gestantes, hiperdia, idosos estão sendo realizados em média três vezes por mês como será exposto mais a frente juntamente com todas as características desses grupos e funcionamento dos mesmos.

Em relação a UBS “José Francisco Fontes” da localidade Jardim, que minha equipe de saúde da família faz cobertura, esta é de caráter rural, vinculada ao SUS, porém não possuem vínculo com instituições de ensino, sendo a ESF de caráter tradicional, com 1 Equipe Básica de Saúde, sendo composta de um

médico, uma enfermeira, uma dentista, um técnico de enfermagem, e uma auxiliar em odontologia.

Observo que infelizmente, a UBS em que atuo, está muito, ou melhor, bastante distante de atender os requisitos básicos de uma unidade básica de saúde. O texto deixa bem claro o que é preciso, e a unidade Francisco Fontes na localidade Jardim de Ipiranga-PI possui ventilação e iluminação precária e apesar das janelas, não são o suficiente. Isso faz com que o calor aumente e a ventilação diminua, prejudicando nosso rendimento; Os pisos são lisos, mas sem cerâmica (piso bruto) e paredes não são laváveis o que aumenta a contaminação; não possuímos portas e janelas adequadas, nem o próprio tamanho do espaço, pois contamos apenas com cinco pequenos cômodos: uma recepção com banco de tijolo que, além de desconfortável também não acomoda todos; um consultório odontológico onde também é realizada a lavagem e esterilização do material antes ou após o atendimento pela auxiliar de odontologia, demandando muito mais tempo; uma sala de enfermagem para todos os procedimentos que lhe competem, um consultório médico e um banheiro para todos. Também não temos forro no teto, exceto no consultório odontológico, e também o calor atrapalha os atendimentos, já que não temos ar condicionado nas salas (e no Piauí, a temperatura chega a 42°). Temos também apenas um pequeno armário de quatro fichários o que prejudica organizar os prontuários, não temos salas de reuniões, nem de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nem farmácia, nem de vacina, nem de coleta, nem de nebulização, nem de curativos, sendo este último realizado na sala de enfermagem e aqueles na Secretaria de Saúde do município que funciona como outra UBS. Também não temos copa nem cozinha, sendo que a água que bebemos levada por nós mesmo sem garrafas térmicas, e não temos lanche, nem café. Não existe expurgo para o lixo, o que torna o ambiente mais contaminado. Além disso, a entrada é uma escada de dois degraus totalmente inaccessível a alguém com dificuldades motoras. Por essas condições é muito complicado conseguir ter excelência de atendimento, e o que se consegue fazer é mérito do esforço de profissionais dedicados preocupados com uma população sem recursos, pois as Estratégias de Saúde da Família (ESF) estão capacitados a resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade.

Portanto, é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso e isso não existe. Os usuários, dessa forma, também sofrem com os atendimentos insuficientes, pois a demanda é grande, sofrem com a falta de estrutura para acomodá-los, sofrem com o calor e com os recursos insuficientes.

Para que se possam enfrentar as dificuldades e limitações encontradas na UBS em que trabalho como dentista, seria necessário primeiro a existência de um Conselho de Saúde para estabelecer diretrizes que levassem à implantação de UBS adequadas, seguindo os parâmetros corretos. Se houvesse também Educação em Saúde, acredito que tanto os profissionais como a população teriam maior consciência do modelo de UBS e assim poderiam cobrar mais dos gestores, e não continuar achando normal e em boas condições a situação em que trabalhamos. Os profissionais também devem começar mostrando aos próprios administradores o que seria adequado, pois acredito que nem eles mesmos têm conhecimento disso, ou se tem, se fingem de desentendidos. Mudar a estrutura da unidade seria um passo importante, acrescentando salas que deveriam existir, começando a fazer adequações para portadores de deficiência, e dando um ambiente mais confortável, com clima e iluminação adequados ao trabalho e aos usuários. Medidas simples com certeza começariam a gerar grandes mudanças na qualidade dos atendimentos e tornariam essas atividades mais prazerosas, trazendo mais saúde à população.

Acho muito complicado existir esta mudança rápida visto que o problema presente já vem de gestões anteriores, de forma imediata com nosso gestor. Talvez se houvesse maior interesse isso aconteceria, mas eles que administram estão reclamando muito que a prefeitura não tem recurso e, talvez apenas com muita, mas muita cobrança mesmo dos profissionais e da população, poderiam pensar em fazer uma licitação para tornar possível termos uma UBS “de respeito” .

Fazendo-se um paralelo entre a leitura do “Manual da estrutura da UBS”, e o que se observou na UBS em que atuo, observa-se que ainda tem muitas falhas e necessidades, para poder alcançar um patamar satisfatório de

UBS. Isso por que, analisando-se equipamentos e instrumentos de uso geral, tivemos de forma satisfatória, apenas Antropômetros adultos e infantis, balanças apenas para adultos, espéculos vaginais, mesa de exame clínico, mesa ginecológica, e pinça Sheron, sendo que o restante estava insatisfatório ou em falta, o que revela a dificuldade que enfermeiros têm para atuar neste ambiente. Quanto aos de uso odontológico, todos instrumentais e equipamentos estão presentes, porém, a Unidade não possui um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos nem de mobiliário em geral, mas apenas de material de consumo. Assim, quando acaba, desgasta ou quebra algo, precisamos falar com o secretário de saúde para tentar resolver o problema o mais rápido possível, e às vezes, demora muito. A UBS também não possui um sistema de revisão de calibragem de esfigmomanômetros, nem de balanças e estes quando descalibram ficam esquecidos e então se compram novos aparelhos iguais. Também nesta mesma unidade não existe rede informatizada, não há internet, muito menos computadores, telefone, ou caixa de som, sendo que a comunicação é por recado ou celular dos próprios funcionários. Também não há câmaras fotográficas ou filmadoras, nem projetor de slides, sendo que palestras são sem auxílio destes recursos, tornando-as muito desmotivadoras, desta forma, tanto para os ouvintes, como para os palestrantes. Quanto aos recursos dos ACS, estes também são insatisfatórios, visto que não possuem balanças para crianças, não recebem protetor solar (e isso no Piauí é muito preocupante, visto às altas temperaturas), lápis, borrachas... São comprados com auxílio próprio, e o deslocamento também não é ofertado; não têm uniformes, mas na última reunião disseram que já tinham mandado fazê-los. Sabemos que isso dificulta muito o trabalho dos agentes de saúde, visto que têm que tirar do próprio bolso, se quiserem ter qualidade de trabalho e preservação da própria saúde e segurança.

Não existe um protocolo de avaliação e classificação de risco biológico, nem de doenças respiratórias crônicas, nem de envelhecimento e saúde da pessoa idosa, nem de hepatite, vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas, nem de saúde mental, bucal, da escola, reprodutiva ou sexual e aqui percebemos a grande falha do sistema e as

consequências que isso pode trazer, com o desconhecimento de um histórico tão importante e que diz muito sobre a qualidade de vida da população; também não existe protocolo em vigilância à esquistossomose, malária, tracoma, violência sexual e doméstica, algumas zoonoses, como doença de Chagas, febre amarela, leishmaniose ou leptospirose, sendo que os demais itens são protocolados satisfatoriamente, inclusive a dengue. Concluindo, também não temos livros didáticos para áreas clínicas, e qualquer tipo de estudo é realizado com livros dos próprios profissionais.

Primeiramente, para que o problema possa caminhar para uma solução, precisamos que os próprios gestores e profissionais de saúde comecem a ver ou a dar mais importância a esse grande desafio, que é fazer com que instrumentais e equipamentos que faltam possam ser repostos com frequência, através de um sistema de reposição contínuo. Além disso, é preciso se protocolar os dados sobre doenças e zoonoses que ficam sem um registro frequente, para se ter um maior controle sobre esses dados para então tomar medidas de promoção e prevenção em saúde, e assim, reverter os possíveis dados que sejam negativos. Seria interessante também que quando se descalibrasse um esfigmomanômetro, houvesse a manutenção dos mesmos e não uma troca por novos. Isso significaria uma economia para o município. É preciso também que os gestores comecem a olhar mais para as limitações enfrentadas pelos ACS, durante as visitas domiciliares que realizam, visto que eles são a porta de estrada para o trabalho da equipe, e assim se possa otimizar o trabalho. A informatização do sistema, com uso de telefone e internet da própria unidade, também melhoraria muito o trabalho, pois poderia se ter um maior controle sobre as marcações de consultas e retornos, além de evitar uma demanda excessiva, pois o mesmo usuário não iria ao consultório médico toda vez que tivesse atendimento, mas sim quando houvesse realmente algum problema. A disponibilidade de recursos, melhora a qualidade das palestras e seu interesse por elas, otimizando-se a promoção em saúde.

Tudo isso não estaria muito longe de se resolver, e, os gestores, neste último bimestre começaram a demonstrar mais interesse e começaram a tomar algumas atitudes para melhorar esse quadro através de reuniões mensais para se discutir mudanças, inclusive já estão providenciando o fardamento dos ACS,

mudando algumas fichas de protocolo, falando em reformas das UBS, nos interiores, e buscando uma participação mais ativa de toda a equipe.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Nesta UBS “José Francisco Fontes” em que atuo, há 2664 habitantes cadastrados, sendo 17 crianças menores de 1 ano de idade, com cerca de 17 gestantes fazendo pré-natal, 330 idosos com mais de sessenta anos, 311 hipertensos com mais de vinte anos de idade, 31 diabéticos também com mais de vinte anos de idade, sendo que estes valores estão um pouco aquém do ideal, porém não significa dizer que os mesmos são inconsistentes, mas apenas que talvez a ESF(Equipe de Saúde da Família) esteja conseguindo atingir determinadas metas, como uma conscientização sobre gravidez, planejamento familiar, saúde do idoso, e maneiras pra se conseguir condições de vida saudáveis. O fato, porém muitos dados não estavam sendo registrados, como por exemplo, pra quantos idosos se fez referência a hábitos de alimentação saudáveis, ou pra quantas mães na puericultura se mencionou a necessidade de levar a criança ao dentista. Os profissionais estão conseguindo, porém cobrir toda a área, inclusive urgências e emergências que nunca estão acima do adequado .

Em relação a demanda espontânea, pôde-se observar que a UBS da minha equipe em Ipiranga do PI, ainda tem muito a fazer para atingir um nível de otimização, pois no âmbito da promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução dos danos e manutenção de saúde, ainda não estão sendo feitos de totalmente forma satisfatória.

Há identificação de grupos ou famílias expostos a riscos, e também identificação feita depois da doença já instalada. Também há uma participação ativa dos profissionais no mapeamento e territorialização, porém não é por todos os profissionais. Os profissionais realizam os cuidados de saúde apenas nos consultórios de nos domicílios em visitas domiciliares ativas, porém nas UBS não há realização de pequenas cirurgias ou procedimentos. Os

procedimentos de urgência e emergência são os mais simples possíveis, pois não temos aparato de equipamentos como oxigênio. Isso mostra que a qualidade e a resolutividade são baixas. Não vejo uma busca ativa por pacientes faltosos por parte dos médicos, pois estes sempre mantem um vínculo mais restrito com estes usuários. Já os profissionais de enfermagem e odontologia sempre cobram retorno de faltosos, pois o vínculo é mais ativo. Os ACS também possuem uma participação ativa quanto a isso.

Durante as visitas domiciliares dos usuários acamados, procura-se fazer o melhor possível como curativos, orientações, verificar pressão arterial, consultas, vacinas etc., porém os medicamentos só são entregues na Secretaria de Saúde do município.

Pode-se dizer que o sistema de Referência e Contra Referência funcionam, porém de forma insatisfatória, pois a referência é boa e bem feita, porém a contra referência não acontece da forma desejada. Os únicos procedimentos que são protocolados são os de prevenção e as notificações compulsórias de doenças e agravos são feitas de forma satisfatória. Das atividades com grupos, apenas hipertensão e diabetes (hiperdia), gestantes, puericultura, palestras odontológicas, porém muito falta para se chegar a um ideal, pois não são feitos grupos com adolescentes, nem de aleitamento, nem de capacitação, nem de tabagismo, entre outros.

Nestes últimos meses, houve uma maior promoção dos profissionais para participação da comunidade no controle social, o que leva a uma ampliação dos usuários em sua autonomia e capacidade na construção de cuidados a sua saúde. Infelizmente, não existe por parte da UBS, participação dos profissionais em atividades de qualificação profissional, porém há participação no gerenciamento de insumos necessários para um adequado funcionamento da UBS, por médicos, enfermeiros e dentistas.

Pode-se observar que prioritariamente deve haver algumas mudanças na postura de alguns profissionais, que deveriam participar de forma mais ativa das atividades da UBS, como aumento de vínculo dos médicos com os pacientes. Deveria também ocorrer melhorias em algumas características estruturais e de equipamentos, para melhorar as atividades dos profissionais,

como, por exemplo, maiores recursos de urgência e emergência. O processo de contra referência deveria também passar por profundas mudanças. Deveria haver também uma maior abrangência a alguns grupos, que quase não há trabalhos de prevenção ou promoção de saúde. Mas para que isso ocorra, os gestores deveriam se preocupar com melhorias em notificações, protocolos e identificação de alguns dados além de maior cobrança dos profissionais. Nos últimos meses houve um maior engajamento de todos, gestores e profissionais na busca por essas melhorias, realizando-se reuniões mensais onde estes assuntos passaram a ser discutidos.

Temos em nossa UBS cerca de 17 crianças com menos de um ano e o acompanhamento destas é satisfatório, o que corresponde a 35% do ideal esperado baseado na estimativa que o caderno trás em relação à população total da área de cobertura, mas isso não significa que os dados estão errados ou inadequados, pois realmente só temos 17 crianças menores de um ano em nossa área, visto o bom trabalho da equipe na prevenção de gravidez indesejada ou pela promoção do planejamento familiar.

As crianças até 72 meses possuem um bom acompanhamento quanto às vacinas e as principais infecções decorrentes desta faixa etária. Muitos dados, porém não possuem protocolo nem supervisor responsável por esta cobertura, cabendo à enfermeira arquivar em registro próprio os atendimentos realizados, e notificar alguma alteração.

Os indicadores presentes nos registros de enfermagem da UBS mostram que estas crianças estão tendo um bom acompanhamento, já que estão com consultas em dia, inclusive a primeira e o teste do pezinho realizado no tempo certo, bom monitoramento do crescimento e desenvolvimento, vacinas em dia, acompanhamento da saúde bucal, sendo que qualquer alteração é repassada ao dentista, boa orientação ao aleitamento e prevenção de acidentes, sendo que no primeiro mês a visita é feita na casa da puérpera.

Acredito, de acordo com as leituras feitas, e com o preenchimento do questionário, que os acompanhamentos a estas crianças, poderiam ser melhorados, se houvesse um engajamento de todos os profissionais, e não apenas da enfermeira, que acaba realizando todo trabalho praticamente

sozinha. Porém algumas modificações deveriam ser feitas como os registros, o retorno das consultas e a própria participação do médico e dentista no momento da Puericultura por exemplo. Já os outros dados, considero satisfatórios, pois em casos agudos, a criança é logo encaminhada para estes profissionais.

A minha UBS acompanha 17 gestantes, o que corresponde a uma cobertura de 43% da cobertura esperada pela planilha que não estão coincidentes com o esperado, mas isso não significa dizer que os mesmos estão errados, mesmo correspondendo só à metade do que era esperado. Apenas as mulheres da área em que atuo estão tomando mais precauções anticonceptivas que o esperado, ou seja, estão superando as expectativas nacionais. Esses atendimentos às gestantes e puérperas não seguem um protocolo de atendimento e também não existe uma pessoa responsável por esta supervisão, sendo que os atendimentos são registrados em arquivo próprio feitos pela enfermeira.

Considero que tais indicadores revelam que o acompanhamento pré-natal está favorável, pois as gestantes estão com consultas, exames e vacinas em dia, a grande maioria começou o pré-natal no primeiro trimestre, todas fazem suplementação de sulfato ferroso e começaram no período esperado (20 semanas), mas somente a metade está indo ao consultório odontológico para acompanhamento, mesmo tendo orientações para tal.

Avaliando o questionário preenchido e os dados obtidos na população da UBS coberta pela minha equipe, pude perceber que a cobertura pré-natal e puerpério está adequada, mesmo não estando totalmente satisfatória, uma vez que, praticamente ,apenas a enfermeira faz esse trabalho e apenas encaminha os casos para avaliação médica ou odontológica. Acho que, para que os dados fossem mais efetivos deveria haver uma participação mais ativa de todos os profissionais no momento do pré-natal, como por exemplo, a gestante sair da consulta com a enfermeira e ir diretamente ao consultório médico e odontológico para ser avaliada. Acredito também que atividades educativas como palestras em maior frequência melhorariam os resultados de cuidados consigo mesmas tanto na anticoncepção como no momento em que

descobrissem a gravidez, para que tanto elas como o bebê corressem menos risco de morte.

Na UBS o acompanhamento a mulheres quanto a prevenção do câncer de colo e de mama são realizados em média três vezes por mês, porém não foi possível responder ao caderno de ações programáticas, pois não foi estabelecido um determinado período para os dados que tínhamos registrado sobre exames de prevenção . Estes dados, porém não tinham um protocolo de atendimento, sendo os registros feitos em arquivo próprio pela enfermeira. Estas mulheres possuem uma boa receptividade quanto a realização destes exames e raras são as resistências.

Observando o preenchimento do questionário, percebo o quanto é de extrema importância estarmos sempre trabalhando com o registro daquilo que é feito. Apesar de os exames feitos estarem sendo registrados, não sabíamos a partir de quando fazer o levantamento dos dados que tínhamos protocolados, mas sabíamos que este ano foram registrados 94 exames de prevenção, onde nenhum tinha algum tipo de alteração, e poucas mulheres estavam com este exame em atraso. Verificou-se ainda o quanto seria interessante o engajamento de outros profissionais, inclusive nós, dentistas, na busca ativa de mulheres para fazer tal exame. Fora isso percebo o trabalho da enfermeira e do médico muito eficazes neste aspecto.

Também não foi possível preencher o caderno de ações programáticas sobre câncer de mama, pois não havia registros sobre quantos exames de mama-mamografias ou ultrassonografias estavam sendo realizados. Além disso, não foi estipulado o intervalo de tempo para se contar registros, se estes estivesse sendo feitos.

Então, para se melhorar o processo de trabalho, acredito que é de extrema importância, sempre se fazer um registro de quantas mulheres são encaminhadas para se fazer o exame de mama, além de se registrar sempre o resultado destes exames para se ter um controle sobre a saúde da mulher. Além disso, seria interessante um maior engajamento dos outros profissionais, visando uma maior conscientização das mulheres para importância deste exame.

Sobre a Hipertensão, tínhamos o registro de 311 hipertensos, mas não tínhamos registro sobre alguns tipos de orientações, ou quantos estavam com atraso na consulta, ou com avaliação da saúde bucal em dia, apesar destes serem feitos com frequência. Este valor corresponde a 55% do que era esperado na planilha, mas isso não significa que os dados estejam sendo realizados insatisfatoriamente, pois apesar de corresponder a 55% do esperado, não significa que estes dados estejam errados, apenas o número de hipertensos menor que o esperado. Isso significa que talvez os adultos e idosos estejam cuidando melhor de sua saúde, e tendo orientações eficazes quanto a isso. Há uma média de três atendimentos de hipertensão realizados por mês na UBS, e uma boa aceitação por todos.

Estes atendimentos, porém não possuem um protocolo próprio, nem uma supervisão destes registros, sendo estes feitos em registro próprio pela própria enfermeira.

Então, para se melhorar a forma de acompanhamento de nossa UBS, considero que deveria haver um registro de atividades que são realizadas com frequência, mas não são registradas, como estratificação do risco cardiovascular, exames que estejam em dia, exames complementares, orientações sobre a prática de atividades físicas e alimentação saudável e sobre a avaliação da saúde bucal. Acho pertinente também uma participação ativa de todos os profissionais e repasse frequente destes dados para equipe.

Não tínhamos também registros sobre os atendimentos dos diabéticos, apenas o total destes, apesar de práticas e orientações serem feitas com frequência. Também não são protocolados tais atendimentos em protocolos prontos, mas apenas registrados em arquivo próprio elaborado pela enfermeira.

A quantidade de Diabéticos corresponde apenas a 19% do esperado, o que aparentemente parece insatisfatório, mas não creio que os registros estejam errados, apenas a população está se cuidando melhor ou estão recebendo orientações e seguindo-as de forma mais adequada. Também não existe um protocolo de atendimento. Então, acredito que para tornar esse trabalho mais eficaz, em primeiro lugar é importante que se comece a registrar todas as atividades que estejam sendo realizadas, pois só com estes registros

poderemos ter um maior controle da saúde da população neste aspecto. Em segundo lugar, seria interessante uma participação ativa de todos os profissionais e não apenas do enfermeiro, médico ou dentista. O problema é só a falta de programação, integração e interesse dos demais para se ter um trabalho melhor.

Já em relação à saúde do idoso, a quantidade de idosos registrados, parece estar mais alta que o esperado pela planilha, pois temos 330 idosos e o esperado era 293, ou seja, 113% do ideal. Acredito que o fato de corresponder a 113% do esperado, ou seja, acima da margem, não podemos considerar esses dados errados, pois significa que a população está com maior expectativa de vida, envelhecendo mais, e isso significa melhorias na qualidade de vida. A ESF não possui um protocolo de atendimento a estes idosos, sendo os registros feitos em arquivo próprio, e apesar de se fazer com frequência avaliações e orientações para estes idosos, muitas destas informações não eram registradas.

Algumas coisas precisam ser mudadas para se melhorar as condições de trabalho e torná-lo mais eficaz. Em primeiro lugar os dados precisam ser sempre registrados, mesmo se tratando de questões relacionadas a quantos pacientes foram orientados sobre determinado assunto, ou quantos estão com o acompanhamento em dia, ou em quantos foram feitas avaliações multidimensional rápidas. Considero que dados sobre o número de idosos com HAS e DM deveriam ser sempre registrados e de fácil acesso, mas apenas cada ACS pode nos fornecer separadamente estes números, o que não foi possível apurar a tempo. Talvez também um empenho de profissionais de outras áreas tornaria esse acompanhamento aos idosos bem melhor, apesar do médico, enfermeira e dentista estarem ativos neste acompanhamento. Assim considero falha a equipe no aspecto registro, apesar do excelente trabalho que realiza.

### **1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e a análise situacional**

Com todas estas análises realizadas, pode-se perceber que apesar do esforço e do comprometimento da equipe da UBS, muita coisa ainda está falha, principalmente no que diz respeito ao registro de dados e das atividades feitas, sendo estas muitas vezes consideradas desnecessárias de um protocolo. Além disso, percebe-se o quanto a equipe começou a ficar mais comprometida, depois que estas análises da especialização começaram a ser feitas. Compromisso, dedicação, interesse e integração passaram a ser notável nos atendimentos desta equipe, pois todos estão participando juntos deste curso.

Voltando-se ao início do curso, percebe-se o quanto equivocado se foi em mencionar as dificuldades relacionadas apenas à estrutura física da UBS, sendo que hoje, percebo que os problemas e vícios são bem mais profundos que os notados a princípio.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O Foco de intervenção escolhido para ser trabalhado foi “Saúde Bucal em Escolares”, devido a extrema importância em se conscientizar um grupo que muito ainda tem a transmitir à população em geral, uma vez que está diretamente fazendo parte do processo de aprendizado e , devido a falhas existentes no processo de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal em escolares do município.

A população alvo a ser analisada será a de crianças em fase escolar, entre 6 e 12 anos de idade das escolas da comunidade Jardim, coberta pela equipe 2 da UBS “José Francisco Fontes” do município de Ipiranga do PI. Neste grupo, já são realizadas atividades preventivas de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor, sendo estas feitas duas vezes por ano, fora algumas palestras sobre saúde bucal desenvolvida ao longo de todo ano.

A saúde bucal no município de Ipiranga sofreu muito com a falta de organização como ausência de profissionais na área técnica e auxiliar o que comprometia muito os atendimentos. A equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 1 dentista e 1 aprendizando que ainda está realizando o curso de técnico em higiene bucal. As fichas de prontuários muito extensas também faziam com que aqueles profissionais e até mesmo o próprio cirurgião dentista não se mostrasse motivado para preencher os dados, pois isso afetaria diretamente o tempo disponível para o atendimento. A busca ativa por escolares também pode ser considerada deficiente, apesar de se ter consciência desta necessidade, pois a maioria destes escolares começava, mas dificilmente davam continuidade aos atendimentos. Percebeu-se, assim, que talvez houvesse uma falha diretamente no processo de conscientização destes escolares a respeito da importância da saúde bucal continuada. A

quantidade de palestras realizadas durante o mês também estavam aquém do ideal, pois em média apenas uma palestra mensalmente era realizada, pois só se comparecia às escolas quando havia escovação supervisionada ou aplicação tópica de flúor.

Por conta de tudo isso, com o objetivo de se ampliar a cobertura de saúde bucal em escolares, melhorar a adesão deste grupo aos atendimentos, e a qualidade da atenção aos mesmos, além de se buscar melhorar o registro das informações, se procurou focar bem nesta “saúde bucal de escolares” e, assim, se buscar melhorar indicadores falhos nesse aspecto e, conseqüentemente, em outros que estão a desejar. Para isso será realizada uma intervenção junto às crianças na própria escola, em um primeiro momento, a fim de se avaliar o conjunto de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) das mesmas, e outras afecções que possam estar presentes, além de escovações supervisionadas e aplicações tópicas de flúor na população alvo, buscando-se fazer uma intervenção em todas as crianças em idade escolar (entre 6 e 12 anos), elaborando-se porém um plano terapêutico para aquelas de maior risco, sendo que todas elas serão analisados desde o primeiro atendimento, a partir do preenchimento de fichas clínicas, e posteriormente através de fichas disponibilizadas também pelo curso. Assim buscar-se-á avaliar quais crianças serão encaminhadas com maior necessidade de tratamento terapêutico para o consultório, e destas, quais realizaram o tratamento completo, qual a condição bucal destes escolares, incluindo o levantamento de caracteres que envolvam a doença cárie e outras afecções bucais, e como isso melhorou a saúde bucal como um todo.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à saúde bucal de escolares

### **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;
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**

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

Meta 1: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal para estabelecimento de intervenção terapêutica em 50% dos escolares de 6a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência;

Meta 2: Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 100% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde;

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

Relativo ao objetivo específico 2 :melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal, foi traçada a seguinte meta:

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

Relativo ao objetivo específico 3: melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares, foram traçadas as seguintes metas:

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

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

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

Relativo ao objetivo específico 4: melhorar registro das informações, foi traçada a seguinte meta:

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

Relativo ao objetivo específico promover a saúde bucal dos escolares, foram traçados as seguintes metas:

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

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

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

### **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de dezesseis semanas, no município de Ipiranga do Piauí – PI. O responsável pelas ações é a cirurgiã-dentista da área. Participarão da pesquisa todos os escolares de 6 a 12 anos de idade pertencentes à área adstrita de abrangência da UBS situada na localidade Jardins da UBS do município.

Será utilizado como protocolos os Cadernos de Atenção Básica nº 17 e 24, do Ministério da saúde (BRASIL 2006; BRASIL 2009), no desenvolvimento de atividades de cunho assistencial e educativo, no sentido de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e recuperação clínica de usuários no

âmbito da atenção básica. O cadastro será realizado durante o atendimento clínico.

### **2.3.1 Detalhamento das Ações .**

De acordo com o preenchimento dos objetivos e metas, com adequação percentual do que se busca realizar, procurou-se agora detalhar melhor as ações de intervenção, disposta em 1-Organização e gestão de serviços; 2-Monitoramento e avaliação; 3-Engajamento Público; 4-Qualificação da prática clínica. Nestes quatro processos, será detalhado o que se busca ser feito para alcançar estas metas.

#### **1) Eixo1 Monitoramento e Avaliação**

Assim, para garantir o monitoramento e avaliação, será monitorada pela odontóloga e auxiliar de consultório odontológico a situação de risco dos escolares para doenças bucais, através das reavaliações periódicas dos escolares participantes da intervenção; serão monitorados escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta, através da revisão e reavaliação constante dos escolares. Serão monitorados o número de escolares que são de alto risco e que realizaram a primeira consulta odontológica, através do levantamento epidemiológico do CPO-d.

A periodicidade das consultas, e o monitoramento dos faltosos serão através das buscas realizadas pelo programa de atenção a saúde bucal do escolar, através de visitas na escola, ou através do auxílio do agente comunitário de saúde. A média das ações coletivas de escovação supervisionada por escolar, e as demais atividades coletivas serão monitoradas através de marcações na própria ficha odontológica de cada aluno. Da mesma forma, a conclusão do tratamento dentário será revisada periodicamente nas fichas de atendimentos que foram preenchidas. Serão monitorados os registros de todos os escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica com ajuda dos ACS.

## 2) Eixo2 Organização da gestão

Para garantir à organização e gestão do serviço, serão Identificados os espaços escolares adstritos a cada UBS, através da análise dos mapas da micro áreas fornecidos pelo ACSs assim como será mantido contato com os espaços escolares para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal, e será organizada uma agenda de saúde bucal para as atividades nas escolas e atendimento prioritário a escolares; serão realizados acolhimentos destes escolares na UBS, fazendo-se o cadastro, e organizando-se o agendamento para atendimento dos mesmos. Para isto será organizada uma agenda de modo a priorizar o atendimento a escolares de alto risco. Será reorganizada a agenda do odontólogo a fim de não gerar demanda desnecessária; serão organizadas visitas domiciliares para busca de faltosos, e organização da agenda para acomodar os faltosos após a busca, através do agente de saúde.

Será planejada a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades, estimando-se o número de turnos necessários para atingir a meta para os escolares das escolas da área da unidade de saúde. Também será pactuada com as escolas os horários para realização de ações coletivas de saúde bucal, e elaborada listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida em cada escolar, através do próprio levantamento realizado; será planejado a necessidade de materiais de higiene bucal para realização das atividades, estimando-se o número de turnos necessários para atingir a meta para os escolares das escolas da área da unidade de saúde.

Serão pactuados com as escolas os horários para realização de ações coletivas de saúde bucal e elaborada listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada escolar, através do próprio levantamento realizado; a agenda será organizada para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento, buscando-se garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico e o oferecimento de serviços diagnósticos, através de cobranças com a secretaria de saúde e com os gestores de saúde; será implantada uma

planilha de saúde bucal e ficha para acompanhamento dos escolares cadastrados e pactuada com a equipe o registro das informações, através de edições fornecidas pela UFPEL; Será organizada uma agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola, identificando-se e organizando os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas; será organizado todo material necessário para essas atividades e também listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades, através da elaboração desse material. Também se buscará organizar todo material necessário para essas atividades e listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades. Serão divulgadas as potencialidades das ações trans. e interdisciplinares no cuidado á saúde do escolar, incentivando-se a importância do autocuidado do escolar e promovendo-se a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares. Além disso, será promovida a participação de membros da comunidade e da escola na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares. Também se buscará organizar todo material necessário para essas atividades e listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

### **3) Eixo3 Engajamento público**

Para garantir o engajamento público serão desenvolvidas as seguintes ações: a comunidade será informada e sensibilizada, sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde, pela ação dos ACS e também pelo aumento da divulgação na comunidade, por cartazes e informativos. Os professores e funcionários da escola também serão sensibilizados sobre a dinâmica das atividades e a importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde; será esclarecida a comunidade sobre as necessidades de realização dos tratamentos odontológicos dos escolares, através da realização de atividades educativas coletivas e individuais, tanto na UBS, quanto na escola; a

comunidade será ouvida sobre as estratégias para melhorar a acessibilidade e o atendimento, através da realização de palestras na UBS; se buscará informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde e sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde através de palestras. a comunidade será informada e sensibilizada sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde, se buscará esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento dentário, com a realização de palestras.

Será esclarecido aos escolares e seus responsáveis sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário; Serão divulgadas as potencialidades das ações trans. e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar, incentivando-se a importância do autocuidado do escolar e promovendo-se a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares. Além disso, será promovida a participação de membros da comunidade e da escola na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares.

#### **4) Eixo 4 Qualificação da prática clínica:**

Para garantir a qualificação da prática clínica serão desenvolvidas as seguintes ações: a equipe receberá qualificação para realizar ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, assim como para realizar classificação de riscos, programação de atividades segundo as necessidades e hierarquização dos encaminhamentos dos escolares para atendimento clínico na unidade de saúde; a equipe será capacitada para realizar acolhimento dos escolares e seus responsáveis, para realizar cadastramento e agendamento destes escolares para o programa, através de atividades de educação continuada através de um grupo de discussão; equipe será capacitada para esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal,

e também haverá uma capacitação dos ACS para realização de buscas aos escolares faltosos ao tratamento odontológico, através de reuniões com os mesmos; a equipe será capacitada para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada; os profissionais da unidade de saúde serão capacitados de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do Ministério. Além disso, a equipe será treinada para realizar diagnósticos das principais doenças bucais de crianças de 6 a 12 anos, através de atualizações periódicas sobre o conhecimento dessas patologias, palestras e fornecimento do material necessário. A equipe será treinada para adequado preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento, através de reuniões com os mesmos; também será capacitada para atividades de gestão em saúde, para atividades de fortalecimento do controle social, e para o trabalho multidisciplinar.

### **2.3.2 Indicadores**

Para o acompanhamento dos resultados da intervenção serão utilizados os indicadores abaixo:

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

Meta 1 Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 50% dos escolares de seis a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência

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

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

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

Meta 2: Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 100% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde;

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

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

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

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

Indicador3. 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 primeira consulta odontológica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta6: Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais.

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

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

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

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

Indicador 7. Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

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

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

Objetivo 4: Melhorar registro das informações

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

Indicador 8. Proporção de escolares com registro atualizado.

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

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

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

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

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

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

Meta 10. Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% dos escolares.

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

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

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

Meta 11. Fornecer orientações nutricionais aos escolares.

Indicador 11. Proporção de escolares com orientações nutricionais.

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

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

### **2.3.3 Logística**

No processo de concretização da logística, se buscou com o auxílio de recursos audiovisuais, slides e folhetos informativos, que já foram providenciados a respeito de informações sobre as principais patologias que afetam a cavidade bucal, dar início às orientações aos profissionais sobre a intervenção que será realizada. A análise situacional, e a definição de um foco para intervenção, já foram discutidos com a equipe da UBS em um primeiro momento. Para isso foi realizada uma capacitação da auxiliar de consultório odontológico, semanalmente nas quartas-feiras, no final do atendimento, sobre como seriam feitos os levantamentos, escovações supervisionadas e aplicações tópicas de flúor. Além disso, na semana anterior do início das intervenções em consultório será realizada uma reunião com a equipe, para pactuação das ações, e buscando orientá-la sobre como diagnosticar as principais alterações bucais. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, reservando-se um horário antes do atendimento, ou reservando-se um turno apenas para essa reunião com a equipe. Além disso, para se pactuar as ações, será informado mensalmente à população sobre a intervenção como vai o andamento dos atendimentos referentes ao trabalho e lembrando-se aos profissionais envolvidos, como diagnosticar as principais afecções bucais.

Para realização dessas capacitações serão usados os espaços da própria UBS-sala de espera e da associação de moradores. Às vezes também se pode utilizar as próprias salas de aula, sendo que os panfletos serão confeccionados pelos próprios profissionais, e às vezes necessitando-se do

retroprojetor e das carteiras da escola. Porém na maioria das vezes será mesmo utilizada, é a própria oratória, sem nenhum outro recurso. As reuniões serão em sua maioria conduzidas pela dentista, porém sempre com a participação do médico e do enfermeiro.

Serão também realizadas reuniões com os ACS a cada 15 dias, na própria USB após os atendimentos para uma busca aos pacientes faltosos, para que estes não abandonem o tratamento.

Ao final de cada semana, as informações coletadas pela cirurgia dentista, e sobre responsabilidade da mesma, através do levantamentos epidemiológico e das fichas clínicas odontológicas, serão consolidadas nas planilhas eletrônicas.

Esse processo de intervenção já foi prontamente informado aos gestores da saúde e na escola onde se colheu os dados sobre as crianças que serão atendidas e supervisionadas, a fim de se concretizar os dados da intervenção. As fichas espelhos sobre saúde bucal em escolares disponibilizadas pela universidade UFPEL, serão utilizadas então para intervenção.

Para realizar a intervenção no Programa Saúde Bucal em escolares, vamos adotar o Protocolo de Saúde Bucal em escolares de seis a doze anos adotado pelo Ministério da Saúde. Utilizaremos as fichas de levantamento epidemiológico para se adquirir os dados das condições de saúde bucal em escolares nesta faixa etária que estudam na micro área “Jardins”, porém incluído as crianças de outras micro áreas cobertas pela equipe 2(Canto, Jardins e Areal) do município de Ipiranga do PI .

Inicialmente será feita uma avaliação bucal em cerca de 60 crianças, e dentre estas 50% serão selecionadas para se realizar intervenção terapêutica. Além disso, serão feitas orientações em saúde bucal, através de palestras, além de escovações supervisionadas e aplicação tópica de flúor naquelas que não participarem dos atendimentos clínicos, mas que estão dentro do grupo de levantamento epidemiológico.

Para se realizar o levantamento epidemiológico do grupo pertencente ao programa a cirurgia- dentista disporá de fichas de levantamento epidemiológico

que o município dispõe, para que se possa colher os dados das crianças entre seis e doze anos da micro área coberta pela equipe e fichas disponibilizadas pelo próprio curso. A profissional buscará também conseguir com a secretaria e gestores, fichas odontológicas mais práticas e que estejam de acordo com o que o Ministério da Saúde exige, para que se possa registrar os dados clínicos do grupo de risco e se fazer o acompanhamento do mesmo ao longo destes quatro meses. Além disso, se usará também escovas e flúor em gel fornecidas pela secretaria de saúde do município para se realizar as escovações supervisionadas e a aplicação tópica de flúor; além de instrumentos audiovisuais para realização de palestras de orientação sobre saúde bucal. Ao longo desse processo se fará um monitoramento, anexando-se as anotações sobre as consultas em atraso, ou sobre pacientes faltosos, além de outras que se julgar necessário.

Para isso, o principal responsável por esse trabalho, será o próprio cirurgião-dentista, com ajuda da auxiliar de consultório dentário. O início das ações será feita na escola da micro área Jardins do município de Ipiranga do PI, onde estão matriculadas todas as crianças cobertas pela equipe 2 que atende na UBS desta região, e terão continuidade no consultório odontológico desta Unidade Básica de Saúde.

A análise situacional, e a definição de um foco para intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS em um primeiro momento. Assim se terá início às intervenções, com a capacitação da auxiliar de consultório odontológico, sobre como serão feitos os levantamentos, escovações supervisionadas, aplicações tópicas de flúor, além de se capacitar a equipe, orientando-a como diagnosticar as principais alterações bucais. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, reservando-se um horário entre os atendimentos, para informar a população sobre a pesquisa e aos profissionais sobre as principais alterações bucais que possam ser diagnosticadas no grupo que será avaliado.

A cada semana será realizada uma alimentação aos dados das planilhas eletrônicas utilizadas e as informações coletadas através do levantamento epidemiológico e das fichas clínicas odontológicas, serão consolidadas em tais planilhas eletrônicas ao final de cada mês.

## 2.3.4 Cronograma

Ações Propostas	Primeiro Mês				Segundo Mês				Terceiro Mês			Quarto Mês				
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS	X	X	X													
Análise das condições bucais ,incluindo CPO-D , e outras alterações			X	X												
Análise das crianças com maior necessidade de intervenção terapêutica.				X				X				X				X
Escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor	X	X														
Atendimento clínico individual aos escolares	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Busca ativa dos escolares faltosos as consultas	X		X		X		X		X		X		X		X	
Reunião com equipe para discutir o andamento do projeto e reprogramar as ações				X			X					X				X
Atualização dos dados cadastrais dos idosos atendidos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento sem anal dos indicadores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento mensal dos indicadores				X				X				X				X
Atividade de educação permanente (com a equipe)	X				X				X				X			
Atividades educativas em sala de espera	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atividade de promoção e prevenção à saúde na comunidade			X						X				X			

### **3 Relatório de Intervenção**

O processo de Intervenção foi planejado em um período pré-determinado de 4 meses, no entanto, realizado em 6 meses e teve suas metas estabelecidas para que fossem realizadas durante esse período. Vamos aqui fazer um relato sobre essa intervenção realizada, que teve algumas falhas, mas foi eficaz em sua maioria dos objetivos.

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas**

Em primeiro lugar, ao final do processo de intervenção, ao se observar a proporção dos escolares examinados na escola, pode-se perceber que esse valor foi crescendo proporcionalmente com o decorrer dos meses, variando entre acima de 20% e 40%, e no último mês fica em 50%. Isso se dá porque com o decorrer das semanas, iam chegando mais crianças para fazerem parte da intervenção. Além disso, a quantidade final de crianças atendidas alcança aquele valor pretendido inicialmente, que era de atender pelo menos 30 crianças. Atingiu-se, portanto a meta de se intervir em pelo menos metade da população adstrita.

Da mesma forma, a proporção dos escolares moradores da área de abrangência com a primeira consulta odontológica, pode-se perceber que este valor, o final da intervenção atinge 50%. A proporção de escolares de alto risco com a primeira consulta odontológica realizada mantêm-se nos 4 meses com 100%. Isso porque as crianças que começaram a ser atendidas no primeiro mês, são aquelas que já foram ou faziam parte dos atendimentos de alguma forma, e então foram encaixados como fazendo parte da intervenção, atingindo-se, portanto a meta preestabelecida.

Quanto à aplicação de flúor gel nas crianças com alto risco de cárie, observamos que esse valor é baixo no primeiro mês, aumentando bastante no

segundo e caindo no terceiro e quarto meses. Isso depende muito do atendimento individual de cada criança, ou seja, muitas delas às vezes ficavam sem aplicação tópica de flúor (ATF) por já terem sido aplicadas anteriormente em determinada criança, ou por descuido do próprio profissional que às vezes esquecia-se de aplicar esse flúor devido à enorme sobrecarga de atendimentos.

A proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal, orientação sobre cárie dentária, e orientações nutricionais, observa-se que cresce naturalmente devido ao crescimento do número de crianças que vão sendo atendidas, porém atingindo-se uma cobertura de apenas um pouco superior a 50% e não aos 100% como se planejou a princípio. Isso aconteceu por que dentro do consultório nem todas as crianças da área foram cobertas na intervenção, porém todas elas receberam orientação e ATF no ambiente escolar, apesar de ainda se pretender dar uma continuidade ao atendimento de todas elas. Assim, podemos concluir que estas três últimas metas foram cumpridas.

### **3. 2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas**

No começo desse processo, tive alguns problemas, por que houve mudança na localização da UBS. A princípio a mesma ficava na localidade conhecida como “Jardim” (posto José Francisco Fontes), e posteriormente essa UBS passou a estar na localidade “Canto”( posto Vicente de Paulo Santos) , já que a primeira estava e ainda está em processo de reformas profundas. Apesar da mudança, por informações da enfermeira que coordenava a secretaria de saúde, continuamos a tratar como “Jardim” o nome que a UBS possuía, mesmo com outra denominação naquela região. Depois dessa mudança tive muitas dificuldades em trazer os alunos devido a distância para aqueles que não tinham meio de transporte.

Assim, quando comecei o processo de intervenção no consultório, comecei atender as crianças da localidade “Jardim”, e alguns deles, já haviam

começado o tratamento antes no Canto, e apenas dei continuidade. Dessa forma tive que fazer uma busca ativa, juntamente com a colaboração de todos, inclusive da zeladora que me ajudou muito, por conhecer muitas famílias e informar aos pais da minha disponibilidade de atender essas crianças. Durante o processo de intervenção, os pais se mostraram bastante colaborativos, foram bastante presentes nos atendimentos dos seus filhos, ajudando com aquelas crianças mais resistentes. Poucas crianças, talvez umas duas ou três deram bastante trabalho durante o atendimento. Encontrei duas que não eram da área, sendo que uma veio passar uma temporada no Piauí e outra que morava em outra área, mas que ficava bastante tempo nessa área na casa de parentes. No meio da intervenção até o final, apareceram muitas crianças cujos pais foram mais ativamente em busca de atendimento. Acho que isso ocorreu devido à maior divulgação dessa intervenção e devido a busca ativa com ajuda dos agentes comunitários de saúde e de todos que trabalham comigo no posto inclusive da Técnica em Saúde Bucal, e da divulgação pelos próprios pais, que talvez foi o que mais deu sustentabilidade a essa divulgação.

Com relação às buscas realizadas aos escolares, estas ficaram nulas no primeiro mês, pois os pacientes em atendimento, ou os que começaram a fazer parte deste, eram bem assíduos em um primeiro momento, por morarem próximo ao posto (da localidade Canto), ou por que tinham medo de perderem a vaga. Logo no segundo mês esse valor subiu bastante, pois as crianças que moravam mais distantes do posto começaram a ser atendidas, lembrando-se que essa UBS é temporária, visto que a outra (da localidade Jardim) estava passando por reformas profundas. Assim, as crianças da escola onde foram feitos os primeiros levantamentos, moravam em sua maioria distante da UBS substituta, dificultando o processo de deslocamento, e aquelas crianças que moravam próximo ao segundo posto (Posto do Canto), foram as primeiras a serem atendidas. Por isso quase não se realizou buscas ativas no primeiro mês, ao contrário dos seguintes, onde essas buscas ativas passaram a serem frequentes vistos à dificuldade de deslocamento da população dos Jardins. Assim no segundo mês ficou acima de 80%, (mais precisamente 89,8%, que representa 26 crianças. e nos dois últimos meses um pouco abaixo desse

valor, não se cumprindo, portanto a meta pré-estabelecida dos 100%, que representaria as 30 crianças.

Em relação aos escolares com escovação dental supervisionada com creme dental, esse valor foi proporcionalmente subindo a cada mês, em decorrência da quantidade de crianças que ia aumentando cada vez mais com o passar das semanas, chegando-se, porém a 50%, que representa as 30 crianças que estavam fazendo parte da intervenção, não se atingindo, portanto a meta pré-estabelecida neste aspecto, que era fazer a escovação supervisionada em consultório de todas as 60 crianças Lembrando-se porem, que essa intervenção terá uma continuidade e pretende-se atingir os objetivos.

A proporção de escolares com tratamento dentário concluído vai subindo pela conclusão lógica dos atendimentos que foram sendo finalizados, conseguindo-se concluir o tratamento em menos da metade destas crianças 46,7% delas no total, o que em números significa apenas 14 crianças. Apesar de não se ter cumprido a meta neste aspecto, é importante se frisar que os atendimentos a estas crianças terão continuidade até se concluir e intervir em todas elas.

A proporção de escolares com registro atualizado varia bastante devido ao grande número de crianças que foram aparecendo com o decorrer dos dias e da dificuldade de atualizar todos eles. Portanto ainda não foi possível atingir a meta neste aspecto.

### **3. 3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados**

Percebe-se assim, que houve uma grande variação no percentual desses indicadores no decorrer das semanas, devido à variabilidade de fatores que influenciaram diretamente nesses percentuais. Senti um pouco de dificuldade em manter atualizados os dados de todas estas crianças, devido ao número delas que crescia cada vez mais e a necessidade de conciliar o atendimento das mesmas com a dos adultos. Senti o tempo um pouco curto para dar conta de tudo isso. Mas vale frisar aqui que o atendimento das

mesmas terá uma continuidade até serem todas concluídas. Como já foi explanado anteriormente, também senti no comecinho, muita dificuldade de trazerem estas crianças para o consultório.

Senti muita dificuldade a princípio para aprender a lidar com o Excel, pois não tinha tido nenhuma intimidade com esse programa, mas com o decorrer das semanas tudo foi se esclarecendo e se tornando mais fácil.

### **3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço**

De acordo das ações previstas no projeto de intervenção, para serem incorporadas na rotina do serviço, que são 1-Organização e gestão de serviços; 2-Monitoramento e avaliação; 3-Engajamento Público; 4-Qualificação da prática clínica percebe-se que passou a ser organizado o processo de atendimento a essas crianças, o que antes não era, e isso é a base para uma mudança profunda nesse processo organizativo. Percebeu-se que foi possível cumprir a maior parte desse processo organizativo e assim, mudar a dinâmica do atendimento, melhorando este na maioria de seus aspectos. Percebeu-se, porém que muitos deles não foram possíveis mesmo sendo planejado, o que mostra como é difícil se cumprir totalmente o que se planeja para o sistema público devido às próprias dificuldades que esse tipo de sistema nos impõe.

Sobre o primeiro eixo, percebe-se que ele foi cumprido, o que anteriormente não era feito, o que revela a fragilidade de ineficácia que estava tendo o processo organizativo, anteriormente a esse processo de monitoramento e avaliação.

O segundo eixo foi parcialmente cumprido, o que nos mostra o quanto é difícil implementar e concretizar ações no serviço público, pois mesmo no processo de intervenção , que foi bem planejado, ainda deixou um pouco a desejar.

Percebe-se que se cumpriu quase que completamente com todas as ações previstas sobre engajamento público, e quase todas elas foram

implantadas, deixando a desejar apenas o treino da equipe para aprender a preencher os prontuários, planilhas e fichas para acompanhamento.

Percebe-se assim o quanto é difícil se implementar ações no serviço público, mas as mesmas que foram implementadas , que sirvam como modelo para que cada vez mais se possa melhorar esse sistema.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

O processo de intervenção foi realizado no município de Ipiranga do Piauí, nos períodos compreendidos entre meados de Abril de 2014 à Outubro do mesmo ano, totalizando, portanto, 6 meses de intervenção, bem mais do que foi planejado, que seriam os quatro meses. Essa extensão do processo de intervenção além dos quatro meses previstos se deu por motivos pessoais e por questões de problemas com o consultório. Em primeiro lugar, tive que tirar licença à maternidade e meu retorno foi um pouco difícil, para conciliar trabalho, estudos, participação ativa nesse curso da UFPEL, e cuidados com o bebê. Além disso, quando algum equipamento do consultório odontológico apresentava problemas, como, por exemplo, no compressor ou no equipo, muito tempo se perdia desde a solicitação de conserto até a realização do mesmo. Porém a intervenção foi bem estruturada, e pôde ser realizada de forma bastante eficaz, sendo efetivamente apenas quatro meses de atuação.

Na primeira meta, ao final do processo de intervenção, ao se observar a proporção dos escolares examinados, pode-se perceber que esse valor vai crescendo proporcionalmente com o decorrer dos meses, variando entre acima de 20%, que seria em números o equivalente a 16 crianças, e no último mês atingindo 50%, que representaria as 30 crianças. Isso se dá porque com o decorrer das semanas, iam chegando mais crianças para fazerem parte da intervenção. Além disso, a quantidade final de crianças atendidas alcança aquele valor pretendido inicialmente, que era de atender pelo menos 30 crianças referente a metade do total da área, no processo de intervenção. Atingiu-se, portanto a meta de se intervir em pelo menos metade da população adstrita. Se esse objetivo de intervir em certa porcentagem de determinados

grupos populacionais fosse implementado, acredito que a resolutividade do sistema melhoraria consideravelmente.

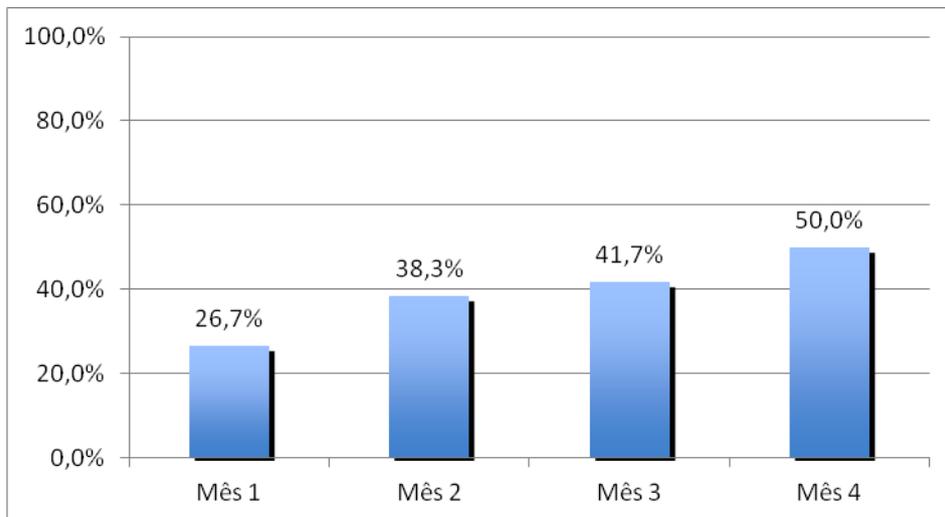


Figura 1 Proporção de escolares examinados na escola da área de abrangência da UBS de Jardim, Ipiranga do Piauí, PI

Na segunda meta, relativa à proporção dos escolares moradores da área de abrangência, pode-se perceber que este valor alcança 100% no primeiro mês, no segundo mês cai um pouco, no terceiro e quarto mês sobe para 100%. Atingiu-se, portanto a meta de 30 crianças atendidas pertencerem a área. Se a equipe se empenhar em sempre dar atenção especial e cobertura completa a população de sua equipe, acredito que todos seriam beneficiados: os usuários, os profissionais de saúde e a gestão municipal.

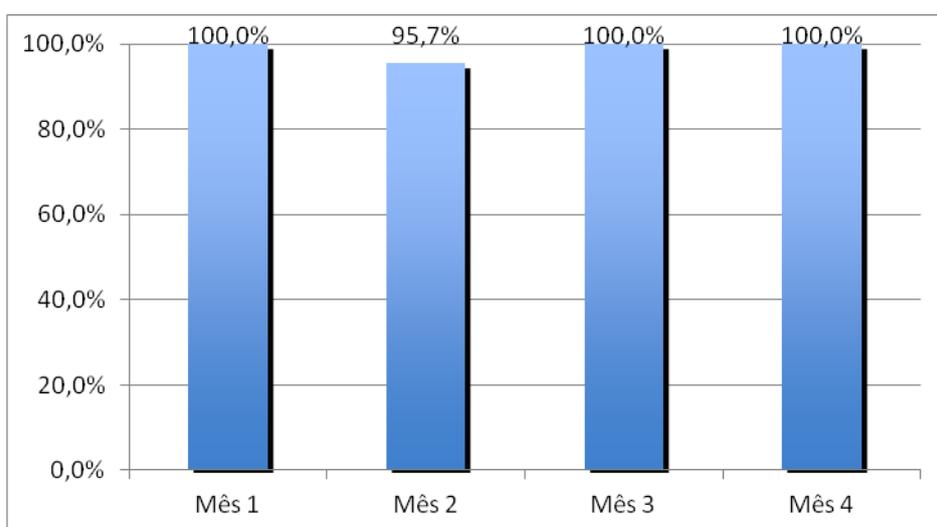


Figura 2 Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com primeira consulta odontológica, Ipiranga do Piauí, PI

Na terceira meta, os resultados encontrados ao final da intervenção, observou-se a proporção de escolares de alto risco com a primeira consulta odontológica realizada. Durante os 4 meses de intervenção 100% dos escolares de alto risco, ou seja, as 30 crianças, realizaram a primeira consulta odontológica. Isso porque as crianças que começaram a ser atendidas no primeiro mês, são aquelas que já foram ou faziam parte dos atendimentos de alguma forma, e então foram encaixados como fazendo parte da intervenção, atingindo-se, portanto a meta pré-estabelecida. Os escolares de risco, segundo a ficha-espelho, são aquelas que apresentam pelo menos uma lesão de cárie. Acredito assim que a realização da primeira consulta é de extrema importância para a odontologia no sistema público, visto que é a base e um guia para todos os outros atendimentos subsequentes, daí a importância de se ter fichas odontológicas bem estruturadas.

As crianças da escola onde foram feitos os primeiros levantamentos, moravam em sua maioria distante da UBS substituta, dificultando o processo de deslocamento. Por isso quase não se realizou buscas ativas no primeiro mês, ao contrário dos seguintes, onde essas buscas ativas passaram a ser frequente visto à dificuldade de deslocamento da população de Jardins. Assim no segundo mês ficou acima de 80%(89,8% que representa 26 crianças) e nos dois últimos meses um pouco abaixo desse valor, não se cumprindo, portanto a meta pré-estabelecida dos 100%(de realizar buscas ativas para todas as 30 crianças), o que pode ser de certa forma um fator positivo, uma vez que a princípio se realizava busca ativa de todas elas, o que não foi preciso devido à assiduidade de alguns. Considera-se assim essencial que as equipes implementem buscas ativas como essencial na realização de seus atendimentos, pois o retorno de cada escolar representa para nós profissionais e gestores, a certeza de que estão sendo bem acompanhados e com garantia de conclusão de seu atendimento.

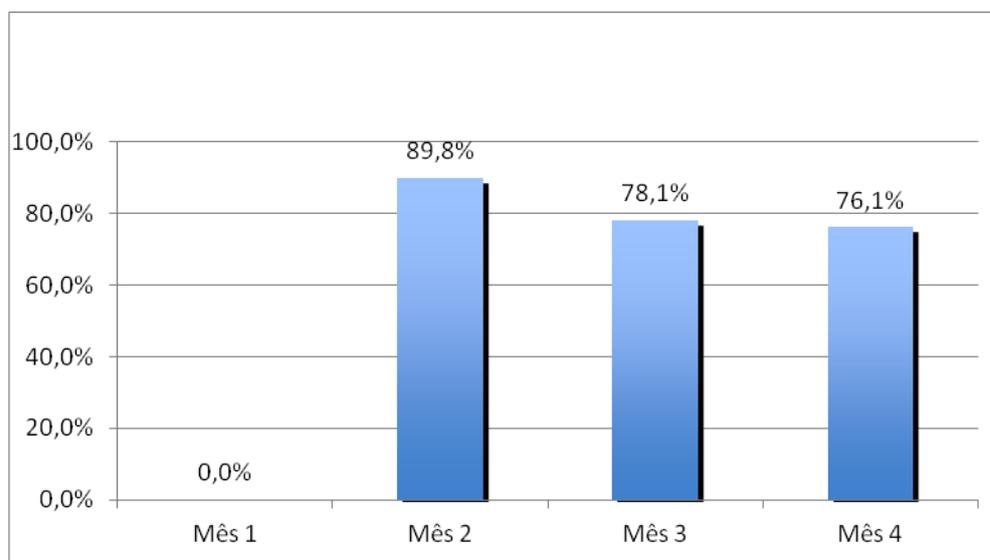


Figura 3 Proporção buscas realizadas aos escolares moradores na UBS de Jardim, Ipiranga do Piauí, PI

Já para a meta relativa aos escolares com escovação dental supervisionada com creme dental, esse valor foi proporcionalmente subindo a cada mês, em decorrência da quantidade de crianças que ia aumentando cada vez mais com o passar das semanas, chegando-se, porém a valores um pouco acima de 50%, não se atingindo, portanto a meta pré-estabelecida neste aspecto, que era fazer a escovação supervisionada em consultório de todas as 60 crianças. Lembrando-se, porém, que essa intervenção terá uma continuidade e pretende-se atingir os objetivos. Essa meta de 100% não foi atingida porque a princípio considerei um objetivo que deveria ser realizado na própria escola, cobrindo todas as crianças da área. Como o foi, porém, no consultório, apenas metade das crianças foram submetidas a essa escovação. Isso quer dizer que de certa forma esse objetivo foi alcançado fora do consultório, dentro do ambiente escolar. Tomando-se a intervenção dentro do consultório esse valor cai pela metade. O processo de implementação dessa escovação supervisionada representaria para a UBS e para o próprio município, um grande avanço, visto que a prevenção é a base para uma vida saudável da população, e ensinar essa população de forma bem simples a realizar corretamente sua higiene bucal, seria a base para concretização desse processo.

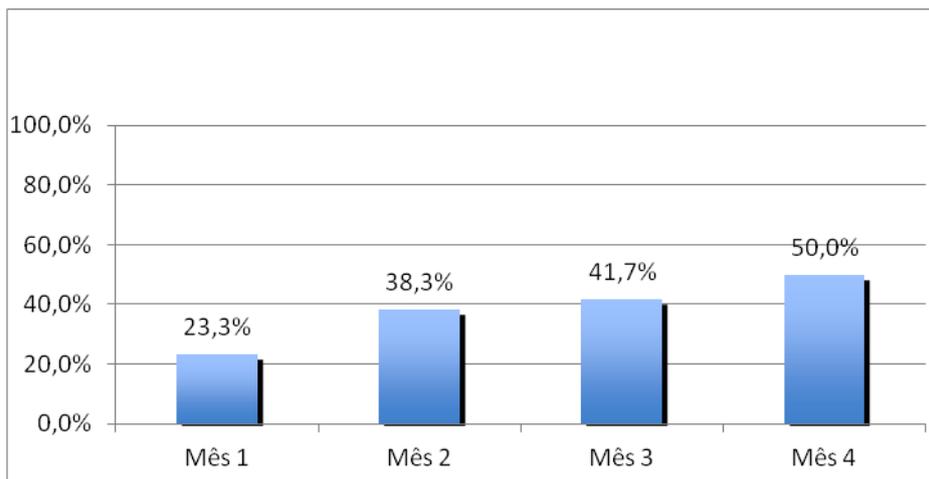


Figura 4 Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com escovação dental supervisionada com creme dental, Ipiranga do Piauí, PI

Com relação a sexta meta, que diz respeito à aplicação de flúor gel nas crianças com alto risco de cárie, observamos que esse valor é mais baixo no primeiro mês, aumentando no segundo e mantendo a meta de 100% no terceiro e quarto meses. Isso depende muito do atendimento individual de cada criança. Esses valores ficaram em 100%, atingindo-se portanto a meta de realizar aplicação tópica de flúor em todas as crianças da área, pois isso foi realizado na própria escola e não no consultório odontológico. A aplicação de flúor já está implementada nas escolas como atividade obrigatória de prevenção e promoção de saúde bucal e representa sempre uma forma simples de se realizar prevenção da cárie. Portanto essa atividade deve estar sempre presente.

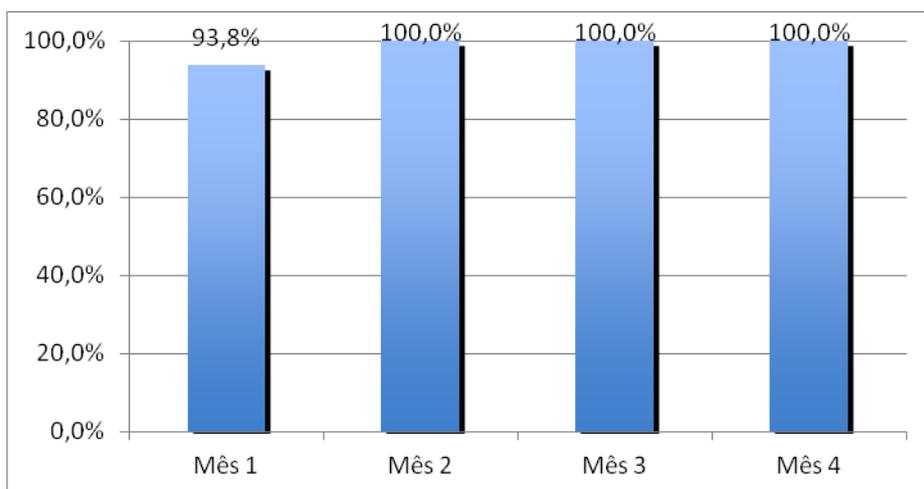


Figura 5 Proporção de escolares de alto risco com aplicação de fluoretado com escova dental, Ipiranga do Piauí, PI

Para a sétima meta, a proporção de escolares com tratamento dentário concluído vai subindo pela conclusão lógica dos atendimentos que foram sendo finalizados, conseguindo-se concluir o tratamento em apenas menos da metade destas crianças (46,7%), que representa 14 crianças. Apesar de não se ter cumprido a meta neste aspecto, é importante se frisar que os atendimentos a estas crianças terão continuidade até se concluir e intervir em todas elas. Não conseguimos cumprir a meta, principalmente pela grande demanda e o tempo curto de 4 meses para dar tratamento concluído a todas elas. Nunca devemos então como profissionais, deixar de atender um escolar até que o tratamento do mesmo venha a ser concluído. Frisar nesse ponto representa, portanto, uma forma de se qualificar o processo de intervenção no serviço.

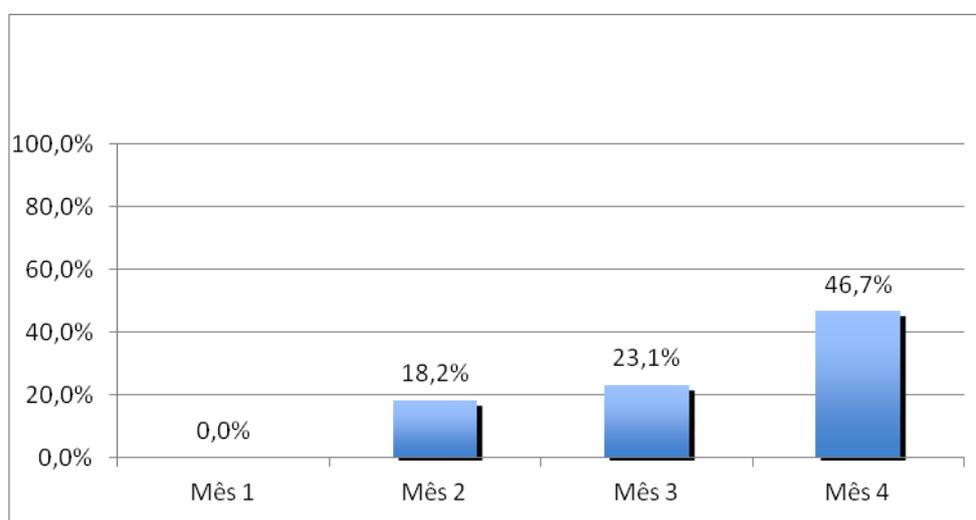


Figura 6 Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com tratamento dentário concluído, Ipiranga do Piauí, PI

A oitava meta, de acordo com os resultados referentes a proporção de escolares com registro atualizado, variou bastante, subindo no segundo mês de 25% para acima de 77% (que em números significa 23 crianças), e voltando a declinar nos seguintes, ficando acima de 60% (18 crianças) e acima de 50% (15 crianças) respectivamente, devido ao grande número de crianças que foram aparecendo com o decorrer dos dias e da dificuldade de atualizar todos eles. Portanto ainda não foi possível atingir a meta neste aspecto, porém como os atendimentos continuarão em andamento, pretende-se cumpri-la. Da mesma forma, conforme discutido no item anterior, manter registros atualizados

representa muito a qualificação da intervenção, e assim, é essencial para o processo organizativo, manter diariamente atualizada a ficha de cada escolar.

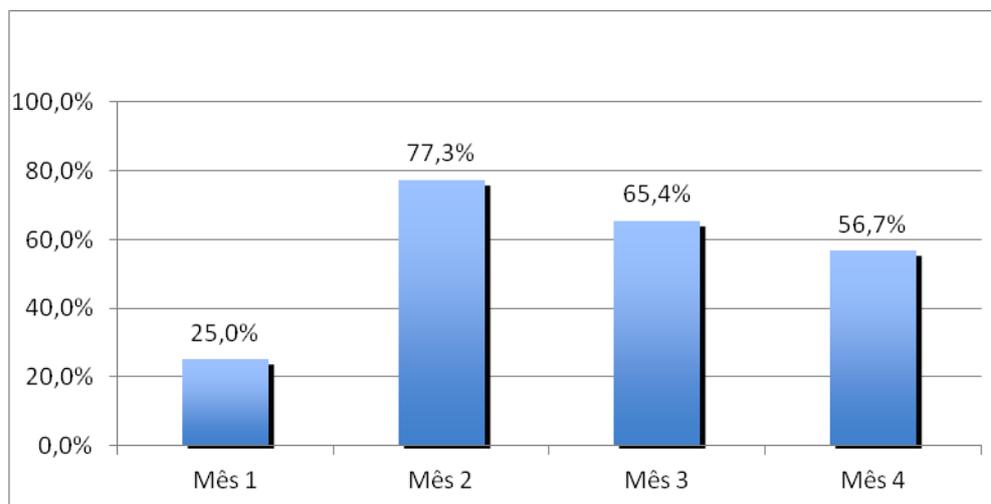


Figura 7 Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com registro atualizado, Ipiranga do Piauí, PI

Para as metas relativas respectivamente à proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal, orientação sobre cárie dentária, e orientações nutricionais, observa-se que esses indicadores vão crescendo naturalmente devido ao crescimento do número de crianças que vão sendo atendido, porém atingindo-se para estes fatores, uma cobertura de apenas 50% (30 crianças para cada indicador) e não os 100% (60 crianças) como se planejou a princípio. Isso aconteceu por se intervir em apenas metade da população das crianças que faziam parte da área, apesar de ainda se pretender dar uma continuidade ao atendimento de todas elas. Essas orientações muitas vezes passam despercebidas na rotina dos atendimentos, mas devem e precisam ser enquadradas como obrigatórias para cada usuário, para melhorias no próprio processo de prevenção.

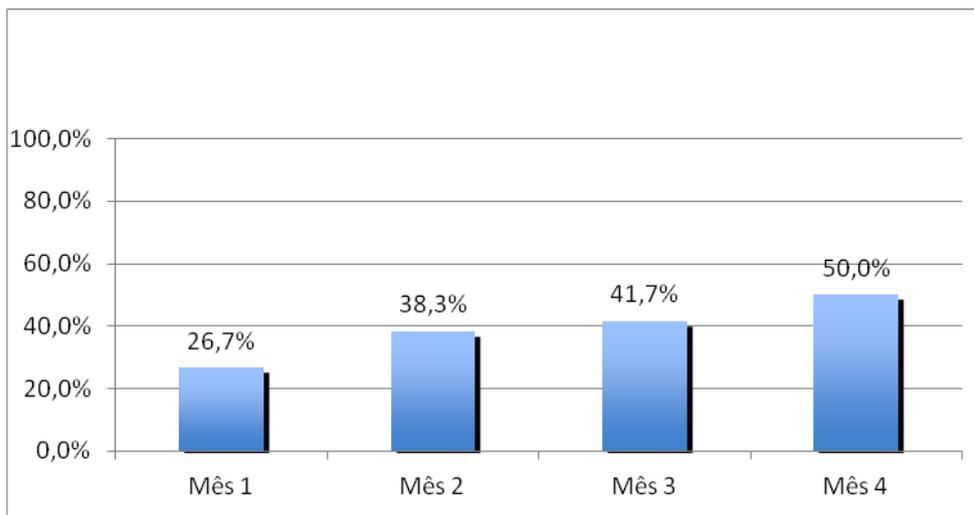


Figura 8 Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com orientação sobre higiene bucal, Ipiranga do Piauí, PI

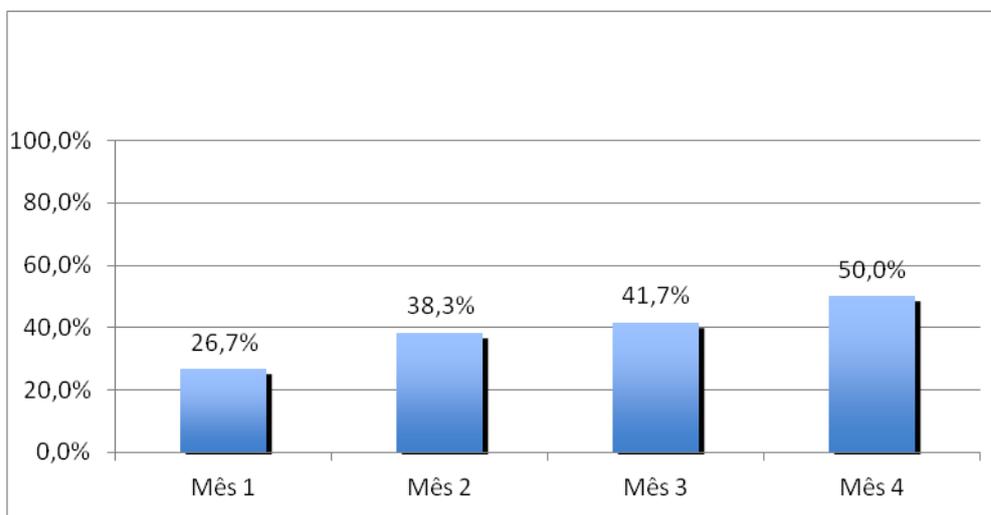


Figura 9 Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com orientação sobre cárie dentária, Ipiranga do Piauí, PI

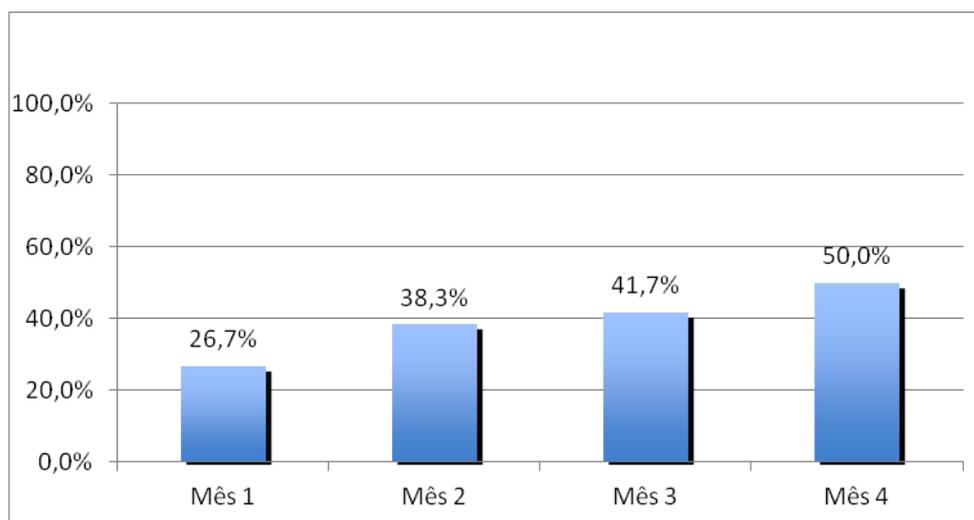


Figura 10 Proporção de escolares moradores da UBS de Jardim com orientações nutricionais, Ipiranga do Piauí, PI

Percebe-se assim, que houve uma grande variação no percentual desses indicadores no decorrer das semanas, devido à variabilidade de fatores que influenciaram diretamente nesses percentuais. Sentimos um pouco de dificuldade em manter atualizados os dados de todas estas crianças, devido ao número delas que crescia cada vez mais e a necessidade de conciliar o atendimento das mesmas com a dos adultos. Sentimos o tempo um pouco curto para dar conta de tudo isso. Mas vale frisar aqui que o atendimento das mesmas terá uma continuidade até serem todas concluídas. Como já foi explanado anteriormente, também sentimos no começo, muita dificuldade de trazerem estas crianças para o consultório.

## 4.2 Discussão

De acordo com a avaliação da intervenção realizada, obtivemos alguns resultados que tiveram influência direta na comunidade, para o profissional de saúde e para os gestores.

Com a intervenção, alcançamos a cobertura esperada, de metade da população das crianças entre seis e doze anos que fazem parte da área da UBS. Ou seja, trinta e duas crianças, das sessenta examinadas na escola

foram atendidas no consultório odontológico, passando desde as primeiras avaliações até a conclusão do caso clínico de algumas delas e continuidade presente e futura das outras. Alcançou-se também cumprimento de algumas metas previamente estabelecidas, como cobertura da quantidade esperada de crianças atendidas (que seria de 30 crianças), proporção de escolares de alto risco com a primeira consulta odontológica realizada, escovação supervisionada dos escolares, aplicação tópica de flúor em todas elas, e orientações sobre higiene bucal, sobre cárie dentária e orientações nutricionais. Estes três últimos fatores, apesar de não serem realizados no consultório com todas as crianças da área, foram cumpridas na escola nas palestras para levantamento, para orientações e para aplicações tópicas de flúor. Ficaram a desejar apenas as buscas ativas que deveria cobrir todo público alvo, os tratamentos que não puderam ser concluídos em sua totalidade nesse período de tempo e atualização de registros.

Para equipe, tivemos muito que ganhar com esse processo de intervenção. Primeiro, podemos dizer que a equipe passou a ficar cada vez mais integrada na busca de um objetivo em comum, que seria trazer as crianças ao consultório para fazerem parte da intervenção. Cada um dos profissionais, tanto médico, como enfermeiro como técnicos mostraram-se interessados no tema sobre saúde bucal como um todo, fazendo também observações importantes, como por exemplo, a interação que o médico explanou em palestras sobre o resultado negativo para o organismo como um todo, que um dente infeccionado pode trazer. Em segundo lugar podemos dizer que como houve palestras e grupos para informar melhor a equipe sobre o trabalho e fazer orientações sobre as principais afecções bucais, houve um crescimento profissional teórico prático sobre esse tema. Além disso, a equipe aprendeu muito mais sobre como organizar os atendimentos como um todo, e não deixá-lo disperso como vinha acontecendo.

Para o serviço da UBS como um todo, pode-se perceber que todo mundo passou a ficar mais cooperativo o que otimizou os atendimentos, tornando esse serviço mais dinâmico, eficiente e prazeroso.

Mas na realidade, quem saiu ganhando mais nesse processo de intervenção foi a população, que teve um atendimento mais assíduo de suas crianças e mais acolhedor, o que fez melhorar a relação entre pais e equipe como um todo por perceberem a efetividade do serviço como um todo. A população também se mostrava a cada dia mais satisfeita devido ao comprometimento profissional em trazer as crianças ao consultório e realizar os atendimentos da maneira mais completa e dinâmica possível.

Tudo isso melhorou de forma geral o trabalho da UBS como um todo, o que refletiu na própria gestão que se mostrou mais compromissada em oferecer melhores condições de serviço a todos, apesar das dificuldades financeiras que o município atravessa.

Se o processo de intervenção começasse hoje, porém, algumas coisas eu como profissional faria diferente, como diminuir a quantidade de crianças que deveria intervir nesses quatro meses, pois assim melhoraria o atendimento para aquelas que estivessem dentro da intervenção e assim também conseguiria concluir todos os atendimentos nesse período de tempo estabelecido pelo programa. Outra coisa que eu faria diferente seria diminuir o número de atendimentos para outras faixas etárias, e ainda realizar mais palestras com os pais das crianças atendidas, para que eles trabalhassem melhor o processo de prevenção da cárie dentária com a conclusão dos atendimentos. Esperar que a verdadeira sede da UBS ficasse pronta, poderia ser avaliado, devido à proximidade desta sede em reforma com as crianças da área, mas isso teria o lado negativo, pois não se tem previsão de quando a obra ficaria pronta, o que afetaria diretamente o trabalho como um todo.

Com tantos pontos positivos obtidos com esse processo de intervenção, hoje, como profissional, tenho uma ideia bem melhor, bastante diferente, de como atender uma comunidade de Saúde da Família. Pretendo assim adotar o modelo de intervenção para dar assistência a todos os outros grupos populacionais. É preciso, porém adotar ainda muitos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço, como em primeiro lugar, uma atenção especial dos gestores ao empenho dos profissionais na busca de melhorar esse serviço, uma melhoria na estrutura física das UBS (que já está a caminho), melhorias

nos salários, o que seria com certeza um fator bastante motivador, e melhorias nos instrumentos e insumos de trabalho. O empenho dos profissionais seria fundamental para melhorar também esse serviço, pois de nada adianta uma boa gestão e um mau profissional. Assim, seria também interessante se o município oferecesse cursos de reciclagem com profissionais capacitados em todas as áreas, pois com o tempo os conhecimentos tornam-se defasados, apesar de uma boa experiência profissional. Adotar esse modelo de intervenção no atendimento aos diversos grupos populacionais em saúde muito contribuiria para uma maravilhosa melhoria do serviço.

### **4.3 Relatório de intervenção para o gestor**

Senhores e Senhoras da Gestão

Nesta semana, além do relatório de Intervenção voltado para comunidade, também voltamos esse trabalho para vocês, como gestores.

O processo de intervenção que foi realizado nesta comunidade, faz parte de um trabalho de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul (RS).

Em um primeiro momento foram estabelecidos os objetivos e as metas da intervenção, sendo que a princípio se identificou o público alvo que queríamos intervir. Ficou então determinado que esse público seria composto por crianças entre 6 e 12 anos de idade que fossem residentes da área da UBS. Foi também realizado um processo de capacitação com os integrantes da equipe, para que eles ficassem a par do processo de intervenção e pudessem colaborar da melhor forma possível. Dessa forma, realizou-se um levantamento na escola que estas crianças estudavam, para se determinar o número geral de crianças nessa faixa etária, fazer palestras, escovação supervisionada e aplicações tópicas de flúor.

Estabeleceu-se, então qual a porcentagem destas crianças entrariam na meta de intervenção, que seria de 30 crianças, referentes a 50% do total,

pretendendo-se durante esse processo se calcular o percentual de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal (que seria de 30 crianças), os escolares de alto risco (onde também foram registradas todas as 30), as buscas realizadas aos escolares da área de abrangência faltosos na consulta odontológica (valor esse que variou bastante entre zero e 26 crianças que estavam participando da intervenção). Além disto, realizamos a escovação supervisionada com creme dental em todas as 30 crianças que fizeram parte da intervenção, aplicação de flúor-gel em todas as crianças residentes na área, além da conclusão dos tratamentos dentários em todas as crianças que participaram da intervenção. Atualizamos os registros destes escolares na UBS, orientamos sobre higiene bucal, cárie dentária e orientações nutricionais.

Assim procuramos atingir essas metas em um período de quatro meses, onde todos os procedimentos realizados foram registrados. Na verdade, por motivos puerperais, e de manutenção do consultório quando apresentava problemas, essa intervenção foi realizada em seis meses. Assim, os principais resultados encontrados, foram: conseguirmos atingir a meta de intervir em pelo menos metade da população adstrita que é de 30 crianças; atender a quantidade mínima esperada na intervenção que seria de pelo menos metade das crianças residentes na área; realizar consulta odontológicas a estes 30 escolares de alto risco; fazer aplicações tópicas de flúor em todas as crianças que estivessem inseridas na área de abrangência; concluir o tratamento em metade delas-30 crianças (dando-se ainda continuidade mesmo com o fim da intervenção); fazer orientações sobre higiene bucal, orientação sobre cárie dentária, e orientações nutricionais em também 30 crianças;

Algumas metas, porém não puderam ser completamente alcançadas como: realizar buscas ativas assiduamente em todos os meses tendo-se uma variabilidade entre zero, 26, 23 e 22 crianças no decorrer dos meses; não se conseguiu fazer escovação supervisionada em toda população da comunidade em consultório, mas apenas nas 30 que estavam na intervenção; atualização de registros e conclusão de tratamentos também não puderam ser completas para todas;

O objetivo é continuar os atendimentos até se dar tratamento concluído a todas as crianças que estão fazendo parte da intervenção. Com essa experiência, pretendemos melhorar assim, alguns aspectos, como a própria forma de se trabalhar, com prontuários mais organizados, buscas ativas, palestras educativas dentro da UBS, assiduidade de retornos agendados, dentre outros aspectos que só trouxeram pontos positivos para a comunidade, para a equipe da UBS, e para vocês gestores.

Por isso, é preciso adotar ainda muitos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço, como em primeiro lugar, uma atenção especial de vocês gestores ao empenhamento dos profissionais na busca de melhorar esse serviço, uma melhoria na estrutura física das unidades básicas de saúde que já está a caminho), melhorias nos salários, o que seria com certeza um fator bastante motivador, e melhorias nos instrumentos e insumos de trabalho. O empenho dos profissionais seria fundamental para melhorar também esse serviço, pois de nada adianta uma boa gestão e um mau profissional. Assim, seria também interessante se o município oferecesse cursos de reciclagem com profissionais capacitados em todas as áreas, pois com o tempo os conhecimentos tornam-se defasados, apesar de uma boa experiência profissional. Adotar esse modelo de intervenção no atendimento aos diversos grupos populacionais em saúde muito contribuiria para uma maravilhosa melhoria do serviço.

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

O processo de intervenção que foi realizado nesta comunidade, faz parte de um trabalho de Especialização da Universidade Federal de Pelotas-RS, em Saúde da Família.

Optamos por melhorar a atenção à saúde bucal das crianças entre 6 e 12 anos de idade que fossem residentes da área da UBS. Foi também preparada a equipe, para que pudessem colaborar da melhor forma possível.

Dessa forma, realizou-se um levantamento na escola que estas crianças estudavam, obtendo-se 60 crianças entre 6 e 12 anos que moravam nessa comunidade; fazer palestras, escovação supervisionada e aplicações tópicas de flúor.

Este relatório tem por objetivo divulgar como ocorreu esse processo de intervenção realizado no município de Ipiranga do PI. O objetivo é de continuar os atendimentos até se dar tratamento concluído a todas as crianças que estão fazendo parte da intervenção. Assim, nós buscando o melhor para os escolares estamos tentando melhorar muitas coisas, como anotar de forma bem clara nas fichas de cada uma das crianças o que foi feito, ir atrás dos escolares que estão faltando, fazer palestras, marcar sempre os seus retornos, dentre outros aspectos que vão favorecer a vocês dessa comunidade.

Com tantos pontos positivos obtidos com esse processo de intervenção, hoje, como profissional, tenho uma ideia bem melhor, bastante diferente, de como atender uma comunidade de ESF. Pretendo assim adotar o modelo de intervenção para dar assistência a todos os outros grupos populacionais .

## 5 Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Durante o processo de intervenção realizado no município de Ipiranga do PI, referente à Especialização em Saúde da Família da UFPEL, consegui absorver muitas coisas positivas que superaram minhas expectativas a esse curso.

Antes da intervenção, me considerava uma dentista exemplar, que estava sempre preocupada em atender a todos que procurasse o atendimento, e, modéstia parte, me achava muito boa nos atendimentos por mim realizados. Em um momento, porém, quando comecei a avaliar todo o processo de atendimento, incluindo estrutura dos postos, organização com fichas, agendamentos, retornos, disponibilidades dos materiais e todos aqueles itens propostos pela UFPEL, praticamente tomei um susto!! Foi naquele exato momento que vi como estava tudo a desejar, e eu só podia lamentar aquele momento, pois me perguntava: como melhorar então isso tudo? Porém, a UFPEL nesse processo de especialização foi me mostrando o caminho, e a cada dia, realizando tarefas e mais tarefas, analisando e revisando o processo como um todo, intervindo e sendo orientada sobre como intervir, com a ajuda de orientadores maravilhosos, e tentando me doar totalmente a esse trabalho (superando dificuldades pessoais como falta de tempo, crianças pequenas para cuidar, trabalho, concursos e outros afazeres) consegui encontrar o caminho certo de como realmente ser uma boa profissional.

Esse curso, portanto, significou muito em meu crescimento pessoal e profissional. Descobri que devemos estudar e nos aprimorar sempre mais, pois esse curso me direcionou sobre a forma mais adequada de se atender em uma comunidade. Hoje, sinto que sou mais organizada com prontuários, fichas, agendamentos, tempo e tudo que possa tornar o trabalho mais dinâmico e eficiente. Aprendi também a melhorar minha postura no trabalho, pois não é por ser em uma comunidade carente que devemos ser menos ético, menos comprometidos ou menos valorizados. Não é por você não estar no meio de

um lugar sem prédios modernos e consultórios com tecnologia de ponta que vai lhe fazer um profissional menos importante. Isso me fez pensar que devemos sim atender cada um daqueles rostinhos com toda dedicação e carinho que eles merecem. Isso não quer dizer que eu não fazia assim, mas apenas tento melhorar isso cada vez mais e mais, repassando esse sentimento a todos outros profissionais.

O que me fez analisar, porém, como era tão excepcional participar desse curso foi a aprendizagem sobre a estrutura que deve ter cada um desses postos; a importância da organização com fichas, prontuários, retornos, engajamento; a necessidade de organizar grupos de intervenção para se avaliar a verdadeira situação deles dentro do município. A integração da equipe também foi um fator bastante positivo no engajamento do trabalho, o que mostra como esse processo é importante e deve se fazer sempre presente.

Portanto, o curso foi bastante válido em muitos aspectos e só tenho a agradecer por tantas coisas positivas que ele me proporcionou.

## 6 Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 17: Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

## **Anexos**

**Anexo AFicha Espelho**

## ESTADO DO PIAUÍ

## SECRETARIA DE SAÚDE DE IPIRANGA DO PIAUÍ

1-ESCOLA:\_\_\_\_\_TURNO:\_\_\_\_\_SÉRIE:\_\_\_\_\_

## 2- IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO:

NOME:\_\_\_\_\_

SEXO:\_\_\_\_\_IDADE:\_\_\_\_\_MIC/ÁREA\_\_\_\_\_ACS\_\_\_\_\_DATA:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ENDEREÇO:\_\_\_\_\_

## HISTÓRIA MÉDICA:S-SIM E N-NÃO

 ANEMIA  GASTRITE  DIABETE  FEBRE REUMÁTICA  HIPERTENSÃO ALERGIA  FÁRMACOS  ALIMENTOS  ANESTÉSICOS.  
QUAIS?\_\_\_\_\_ PROBLEMAS CARDIOVASCULARES  ALTERAÇÕES SANGUÍNEAS   
SINUSITE  SENTE DOR DE CABEÇA COM FREQUÊNCIA  TEM HISTÓRICO DE  
DESMAIO OU CONVULSÃO  FOI SUBMETIDO À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO  
 FOI ENTUBADO  TOMA MEDICAMENTO  
ROTINEIRAMENTE.QUAL?\_\_\_\_\_

## HISTÓRIA ODONTOLÓGICA:

MOTIVO DA CONSULTA:\_\_\_\_\_

MOBILIDADE DENTÁRIA:\_\_\_\_\_

SANGRAMENTO GENGIVAL:\_\_\_\_\_BOLSA PERIODONTAL:\_\_\_\_\_

SANGRAMENTO DENTÁRIO  RESPIRADOR BUCAL 

## ARTICULAÇÃO COM INTERFERÊNCIAEM:

 CÊNTRICA  PROTUSA  TRABALHO  BALANCEIO

## HISTÓRIA DENTÁRIA: Dentição permanente

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

## DENTIÇÃO DECÍDUA

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75



Dados para Coleta	Número do escolar	Nome do Escolar	Idade do escolar	O escolar é morador da área de abrangência da unidade de saúde?	O escolar foi classificado como alto risco para saúde bucal?	O escolar morador da área de abrangência está com primeira consulta odontológica realizada?	O escolar morador da área de abrangência classificado como alto risco está com primeira consulta odontológica realizada?	Número de consultas odontológicas não realizadas	Número de buscas realizadas ao escolar faltoso às consultas	O escolar participou de escovação supervisionada com creme dental?	O escolar de alto risco recebeu aplicação de gel fluorinado com escova dental?	O escolar está com tratamento odontológico concluído?	O escolar está com registro de saúde bucal atualizado?	O escolar / familiar recebeu orientação sobre higiene bucal?	O escolar / familiar recebeu orientação sobre cárie dentária?
Orientações de preenchimento	De 1 até o total de escolares cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 = Nenhuma	0 = Nenhuma	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1														
	2														
	3														
	4														
	5														
	6														
	7														
	8														
	9														
	10														
	11														
	12														
	13														
	14														
	15														
	16														
	17														
	18														
	19														
	20														
	21														
	22														

## Anexo C: Aprovação do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

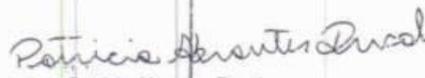
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª  
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

  
Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



## **Apêndices**

### **Apêndice A Registro fotográfico da intervenção**



Figura 1. Capacitação realizada para os agentes comunitários de saúde



Figura 2 Palestra realizada na escola sobre saúde bucal



Figura 3. Capacitação para os agentes comunitários de saúde



Figura 4 Palestra realizada pela dentista para comunidade ,de esclarecimento do processo de intervenção



Figura 5 Palestra realizada pela dentista para comunidade, de esclarecimento do processo de intervenção



Figura 6 Palestra realizada na escola sobre saúde bucal



Figura 7 Palestra realizada na escola sobre saúde bucal



Figura 8 TSB e dentista que realizaram a palestra em saúde bucal na escola.



Figura9 Palestra realizada na escola sobre saúde bucal