

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ALISSON QUEIROZ SILVA

**PROJETO DE APRIMORAMENTO DA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, DO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DE
IPANEMA, MINAS GERAIS**

IPATINGA – MINAS GERAIS

2015

ALISSON QUEIROZ SILVA

**PROJETO DE APRIMORAMENTO DA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, DO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DE
IPANEMA, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, pela Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Ayla Norma Ferreira Matos

IPATINGA – MINAS GERAIS

2015

ALISSON QUEIROZ SILVA

**PROJETO DE APRIMORAMENTO DA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, DO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DE
IPANEMA, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof.

Prof. Simone Dutra Lucas

Aprovado em Belo Horizonte, ____/____/____

Dedico este trabalho:

Aos meus pais Raimundo e Penha, pessoas batalhadoras que me proporcionaram a oportunidade de chegar até aqui.

À minha noiva Jéssica, por estar sempre comigo, sendo grande companheira e apoiadora.

Agradeço:

À minha orientadora Prof.^a Ayla Norma Ferreira Matos, pelo suporte oferecido desde a graduação até aqui.

À minha tutora Valéria Alvarenga Anício, pela instrução durante o curso.

RESUMO

A integração da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde na Escola (PSE) é recente, por isso, revela muitas dificuldades a serem enfrentadas pelas equipes. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para aprimorar e ampliar a atuação da ESB no PSE, do município de Conceição de Ipanema/MG. Foi realizada uma busca sistematizada de artigos científicos, publicados entre 2005 e 2015, a partir das bases de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e publicações do Ministério da Saúde. A pesquisa foi guiada pelos descritores: saúde bucal, saúde na escola, saúde da família e atenção primária à saúde, e realizada no período de 01 de junho a 31 de julho de 2014. Após a revisão, foi elaborado um plano de intervenção, de acordo com o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. A falta de planejamento das ações da ESB prejudica a educação das crianças quanto à saúde bucal e eleva os índices de doenças bucais. É de grande importância e justifica a implementação dos programas de prevenção e promoção à saúde bucal. É necessário, também, que os profissionais da ESB atuem, junto aos professores, na formação e na conscientização das crianças em fase escolar, uma vez que este momento de aprendizagem é ideal para abordá-las. O projeto é considerado viável, por ser de fácil execução e ter baixo custo, além de ser dever dos profissionais da Odontologia garantir a saúde bucal dos escolares.

Descritores: Saúde bucal. Saúde na escola. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The integration of Oral Health Team (OHT) in the School Health Program (SHP) is recent, so it reveals many difficulties to be faced by the teams. The objective of this study was to develop an intervention project to enhance the performance of OHT in the SHP, in the municipality of Conceição de Ipanema/MG. A systematic literature search was taken, published articles between 2005 and 2015, from the bottom: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) and Ministry of Health publications. The search was guided by the descriptors: oral health, school health, family health and primary health care, and held from June 1 to July 31, 2014. After review, an action plan was drawn up, according to the module Planning and Evaluation of the Health Actions of the Specialization Course in Health Family Strategy. The lack of planning of OHT's actions affect the education of children about oral health and increasing rates of oral diseases. This fact is very important and justifies the implementation of oral health prevention and promotion programs. It is necessary for professionals of OHT act, with teachers, training and awareness of school children, in this ideal moment of learning to approach them. The project is considered possible because it is easy to perform and is inexpensive, and it is the duty of dental professionals ensure the oral health of schoolchildren.

Key words: Oral health. School health. Family Health. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GERAL.....	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO DA LITERATURA	19
5.1 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS BUCAIS.....	19
5.2 PROCESSO DE TRABALHO DA ESB NA ESF	21
5.3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	22
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	25
6.1 PRIMEIRO PASSO	25
6.2 SEGUNDO PASSO	26
6.3 TERCEIRO PASSO.....	27
6.4 QUARTO PASSO.....	27
6.5 QUINTO PASSO	28
6.6 SEXTO PASSO	28
6.7 SÉTIMO PASSO	30
6.8 OITAVO PASSO	31
6.9 NONO PASSO	32
6.10 DÉCIMO PASSO.....	33
6.11 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

Conceição de Ipanema está situada no leste de Minas Gerais, na mesorregião do Vale do Rio Doce. A cidade é vizinha aos municípios de São José do Mantimento, Ipanema e Chalé, e situa-se a 38Km de Mutum, a maior cidade nos arredores. O município localiza-se a 357Km de Belo Horizonte. O ponto geográfico mais conhecido é o Pico da Bandeira, na cidade de Alto Caparaó, a 108Km de Conceição de Ipanema (BRASIL, 2010).

O prefeito de Conceição de Ipanema é Willfried Saar e a secretária municipal de saúde é Simone Marques da Silva. O coordenador da Atenção Básica é Marcus Vinícius do Nascimento Cintra e a coordenadora da Atenção à Saúde Bucal é Geresa Cardoso Petronilho (CONCEIÇÃO DE IPANEMA, 2014). No município, vive uma população de 4.549 habitantes. A área total do município é de 253,9Km², com concentração habitacional de 17,6hab/Km². Há aproximadamente 1.884 domicílios e 1.338 famílias (BRASIL, 2010).

O topônimo é formado por dois termos. Conceição refere-se a Maria, mãe de Jesus, Ipanema que na língua tupi significa “rio ruim, rio sem peixe” (y-panéma). A ideia original é que o arraial dedicado a Nossa Senhora da Conceição ficava na região de Ipanema (CONCEIÇÃO DE IPANEMA, 2014).

A região foi primeiramente habitada por índios aimorés. O primeiro descendente europeu a chegar naquelas terras foi José Pedro de Alcântara, seguido por Manoel Francisco de Paula Cunha, desertor da Guarda Nacional, fugitivo da Guerra de Santa Luzia, em 1842. O povoado teve seu início na fazenda de Francisco Inácio Fernandes Leão, em 1850. Naquele ano, o fazendeiro mandou construir em sua propriedade uma capela em honra a Nossa Senhora da Conceição (BRASIL, 2010).

O rio José Pedro, que nasce na vertente do Caparaó e deságua no rio Doce, corta o município ao meio, formando cinco praias e quatro cachoeiras, pontos de lazer para a população. O rio recebeu este nome em homenagem ao desbravador José Pedro de Alcântara (BRASIL, 2010).

Em 1920, um grupo de moradores liderados por Laudelino José da Luz adquiriu as terras da fazenda e as doou à Igreja Católica. A partir de 1917, iniciou-se a migração alemã para a região com aquisição das terras do Córrego do Funil pelos descendentes de alemão Carlos Henrique Saar, Frederico Kaiser e Antônio Keller, com influência acentuada na cultura do município (BRASIL, 2010).

O povoado de Conceição, no município de Ipanema, cresceu, tornando-se distrito em 27 de dezembro de 1948, pela lei nº 336, com a denominação de Conceição de Ipanema. O distrito foi elevado a município em 12 de dezembro de 1953, pela lei nº 1039. Em 31 de janeiro de 1955, a Câmara Municipal foi instalada e Antônio Heringer tornou-se o primeiro prefeito, tendo como vice-prefeito José de Oliveira (BRASIL, 2010).

A população do município é composta por uma grande porcentagem de descendentes de imigrantes alemães, italianos e espanhóis. É registrada a presença das famílias alemãs: Braun, Heins, Heringer, Hermsdorf, Horst, Kaiser, Keller, Klein, Knaip, Saar, Sathler, Rot e Balmant. Da imigração italiana, estão os Bertolacci, os Paviones e os Garonci. As famílias espanholas são Gamito, Huebra e Sanchez. Essas pessoas chegaram à região a partir da década de 20, através de Juiz de Fora e Manhumirim. A comunidade rural do Funil é resultado de uma colônia alemã que ainda conserva costumes e o seguimento da Igreja Luterana (BRASIL, 2010).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) é 0,704, com taxa de urbanização de 87,88% e renda média familiar de R\$1.649,65. A porcentagem de abastecimento de água tratada é de 96% para zona urbana e 92% de recolhimento de esgoto por rede pública (BRASIL, 2010).

As atividades econômicas predominantes são a pecuária e a cafeicultura. A área empregada em estabelecimentos agropecuários é de 21.775 hectares, sendo 3.438 hectares de lavouras permanentes. As criações de animais são bovinos (12.161 cabeças), ovinos (68), suínos (656) e aves (8.730). A produção de leite de vaca é 4.724 litros, assim como 19.000 dúzias de ovos de galinha (CONCEIÇÃO DE IPANEMA, 2014).

Conceição de Ipanema tem taxa de crescimento anual de -0,88%. A proporção de moradores abaixo da linha da pobreza é de 24,03% e a população usuária da assistência à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) é 87% (BRASIL, 2010).

Há duas escolas, uma estadual e uma municipal, além de uma creche municipal. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), havia 645 alunos matriculados no ensino fundamental, sendo 219 na rede pública estadual e 496 na rede municipal. No pré-escolar, havia 96 matrículas e, no ensino médio, 136 (BRASIL, 2010).

O município conta com duas paróquias, uma católica e outra protestante. A Paróquia Nossa Senhora da Conceição foi criada em 18 de novembro de 1955. A Paróquia Evangélica Luterana do Funil foi fundada em 1923 (CONCEIÇÃO DE IPANEMA, 2010).

No município, a empresa que fornece energia elétrica é a Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG), e a de água e esgoto é a Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). Há uma agência dos Correios, onde são realizados também alguns serviços bancários do Banco do Brasil. Há uma casa lotérica, onde é possível realizar alguns serviços da Caixa Econômica Federal. Há uma agência bancária do Bradesco e uma do SICOOB. Há, também, um cartório de registro civil, paz e notas. Tem-se cobertura de telefonia celular e fixa da Oi. Os serviços de internet disponíveis são a rádio e Oi Velox.

O Conselho Municipal de Saúde é composto por 12 membros, sendo três (25%) gestores, três (25%) profissionais de saúde e seis (50%) usuários. O presidente do Conselho é Marcus Vinícius do Nascimento Cintra e a vice-presidente, Simone Marques da Silva. As reuniões acontecem mensalmente.

O Fundo Municipal de Saúde é gerido pela Secretaria de Saúde. A Prefeitura Municipal repassa, no mínimo, 15% de toda a receita municipal para a área da saúde. Há 40 profissionais trabalhando na rede de saúde pública, atualmente.

Havia, no município, um hospital de pequeno porte, denominado São Geraldo. Hoje, funciona como pronto atendimento municipal. Há médico plantonista durante 24 horas, para atendimento ambulatorial e de urgência e emergência.

Manhuaçu é a principal referência microrregional em saúde para serviços de média e alta complexidade. Os casos que excedem a capacidade resolutiva do serviço de saúde local são encaminhados à referência para atendimento de urgência e emergência da microrregião, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Manhuaçu. Para realizar esse transporte, estão disponíveis veículos e motoristas de plantão. Não há sistema de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde na qual o município se insere.

Conceição de Ipanema também conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na área central do município. É um local de fácil acesso à população, funcionando de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 17:00 horas. A UBS encontra-se em um estabelecimento provisório, pois a nova unidade está sendo finalizada. Conta com um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de enfermagem, uma farmácia, uma recepção, uma sala de vacinas, uma sala de curativos, uma cozinha e banheiros para funcionários e usuários.

A UBS comporta duas Estratégias Saúde da Família (ESF), com 100% de cobertura da população municipal. O território da ESF Aquarela abrange a área urbana, totalizando atualmente 1.523 usuários. Já a ESF Café com Leite é responsável pelo atendimento dos habitantes da área rural, contemplando 2.933 pessoas.

A ESF Aquarela, onde o projeto será executado, é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião-dentista, uma técnica em Saúde Bucal e cinco agentes comunitárias de saúde (ACS), além de uma auxiliar de serviços gerais. A carga horária de toda a equipe é de 40 horas semanais.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela necessidade de ampliar os serviços de saúde bucal ao público da escola, diminuindo os agravos da área de abrangência da ESF Aquarela, no município de Conceição de Ipanema, Minas Gerais. Além disto, a escola é considerada um local adequado para o desenvolvimento de programas em saúde e higiene bucal, por reunir crianças em faixas etárias propícias à adoção de medidas educativas e preventivas.

Até praticamente 2007, as poucas ações e serviços de saúde escolar continuaram vinculados ao Ministério da Educação, numa clara afronta os princípios estruturantes do SUS. Para os defensores da implantação efetiva do SUS, a existência de ações e serviços de saúde escolar vinculados ao setor de educação (Ministério da Educação e secretarias municipais e estaduais de educação) contrariam os princípios do sistema que preconiza uma política única de saúde. Sendo assim, todas as ações e serviços de saúde, para qualquer segmento da população brasileira, deve se constituir em atribuição específica do sistema de saúde em seus diversos níveis: municipal, estadual e nacional (EBERHARDT; REIS, 2011).

O marco mais recente entre as ações governamentais voltadas à saúde escolar é o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007. Este programa tem a proposta de ser um novo desenho da política de educação em saúde, que trata da saúde e educação integrais, como parte da formação ampla da cidadania e uso fruto pleno dos direitos humanos (BRASIL, 2007).

O PSE utiliza-se de parceria com a Estratégia Saúde da Família, com fins em contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica, por meio de intervenções de prevenção, promoção e atenção em saúde (BRASIL, 2007). Sua implementação é feita pela adesão do Estado e dos municípios, a partir de um termo de compromisso, baseado nas diretrizes da Portaria nº 1861 de 04 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008; VIEIRA; VIEIRA, 2011).

Um dos agravos mais comuns é a cárie dentária que, segundo Antunes e Peres (2006), é uma importante fonte de dor e de desordens funcionais e estéticas da boca. Apesar de passível de prevenção, continua sendo a mais prevalente doença bucal na infância.

Aos cinco anos de idade, uma criança brasileira possui, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio do componente cariado, que é responsável por mais de 80% do índice (BRASIL, 2012). Tendo em vista que a cárie dentária apresenta altos índices entre as crianças em idade escolar, recomenda-se a intensificação da atenção odontológica nesta fase, com ações preventivas e promocionais à saúde (CASTRO; TEIXEIRA; MODESTO, 2002 *apud* HANAUER, 2011, p. 23).

A inserção da saúde bucal na ESF, modelo assistencial que contempla os princípios doutrinários do SUS, acarretou uma nova perspectiva para a Odontologia e propôs a reorganização do modelo de atenção e ampliação do acesso às ações de saúde. Esta garante atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante estabelecimento de vínculo territorial (BULGARELI *et al.*, 2013).

Por essas considerações, justifica-se a realização deste estudo para propor mudanças a serem implementadas, a fim de sistematizar e ampliar a atuação da equipe de saúde bucal nas ações destinadas aos escolares, da área de abrangência da ESF Aquarela, do município de Conceição de Ipanema.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção visando aprimorar e ampliar a atuação da ESB no PSE, do município de Conceição de Ipanema, Minas Gerais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discutir a importância de conscientizar crianças e adolescentes sobre a saúde bucal;
- Identificar ações que podem ser realizadas visando melhor controle das doenças bucais nos escolares;
- Destacar a importância da escola como espaço de promoção de saúde bucal;
- Promover a melhoria do processo de trabalho da ESB no âmbito do PSE.

4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção que tem como objetivo propor ações de promoção à saúde e de prevenção de agravos odontológicos às crianças entre quatro e 12 anos, da área de abrangência da ESF Aquarela, no município de Conceição de Ipanema, Minas Gerais.

Para a fundamentação teórica, foi realizada uma busca sistematizada de artigos científicos, a partir das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), publicações do Ministério da Saúde, entre outros. A busca foi guiada pelos descritores: saúde bucal, saúde na escola, saúde da família e atenção primária à saúde. Foram priorizadas publicações dos últimos dez anos (2005 a 2015), exceto legislações e outras publicações básicas anteriores, relevantes no assunto. A revisão de literatura foi realizada no período de 01 de junho a 31 de julho de 2014, e aprimorada durante a elaboração do presente trabalho.

A análise das informações contidas nos artigos científicos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para a construção do plano de intervenção. Este por sua vez, teve como referência os dez passos propostos no módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), a saber:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas conseqüências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e sua quantificação);

- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos recursos críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise da viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS BUCAIS

A epidemiologia é fundamental no controle das doenças infecciosas, assim como na descoberta de fatores associados a vários tipos patologias, como câncer, doenças cardiovasculares e outras condições de saúde crônicas (ALVES, 2008 *apud* SANTOS, 2011, p. 2). Essa importância se aplica também às afecções odontológicas.

As aplicações da epidemiologia na saúde bucal são para informar a situação da saúde na população, investigar os fatores que influenciam a saúde e avaliar o impacto das ações propostas para alterar a situação encontrada (ANTUNES; PERES, 2006).

Brega *et al.* (2008), como também Antunes e Peres (2006), indicaram que através dos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal é possível realizar um planejamento das necessidades odontológicas. O conhecimento obtido através destes estudos é indispensável para a proposição de ações adequadas.

A adição de flúor nos dentífrícios e nas águas de abastecimento público, a diminuição do consumo de açúcar, a melhora da higiene bucal e o maior acesso à informação e à educação foram importantes fatores para o declínio da prevalência de cárie nas últimas décadas. Ainda assim, são altos os índices de dentes perdidos, obturados ou restaurados devido à cárie dentária e à doença periodontal, que são as principais doenças bucais que acometem a população (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Ressalta-se que estudos epidemiológicos em saúde bucal são importantes fontes de registro, pelos quais se pode realizar um diagnóstico das condições gerais de saúde bucal da população brasileira, como índice de cárie, doença periodontal e má

oclusão. O componente cariado é o que mais gera preocupação, pois indica a história atual do indivíduo, a doença, e conseqüentemente, a demanda por serviços de saúde bucal (BRASIL, 2012).

Em 1986, o Ministério da Saúde executou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, que foi realizado na zona urbana de 16 capitais, representativo das cinco regiões brasileiras. A pesquisa foi realizada em crianças, adolescentes, adultos e idosos obtendo dados relativos à cárie dentária, à doença periodontal e ao acesso a serviços (BRASIL, 1988).

Foram comprovados, os altos índices de cárie entre as crianças brasileiras, um dos maiores índices de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) do mundo, na pesquisa realizada em 1986, em todas as idades analisadas. O CPO-D médio evoluiu de 1,25 aos 6 anos para 3,61 aos 9 anos, atingindo 6,65 aos 12 anos. Atuando como forte agravante desse quadro, a composição do índice apresentava que 60% dos dentes estavam cariados; 6% com extração indicada; 5% extraídos; e somente 29% obturados, conforme dados dos 6 aos 12 anos de idade (BRASIL, 2006a).

Ainda sobre o levantamento de 1986, o contínuo crescimento do índice CPO-D – 12,7 dos 15 aos 19 anos; 22,5 dos 35 aos 44 anos e 27,2 dos 50 aos 59 anos – deu-se fundamentalmente em consequência do aumento da contribuição no índice do componente que corresponde aos dentes extraídos. Somente 40% das pessoas de 18 anos apresentavam todos os dentes (BRASIL, 2006a).

As pesquisas feitas nos anos de 2003 e 2010 incluíram tanto população urbana quanto rural. O projeto em questão foi denominado "SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira", que começou em 1999 com a criação de um comitê responsável por sua elaboração e execução. Estes estudos tornaram possível o traçado de comparativos para avaliar a situação epidemiológica das doenças bucais no Brasil. No levantamento de 2003, obteve-se um índice CPO-D igual a 2,73% para

escolares de 12 anos de idade, mostrando uma redução de 58,3% em relação ao primeiro levantamento (BRASIL, 2004).

Na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB 2010, foi analisada a situação da saúde bucal da população brasileira com o objetivo de proporcionar ao SUS informações ao planejamento de programas de prevenção e tratamento. É importante ressaltar que atenção especial deve ser dada à dentição decídua, pois o ataque de cárie em crianças de cinco anos foi, em média, de 2,43 dentes. Destes, menos de 20% estavam tratados no momento em que os exames epidemiológicos foram realizados. Em 2003, a média nessa idade (cinco anos) era de 2,8 dentes afetados – uma redução, portanto, de apenas 13,9% em sete anos. Além disso, a proporção de dentes não tratados se manteve no mesmo patamar de 80% (BRASIL, 2012).

5.2 PROCESSO DE TRABALHO DA ESB NA ESF

Em 2000, o Ministério da Saúde estabeleceu pela Portaria 1444/2000, incentivo financeiro para reorganização municipal da atenção à saúde bucal através da Programa Saúde da Família (PSF) – hoje, Estratégia Saúde da Família (NARVAI; FRAZÃO, 2008; DIAS, 2006 *apud* BARBOSA; GALVÃO; MARTELLI, 2010, p. 4), visando a ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a conseqüente melhoria de seus indicadores epidemiológicos. Porém, somente no ano de 2001, a saúde bucal foi integrada ao PSF, através da Portaria 267/2001, documento em que estão definidas as funções de cada membro da ESB (BARBOSA; GALVÃO; MARTELLI, 2010).

Com a inserção da saúde bucal no PSF, o cirurgião-dentista passa, então, a desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território, com vistas à efetivação do SUS. Também enquadra-se em um processo de qualificação profissional, visando integrar uma equipe multiprofissional (LOURENÇO *et al.*, 2009).

O processo de trabalho das ESB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, foco de atuação centrado no território, na família e na comunidade, humanização da atenção, responsabilização, vínculo, trabalho em equipe e interdisciplinaridade (BRASIL, 2015).

A atuação da ESB visa criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a orientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2015).

5.3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E PROMOÇÃO À SAÚDE

A prevenção é a maneira mais eficaz e econômica de se evitar o aparecimento e desenvolvimento de doenças bucais. Nesse sentido, as atividades preventivas, a educação e a motivação do indivíduo ocupam lugar de destaque (DINELLI *et al.*, 2000 *apud* MARTINS, 2010, p. 11).

O Programa Saúde na Escola (PSE) decorre de uma política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação, instituído em 2007, pelo Decreto Presidencial nº 6.286, que articula a escola e as unidades da Rede Básica de Saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público, com oferta de serviços num mesmo território, propiciando a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade (BRASIL, 2015).

Para Barbosa, Brito e Costa (2007), as ações de saúde bucal, juntamente à ESF, vieram como forma de expansão dos serviços odontológicos. A partir do conhecimento das reais necessidades da comunidade, por meio de diagnóstico situacional, torna-se possível o planejamento de ações.

Entre as ações da ESB, está a atuação, também, no PSE, que consiste em desenvolver ações de promoção, prevenção e educação em saúde bucal. A educação em saúde bucal deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos escolares no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. Sua finalidade é difundir elementos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2006b).

Em geral, os conteúdos para as ações educativas coletivas abordam: as principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem; a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental; os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; as orientações gerais sobre dieta; a orientação para auto-exame da boca; os cuidados imediatos após traumatismo dentário; e a prevenção ao uso de álcool e fumo (BRASIL, 2006b)

É primordial que os escolares participem da construção dos assuntos a serem abordados, pois uma aprendizagem significativa está relacionada às suas necessidades e vivências. Fomenta-se, assim, uma política transversal, com construção coletiva e humanizada dos diversos serviços oferecidos nas práticas de saúde, valorizando a corresponsabilidade dos inúmeros atores envolvidos na produção de saúde, estimulando os usuários a participarem efetivamente na construção de saberes (BRASIL, 2004).

Para tornar a escola um espaço para promoção da saúde bucal, é necessária participação multidisciplinar. O trabalho dos odontólogos junto ao nutricionista e, principalmente, aos professores é de suma importância na educação dos indivíduos.

A participação dos educadores no processo de formação de bons hábitos em saúde bucal é favorável, sendo mais um meio a ser utilizado para se alcançar melhores índices de saúde e higiene bucal na população brasileira através do reforço constante na conscientização e motivação das crianças (GOSUEN, 1997).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A construção de um plano de ação, ou plano de intervenção, faz-se necessária na busca de solução do problema priorizado a partir do diagnóstico situacional realizado. Para isso, é importante o planejamento das ações. Planejar é fundamental para alcançar objetivos, porque permite melhor aproveitamento do tempo, dos recursos e aumenta as chances de alcançar os objetivos. O planejamento permite direcionar as ações, corrigir rumos e caminhar em direção aos objetivos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A seguir, encontra-se o desenvolvimento do projeto de intervenção na ESF Aquarela, a partir dos dez passos propostos por Campos e colaboradores (2010).

6.1 Primeiro passo: Identificação dos principais problemas da área de abrangência

Foi realizado diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Aquarela, no município de Conceição de Ipanema, a partir do banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), da Prefeitura Municipal, assim como observação ativa e conversa com informantes-chave.

As fontes de coletas de dados para a definição dos problemas mais relevantes, quanto à higiene oral dos escolares foram a observação ativa dos indivíduos que compareciam à UBS, análise de conceitos, conhecimentos e comportamento das crianças, através do diálogo com as mesmas, e a opinião de usuários, gestores e funcionários da área da saúde.

Foram elencados os seguintes problemas:

- despreparo, desmotivação e desinteresse dos professores;

- despreparo, desmotivação e desinteresse dos profissionais da ESB;
- despreparo e desinteresse dos gestores municipais;
- falta de condições de trabalho (baixos salários, falta de materiais e insumos e instalações físicas precárias);
- falta de conhecimento e motivação das crianças;
- falta de planejamento do trabalho da ESB no PSE;
- falta de método de trabalho da ESB.

6.2 Segundo passo: Priorização do problema

Selecionados os problemas, foram atribuídas notas ao nível de importância, ao grau de urgência e à capacidade de enfrentamento de cada um deles. As notas variaram de 0 a 5, que indicam, respectivamente, os graus mínimo e máximo de cada critério. Ao final, as notas foram somadas para se obter o problema prioritário, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Priorização dos problemas

Problemas identificados no diagnóstico situacional	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Total
Despreparo, desmotivação e desinteresse dos profissionais da ESB	5	5	3	13
Despreparo e desinteresse dos gestores municipais	3	5	4	13
Falta de condições de trabalho	5	4	5	14
Falta de planejamento de trabalho da ESB no PSE	5	5	5	15
Falta de conhecimento e motivação das crianças	5	5	3	13
Falta de método de trabalho da ESB	5	4	3	12
Despreparo, desinteresse e	4	3	4	11

desmotivação dos professores				
------------------------------	--	--	--	--

Fonte: A autoria própria, 2015

De acordo com a Tabela 1, os principais problemas identificados, em ordem decrescente de prioridade, foram:

- falta de planejamento do trabalho;
- despreparo e desinteresse dos gestores municipais;
- despreparo, desmotivação e desinteresse dos profissionais da ESB;
- falta de conhecimento e motivação das crianças;
- despreparo, desmotivação e desinteresse dos professores;
- falta de método de trabalho;
- falta de condições de trabalho (baixos salários, falta de materiais e insumos e instalações físicas precárias).

6.3 Terceiro passo: Descrição do problema priorizado

A falta do planejamento do trabalho e atuação da ESB no PSE é percebida ao evidenciar que as atividades desenvolvidas no ambiente escolar vêm sendo pontuais, centrada apenas na higienização bucal, realizada mensalmente, inclusive em algumas ocasiões, sem a devida supervisão das crianças nessa atividade.

A parte educativa, imprescindível para alcance dos objetivos da atuação da ESB no PSE, é negligenciada, tanto em relação aos escolares como aos diretores, aos professores e às cantineiras que atuam no espaço escolar. Não há diálogo entre os profissionais da equipe sobre as atividades desenvolvidas, como também os resultados das intervenções não são avaliados.

6.4 Quarto passo: Explicação do problema priorizado

A situação-problema ocorre porque os profissionais que compunham as antigas equipes não desenvolveram projetos/propostas específicas para atuar no PSE. Esta passividade levou a um quadro contínuo em que, mesmo os novos profissionais que chegam para atuar na ESF, por sua vez com compromisso de cobrir as ações no PSE, também não apresentam motivação e interesse para fazer uma intervenção mais regular junto a este público.

O serviço de Odontologia conserva, então, uma orientação curativista de longa data, baseando-se fortemente nos atendimentos de urgência, restaurações e extrações, e pouco em ações de prevenção e promoção à saúde, como palestras educativas, escovação supervisionada e fluoterapia. Apesar de todos da equipe conhecerem a importância dessas atividades, não se empenham nesse sentido.

6.5 Quinto passo: Identificação de “nós críticos”

Para o problema priorizado “falta de planejamento do trabalho da ESB no PSE”, foi identificado como nó crítico o processo de trabalho inadequado da ESB na ESF, por não incluir na sua rotina o trabalho no PSE.

6.6 Sexto passo: Desenho da operação

Quadro 1 – Desenho da operação para o problema "Falta de planejamento do trabalho da ESB no PSE"

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Processo de trabalho desarticulado da ESB na ESF, por não incluir em sua rotina o trabalho no PSE.	ESB/ESF juntas por uma Escola Sorridente	- Articular o trabalho da ESB ao da ESF, em sua atuação no PSE; - Diminuição do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D);	- Agenda compartilhada da ESB com a ESF, na atuação no PSE; - Classificação de risco visando orientar o acesso ao serviço odontológico;	Político: - Apoio dos gestores municipais; - Parceria com a escola; apoio dos diretores e dos professores; Cognitivo:

		<ul style="list-style-type: none"> - Alcançar a meta de cem por cento das crianças, de 4 a 12 anos, atendidas pela ESB; - Maior conhecimento sobre saúde bucal, por parte das crianças. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda permanente de atendimento clínico odontológico ao escolar; - Atividades educativas em Saúde Bucal para as crianças atendidas; - Capacitação de professores; - Linha de cuidado implantada; - Recursos humanos capacitados; - Implementação de sistema de referência e contra-referência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo sobre as diretrizes do PSE e a atuação da ESB no programa; - Planejamento semanal das ações a serem executadas; - Capacitação dos profissionais no uso de metodologias de aprendizagens ativas. <p>Financeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrutura física e equipamentos para higienização bucal supervisionada (escovódromo ou banheiro com pias e água corrente, espelhos); - Materiais e insumos para HBS (escovas bucais, dentífricos, flúor para bochecho e evidenciador de placa) para todos alunos a serem atendidos.
--	--	---	--	---

Fonte: Autoria própria, 2015

As ações para enfrentamento do problema na saúde bucal escolar se baseariam em acompanhamento odontológico e atividades educativas em saúde bucal. Além disso, visa estabelecer um agendamento regular da ESB, articulado com a equipe da ESF. Será reservado um dia da semana (quarta-feira) para realização das intervenções nas escolas da área de abrangência da referida UBS.

Serão realizadas aulas e tarefas educativas, visando maior interesse e conhecimento das crianças quanto à saúde bucal. Serão disponibilizadas escovas de dente, dentifrícios e flúor de forma gratuita, para todos os alunos, para realização de higiene bucal supervisionada (HBS).

Também, serão realizadas palestras educativas e de atualização em saúde bucal para professores da rede pública que trabalham com crianças de 4 a 12 anos. O objetivo destas palestras é proporcionar aos professores o conhecimento necessário para reforçar a motivação e os conhecimentos em saúde bucal dos alunos atendidos.

6.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

A operação "ESB/ESF juntas por uma Escola Sorridente" será baseada em ações visando ampliar a atuação da ESB no PSE. Para estas ações, serão necessários recursos de ordem política, cognitiva e financeira. Os recursos críticos encontram-se listados a seguir:

Recursos políticos:

- Apoio dos gestores municipais;
- Articulação entre o setor da saúde e da educação – parceria com a escola, buscando o apoio dos diretores e dos professores.

Recursos cognitivos:

- Estudo sobre as diretrizes do PSE e da atuação da ESB no programa;
- Planejamento semanal pela ESB, juntamente com a ESF, das ações a serem executadas no PSE;

Recursos financeiros:

- Materiais e insumos para HBS (escovas bucais, dentifrícios, flúor para bochecho e evidenciador de placa) para todos alunos a serem atendidos.

6.8 Oitavo passo: Análise da viabilidade do plano

Quadro 2 – Análise da viabilidade do plano e motivação dos atores

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
ESB/ESF juntas por uma Escola Sorridente	Político: - Parceria da ESB com a ESF no planejamento conjunto; - Apoio dos gestores municipais; - Parceria com a escola; apoio dos diretores e dos professores;	- Profissionais da ESB/ESF - Gestores municipais - Diretores das escolas - Professores	Favorável	- Apresentar projeto buscando apoio dos setores envolvidos: saúde e educação.
	Cognitivo: - Estudo sobre as diretrizes do PSE e a atuação da ESB no programa; - Planejamento semanal das ações a serem executadas;	- Profissionais da ESB	Favorável	
	Financeiro: - Materiais e insumos para HBS (escovas bucais, dentifrícios, flúor para bochecho e evidenciador de placa) para todos alunos a serem atendidos.	- Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	

Fonte: Autoria própria, 2015

O projeto elaborado é considerado viável por ser de fácil execução e ter baixo custo. Todos os atores demonstraram-se motivados a colaborar com a execução do projeto. Os gestores municipais de saúde e os diretores das escolas atendidas têm interesse em atingir os objetivos propostos. Além disso, é dever da ESF e dos profissionais da Odontologia garantir, juntamente aos professores, a orientação e a saúde bucal das crianças em ambiente escolar.

6.9 Nono passo: Elaboração do plano operativo

Quadro 3 – Plano operativo

Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
ESB/ESF juntas por uma Escola Sorridente	<ul style="list-style-type: none"> - Articular o trabalho da ESB ao da ESF, em sua atuação no PSE; - Diminuição do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D); - Alcançar a meta de cem por cento das crianças, de 4 a 12 anos, atendidas pela ESB; - Maior conhecimento sobre saúde bucal, por parte das crianças. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda compartilhada da ESB com a ESF, na atuação no PSE; - Classificação de risco visando orientar o acesso ao serviço odontológico; - Agenda permanente de atendimento clínico odontológico ao escolar; - Atividades educativas em Saúde Bucal para as crianças atendidas; - Capacitação de professores; - Linha de cuidado implantada; - Recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar compromisso com a equipe da ESF. - Motivar o envolvimento dos diretores, dos professores e das crianças. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgião-dentista - Cirurgião-dentista, coordenador da ESF e diretora da escola 	3 meses

		capacitados; - Implementação de sistema de referência e contra-referência.			
--	--	--	--	--	--

Fonte: Autoria própria, 2015

O cirurgião-dentista da equipe será responsável por obter os recursos políticos e financeiros necessários junto à Secretaria Municipal de Saúde, assim como firmar parceria com as diretoras das escolas atendidas pelo projeto. O cirurgião-dentista e a Técnica em Saúde Bucal (TSB) serão responsáveis por planejar e executar o projeto nas escolas, junto às crianças, realizando a evidenciação de placa, a escovação bucal supervisionada e o bochecho com solução fluoretada. Também serão responsáveis por planejar e desenvolver as atividades educativas junto às crianças e aos professores.

O prazo estimado para execução do projeto é de três meses, a partir da implantação, sendo as ações mantidas por tempo indeterminado. Todas as intervenções serão realizadas concomitantemente, de acordo com o planejamento semanal da equipe, para alcance dos resultados e produtos esperados.

6.10 Décimo passo: Gestão do plano de intervenção

Para sucesso do projeto de intervenção e alcance dos objetivos, é necessário um sistema de gestão estruturado que possibilite coordenar e acompanhar a execução das operações, observando prazos e traçando novas metas, quando necessário. Deve propiciar a comunicação entre os atores envolvidos, assim como o emprego racional dos recursos disponíveis (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Isso será possível após a implementação do projeto, na área de abrangência da ESF Aquarela, e início da operação proposta, conforme indicado no quadro abaixo.

Quadro 4 – Gestão do plano de intervenção

Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual
<ul style="list-style-type: none"> - Agenda compartilhada da ESB com a ESF, na atuação no PSE. - Classificação de risco visando orientar o acesso ao serviço odontológico; - Agenda permanente de atendimento clínico odontológico ao escolar; - Atividades educativas em Saúde Bucal para as crianças atendidas; - Capacitação de professores; - Linha de cuidado implantada; - Recursos humanos capacitados; - Implementação de sistema de referência e contra-referência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgião-dentista e profissionais da ESF - Cirurgião-dentista e TSB - Cirurgião-dentista e TSB - Cirurgião-dentista, TSB e pedagogo da escola - Cirurgião-dentista, TSB e pedagogo da escola - Cirurgião-dentista - Cirurgião-dentista, TSB e pedagogo da escola - Cirurgião-dentista e coordenador da Saúde Bucal 	1 mês	Já executando uma agenda compartilhada

Fonte: Autoria própria, 2015

6.11 Monitoramento e avaliação

O monitoramento do projeto de intervenção e a avaliação dos resultados serão feitos por meio do exame clínico bucal periódico das crianças atendidas, com reavaliação da presença ou não de dentes cariados e da necessidade de restauração ou extração dos mesmos. Deve-se levar em consideração, também, a demanda pelo serviço de saúde bucal de urgência, pelos escolares atendidos, que tende a diminuir, a partir da execução do projeto.

Além disso, será avaliada a quantidade das ações realizadas, visando os produtos esperados do projeto de intervenção. Para tanto, foi elaborada a ferramenta abaixo, para quantificação dos resultados e fazer o acompanhamento (planilha 1).

Planilha 1 – Planilha de acompanhamento do plano de intervenção na ESF Aquarela

Planilha de acompanhamento de ações: monitoramento da equipe								
Indicadores	Atual		Em 3 meses		Em 6 meses		Em 12 meses	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Capacitações dos profissionais da equipe								
Classificação de risco realizada								
Campanha educativa escola								
Agendamento clínico no consultório								
Atendimento de urgência								

Fonte: Autoria própria, 2015

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envolvimento da ESB no ambiente escolar, através do PSE, é de grande valia. É na fase escolar, em um ambiente propício à aprendizagem, onde as crianças podem ser facilmente abordadas sobre diversos assuntos, incluindo saúde bucal.

O aperfeiçoamento do processo de trabalho da ESB da ESF Aquarela será o ponto de partida para a melhoria das condições de saúde bucal de Conceição de Ipanema. Pois, na observação clínica cotidiana, pode-se perceber que a população local acompanha os altos índices brasileiros de dentes cariados, perdidos e obturados.

Conclui-se que, a partir da atuação mais rotineira da ESB entre os escolares, pode-se orientar, ensinar e motivar as crianças atendidas, fazendo da escola um espaço de promoção da saúde. Os conhecimentos adquiridos sobre saúde bucal e técnicas de higienização devem aplicados por toda a vida, objetivando melhor saúde bucal na vida adulta, com menor índice de cárie e outras doenças bucais. Outro fator importante é que as crianças são fonte sempre nova de informações no ambiente familiar, devendo ser motivadas a disseminar as informações aprendidas.

Aliado a este fato, o trabalho indicou também a necessidade da ESB envolver os professores, pois sabe-se que trabalham um tempo longo com as crianças. Assim, se bem preparados, devem fazer o papel de multiplicadores de informações junto a este público.

Frente ao exposto, o plano de intervenção é viável, por ser de fácil execução e ter baixo custo, além de ser dever dos profissionais da Odontologia garantir a saúde bucal dos escolares, em sua área adscrita.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. L. *et al.* Avaliação da saúde bucal de pré-escolares de 4 a 7 anos de uma creche filantrópica. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 59, n. 2, p. 271-5, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.revistargo.com.br/viewarticle.php?id=2065>>. Acesso em: 30 mar. 2015.
- ALVES, A. R. O uso da epidemiologia no planejamento de ações de saúde: um estudo nos PSF's de Formiga – Minas Gerais. *In: Jornada Científica e VI FIPA do CEFET*, I, 2008, Bambuí. **Anais eletrônicos...** Bambuí: CEFET, 2008. Disponível em: <http://www.cefetbambui.edu.br/str/artigos_aprovados/Area%20de%20saude/43-PT-1.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.
- ANTUNES, J. L. F; PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 49-65.
- BARBOSA, A. A. A; BRITO, E. W. G; COSTA. I. C. C. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Ciência Odontológica Brasileira**, São José dos Campos, v. 10, n. 3, p. 53-60, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://ojs.ict.unesp.br/index.php/cob/article/viewFile/286/223>>. Acesso em: 30 mar. 2015.
- BARBOSA, A. O; GALVÃO, A. H; MARTELLI, P. J. L. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. *In: Reunião Regional da SBPC*, Pernambuco, 2010. **Anais eletrônicos...** Pernambuco: SBPC, 2010. Disponível em: <http://www.sbpnet.org.br/livro/pernambuco/Poster-PDF/76_saude.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Populacional 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/cidadesat/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316255&search=minas-gerais|conceicao-de-ipanema>>. Acesso em 30 jul. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. 137p.
- _____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2003 – relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 51p. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/04_0347_M.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: OPAS, 2006. **Série Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 11, n. 1, Organização Pan-Americana de Saúde, 2006a. 70p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Sala5545.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 92p.

_____. Ministério da Saúde. Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm> Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1861, de 04 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE. 2008. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Portaria_n_1861_2008.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=equipes>. Acesso em: 30 mar. 2015.

BREGA, J. R. F. et al. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal Utilizando Ferramentas Móveis. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA SAÚDE, XI, 2008, Campos do Jordão. **Anais eletrônicos...** Campos do Jordão: SBIS, 2008. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/814.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2015.

BULGARELLI, J. V. *et al.* Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 42, n. 4, jul./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n4/01.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 110p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

CASTRO, L. A; TEIXEIRA, D. L. S; MODESTO, A. A influência do perfil materno na saúde bucal da criança: relato de caso. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 5, n. 23, p. 70-4, jan./fev. 2002.

CONCEIÇÃO DE IPANEMA. **Site Oficial da Prefeitura Municipal de Conceição de Ipanema**. Disponível em: <<http://www.conceicaodeipanema.mg.gov.br>>. Acesso em 30 jul. 2014.

DIAS, A. A. Saúde coletiva e legislação à luz do Programa de Saúde da Família. *In*: DIAS, A. A. *et al.* **Saúde bucal coletiva** – metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Editora Santos, 2006. p. 1-20.

EBERHARDT, T. D; REIS, L. F. Programa Saúde na Escola – PSE: Estruturado de acordo com os princípios do SUS? *In*: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS, 5, 2011, Cascavel. **Anais eletrônicos...** Cascavel: Unioeste, 2011. Disponível em: <http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario6/arqs/Trab_completos_politicas_seguridade/Programa_saude_na_escola_estruturado_sus.pdf>. Acesso em: 22 jan. de 2015.

GOUSEN, L. C. A importância do reforço constante na conscientização e motivação em higiene bucal. **Revista Paulista de Odontologia**, São Paulo, v. 19, n. 5, p. 30-2, set./out. 1997.

HANAUER, D. **A escola e a família como estratégias sociais na promoção de saúde bucal infantil**. 2011. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Odonto299168.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

LOURENÇO E. C. *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1367-77, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a09v14s1.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

MARTELLI, P. J. L. *et al.* Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3243-8, 2010.

MARTINS, R. A. Relato das mudanças nos índices de cárie em escolares de 6 a 12 anos antes e após implantação da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, em Senhora de Oliveira – MG. 2010. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2415.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

NARVAI, P. C; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. *In*: MOYSÉS, T; KRIGER, L; MOYSÉS, S. J. **Saúde da família** – trabalhando com evidências. São Paulo: Artes médicas, 2008. p. 1-20.

SANTOS, A. A. *et al.* O levantamento epidemiológico como base para o planejamento de ações em saúde bucal. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2011.

VIEIRA, A. C. C; VIEIRA, V. S. A necessidade de capacitação dos profissionais do Programa Saúde na Escola para inclusão de orientações posturais preventivas no âmbito escolar. **Ciência em Tela**, v. 4, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.cienciaemtela.nutes.ufrj.br/artigos/0211_vieira.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.