

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DANIELLA OLIVEIRA E SILVA DE AZEVEDO

**CUIDAR DO SORRISO: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE
ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE LAGOA
SANTA/MG.**

Lagoa Santa - MG
2014

DANIELLA OLIVEIRA E SILVA DE AZEVEDO

**CUIDAR DO SORRISO: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE
ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE LAGOA
SANTA/MG.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Dutra Lucas.

Lagoa Santa - MG
2014

DANIELLA OLIVEIRA E SILVA DE AZEVEDO

**CUIDAR DO SORRISO: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE
ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE LAGOA
SANTA/MG.**

Banca Examinadora

Professora Dra. Simone Dutra Lucas - orientadora

Professor Dr. Bruno Leonardo de Castro Sena - examinador

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, por me emprestar diariamente o coração que pulsa, o oxigênio que respiro, o solo em que caminho e milhões de coisas para que eu exista. Como o AMOR por querer ser uma pessoa sempre melhor e aprender mais e mais...

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos são tão bons de fazê-los, mas podemos desagradar alguém, pois podemos esquecermos o seu nome. Assim, agradeço a todos(as) os(as) **professores(as), colegas e amigos(as)** que, durante o curso ajudaram na minha formação para que eu chegasse ao fim deste trabalho.

À querida amiga, colega de jornada e orientadora **Profa. Simone Dutra Lucas** um agradecimento especial e o meu reconhecimento e reverência pela contribuição em mais essa etapa de aperfeiçoamento da minha vida profissional.

À querida amiga **Ana Beatriz**, por toda a ajuda para que eu não desistisse e este trabalho se tornasse realidade.

Ao meu querido esposo **Emerson** um agradecimento carinhoso pelo estímulo e apoio constantes nessa jornada e principalmente por suportar minhas ausências nos momentos e encontros familiares.

À minha **família** querida, por sustentação amorosa que me mantém sempre firme e confiante.

À minha **amada filhinha Flora**, que já tem transformado maravilhosamente a minha vida, antes mesmo da sua chegada.

E especialmente a **Deus**, por iluminar minha mente, dar sentido a todas as coisas e me dar forças para não desistir...

“Não duvide do valor da vida, da paz, do amor, do prazer de viver, em fim, de tudo que faz a vida florescer. Mas duvide de tudo que a compromete. Duvide do controle que a miséria, ansiedade, egoísmo, intolerância e irritabilidade exercem sobre você. Use a dúvida como ferramenta para fazer uma higiene no delicado palco da sua mente com o mesmo empenho com que você faz higiene bucal.”

Augusto Cury

RESUMO

Este trabalho busca identificar os elementos que proporcionem uma maior reflexão sobre os processos de trabalho na atenção básica instituídos pelo Protocolo e Atenção à Saúde Bucal implantado no município de Lagoa Santa procurando identificar na literatura existente, autores que discutem a importância do planejamento e da gestão dos processos de trabalho na organização dos sistemas de saúde do SUS e propõe um Plano de Ação para implementá-lo adequadamente. O caminho metodológico percorrido foi a pesquisa descritiva objetivando estabelecer correlações entre os pontos observados no protocolo estudado e os modelos encontrados. Para tanto, a descritiva recorreu à pesquisa bibliográfica documental e à exploração teórico-científica de artigos disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, no período de 1993 a 2013, utilizando os descritores: atenção primária ou básica; estratégia saúde da família, atenção em saúde bucal; planejamento em saúde; processos de trabalho em saúde; protocolos de saúde e protocolos de atenção em saúde bucal. Espera-se, com este estudo, contribuir substancialmente para a efetivação da qualidade da atenção em saúde bucal, mostrando os caminhos e direções que a gestão ainda deve percorrer para garantir acesso da população a estes serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal; Planejamento; Protocolos de Atenção.

ABSTRACT

This paper seeks to identify the elements that provide greater reflection on the work processes in primary care established by the Oral Health Protocol (Protocolo de Atenção à Saúde Bucal) implemented in the city of Lagoa Santa trying to identify in the existing literature, authors who discuss the importance of planning and management of work processes in the organization of health systems of SUS and proposes an Action Plan to implement it properly. The methodological path followed was a descriptive study aiming to establish correlations between the observed points in the protocol studied and models found. To this end, the descriptive research resorted to documentary literature and theoretical and scientific exploration of articles available on the Virtual Health Library – VHL, in the period 1993 to 2013, using the following keywords: primary or primary care, family health strategy, dental care, health planning, work processes in health, protocols health and dental care protocols. Hopefully, with this study, is intended to consubstantially contribute to the realization of the quality of dental care, showing the paths and directions that management should still go to ensure the population's access to these services.

KEYWORDS: Dental Health, Planning, Attention Protocols.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Atenção em Saúde Bucal

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CPO-D – Número de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SB – Saúde Bucal

SES-MG – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Justificativa.....	14
1.2 Objetivos	15
1.3 Metodologia.....	16
2 BASES CONCEITUAIS	18
2.1 Saúde Bucal no SUS: princípios doutrinários e organizacionais.....	20
2.2 Atenção Primária e Saúde Bucal.....	21
2.3 Planejamento em Saúde Bucal	26
2.4 Saúde Bucal e processos de trabalho.....	27
2.5 Saúde Bucal em Lagoa Santa.....	29
3 PROPOSTA DE AÇÃO.....	32
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	47
ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, as ações públicas em saúde bucal no Brasil ocorreram de forma fragmentada e excludente, com a assistência concentrada apenas na faixa etária em idade escolar, o que culminou em uma população adulta desassistida e mutilada do ponto de vista bucal (SOUZA; RONCALLI, 2007), que teve o acesso aos serviços odontológicos limitado às ocasiões de dor, decorrentes principalmente de estágio avançado da cárie dentária, sendo a extração dentária a solução dada ao caso, embora pudesse ser evitada (BARBATO *et al.*, 2007; FRAZÃO; NARVAI, 2009). O estudo de Barbato *et al.* (2007) ainda considera uma alta prevalência de edentulismo e elevado índice CPO-D médio na população adulta, embora o levantamento epidemiológico SB Brasil 2010 tenha demonstrado uma diminuição no CPO-D em relação aos levantamentos anteriores de 2003 e 1986.

A partir de 2000, com a entrada oficial da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir da Portaria GM/MS 1.444, que garantiu incentivo financeiro federal para a implantação de equipes de Saúde Bucal (ESB) para as ESF implantadas, o MS demonstra um avanço no incentivo para que as ações de saúde bucal passem a integrar efetivamente o planejamento de reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2000). A publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, define uma série de pressupostos para reorientar o modelo de atenção em saúde bucal, dentre eles: a incorporação da Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica; a busca pela integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita; a utilização da epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento (BRASIL, 2004). Souza e Roncalli (2007) consideram que a incorporação da Saúde Bucal (SB) à ESF tem sido vista como “possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo”, já que a ESF não só “articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário”. Ainda ressaltam que o aumento do incentivo financeiro para a

inclusão da saúde bucal nas equipes de Saúde da Família (SF), concedido nestes últimos anos pelo MS, reflete a sua relevância no novo momento político do Brasil.

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é definida, de acordo com a Comissão de Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS), desta forma:

Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas sobre a forma do trabalho em equipe e dirigidas a populações de território bem delimitado, pelos quais assume responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde das populações, de maior frequência e relevância (BRASIL, 2007^a, p. 16).

O PSF é uma estratégia voltada para a organização da atenção básica que tem por objetivo a implementação da Vigilância à Saúde, por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Busca construir novos processos de trabalho voltados às famílias, valorizando a intersectorialidade e o controle social. O reconhecimento do território, a identificação das famílias de risco, a apropriação das condições socioculturais, dos costumes e da experiência histórica da comunidade social local possibilitam a compreensão da causalidade das doenças e a proposição, de maneira multidisciplinar e multiprofissional, da atenção adequada à comunidade (BRASIL, 2007a).

Castro *et al.*(2011) considera que o PSF do MS é uma estratégia para reorganização da Atenção Básica, que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde e considerando-se a saúde bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla – enquanto qualidade de vida – a incorporação de ações de saúde bucal no referido programa adquire maior importância na busca de mecanismos que ampliem o acesso da população a essas ações, e viabilizem a melhoria do quadro epidemiológico no Brasil.

A Atenção em Saúde Bucal (ASB) vem sendo desenvolvida há anos no Brasil e como passou a fazer parte do PSF desde o ano 2000, a equipe odontológica

deve agir em parceria com os demais membros da equipe do programa e com a população para que ela atue em sua própria saúde. Atuar de forma integrada com base epidemiológica, buscando impacto, controle e redução de índices para as doenças da placa bacteriana para que haja um estado de equilíbrio favorável entre saúde e doença. A humanização do atendimento, sua resolutividade e qualidade, a melhoria do acesso, a territorialização, e a otimização das ações de vigilância à saúde para prevenção e controle das doenças e agravos servirão como base para adequar as normas da atenção odontológica (BALDANI; ALMEIDA; ANTUNES, 2009).

No município de Lagoa Santa - MG, a Saúde Bucal está inserida no PSF desde 2008 e desde então vem passando por estruturação para atender os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do próprio programa. Neste processo de estruturação e organização foram implantados serviços, capacitados profissionais e formulado um Protocolo de Atenção à Saúde Bucal que vem sendo implementado nos pontos de atenção de saúde bucal.

Desde 2010, a Saúde Bucal vem sofrendo uma grande reorientação e, com isso, integrando-se aos demais setores da saúde. Com esta adequação da rede de serviços ofertados pelo SUS municipal foram implementadas ações de ampliação do acesso, descentralização da atenção e incentivo à participação comunitária e controle social.

Entretanto, a organização do processo de trabalho ainda precisa avançar mais para garantir que a população receba os serviços dos quais demanda.

Pode-se considerar portanto, que estamos em um momento propício para a proposição de ações de qualificação da assistência prestada e implantação de novas frentes de atuação nas áreas de promoção à saúde, prevenção e recuperação/reabilitação em saúde bucal, em consonância com a Política Brasil Sorridente do Ministério da Saúde. No âmbito estadual têm sido observadas iniciativas para a organização da gestão em saúde bucal, com o Curso de Extensão “Reorganização da Atenção à Saúde Bucal_ PRA - Saúde Bucal” ofertado através do Canal Minas Saúde direcionado aos coordenadores municipais, técnicos

estaduais da área e profissionais da rede SUS, além de oferta de incentivos financeiros para a implantação de serviços básicos e especializados de saúde bucal.

Diante do exposto, o presente trabalho pretende, a partir de uma análise da organização existente no setor de saúde bucal da Secretaria Municipal de Lagoa Santa até o presente momento, propor um Plano de Ação para a melhoria da organização da Política Municipal de Atenção em Saúde “Cuidar do Sorriso”, com o planejamento da atenção em saúde bucal na atenção primária no primeiro momento e posteriormente realizar a inserção da atenção secundária na rede SUS municipal.

1.1 Justificativa

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, os serviços de saúde pública, no Brasil, vêm atravessando profundas mudanças. Foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em consequência, várias normatizações foram editadas com o objetivo de orientar os gestores em relação à necessidade de planejamento de ações a serem desenvolvidas pelos municípios.

Segundo Gil (2006), vários municípios brasileiros, o que inclui Lagoa Santa, têm assumido a responsabilidade de ofertar aos seus munícipes as ações de saúde que vêm sendo desenvolvidas e disponibilizadas pelos pontos de atenção dos Sistema de Saúde existente. Entretanto, a organização e normatização destes pontos de atenção não vêm sendo feita de maneira adequada para que as ações e serviços sejam oferecidos e desenvolvidos de forma sistemática e com resultados efetivos e eficientes.

Entre os pontos de atenção que ainda não se organizaram de forma satisfatória, encontramos as unidades de atenção em Saúde Bucal de Lagoa Santa, pois não apresentam instituído adequadamente um protocolo de atenção que inclua a programação de uma agenda de atendimento que contemple sistematicamente ações de prevenção, promoção e tratamento de problemas bucais.

Espera-se, com este trabalho, contribuir para a autonomia dos profissionais de odontologia na organização do seu processo de trabalho divulgando normas de organização disponíveis na atenção básica em saúde bucal, e assim, dando-lhes o respaldo nas condutas e possibilitando a oferta de uma atenção à saúde efetiva para os pacientes, através da proposta de um protocolo para a Saúde Bucal. Pois, é consenso que o atendimento sob a luz de um protocolo possibilitará eficiência e cuidado à saúde de qualidade por parte da equipe de odontologia, em todo o município.

1.2 Objetivos

Objetivo Geral

Realizar análise teórico-científica atualizada sobre a organização do processo de trabalho a fim de propor um plano de ação para construção de Protocolo de Atenção à Saúde Bucal que garanta aos vários grupos prioritários da população o acesso aos serviços ofertados pela rede municipal.

Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão de literatura sobre a organização atual dos processos de trabalho e a utilização de protocolos para organização dos serviços;
- Analisar o protocolo existente no município para garantir o acesso da população à atenção em saúde bucal, reduzindo as iniquidades;
- Verificar se o modelo de atendimento proposto pelo protocolo é baseado apenas na demanda espontânea e se permite transformar gradualmente o perfil do atendimento de ações centradas nos casos agudos para ações centradas no acompanhamento e no cuidado;
- Garantir que, no protocolo, o princípio da equidade oriente casos de necessidade de priorização de atendimento, de acordo com critérios de risco ou necessidade, ou seja, primeiramente os usuários mais necessitados;
- Contribuir para o avanço no processo de trabalho em equipe, de forma a promover a integração da atenção em saúde bucal com a atenção prestada pela equipe de saúde;
- Analisar os fluxos de atendimento propostos verificando se organizam o atendimento dentro das unidades de saúde.

1.3 Metodologia

O caminho metodológico, segundo Minayo (2003), é o conjunto de técnicas ou estratégias escolhidas e percorridas para o desenvolvimento de uma pesquisa.

Este estudo pode ser enquadrado, quanto à sua finalidade, como tendo um caráter descritivo. Conforme Gil (2002), a pesquisa descritiva tem como foco a descrição de características de determinado fenômeno, entretanto “há pesquisas que, embora definidas como descritivas a partir de seus objetivos acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias”, entretanto não deixam de ser caracterizadas como descritivas.

Para Vergara (2007), a pesquisa descritiva não tem a obrigação de explicar os fenômenos que descreve, apenas serve como base para tal explicação podendo auxiliar no estabelecimento de correlações entre variáveis e modelos e as decisões que são tomadas com base nos mesmos.

A descritiva recorre, simultaneamente, à pesquisa bibliográfica documental sobre o Protocolo de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa, como também à exploração teórico-científica de artigos científicos disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de 1993 a 2013, segundo os descritores: Saúde Bucal, Planejamento e Protocolos de Atenção, sobre a formulação e implantação de tal normatização para organização do processo de trabalho da equipe profissional da saúde bucal.

Neste contexto, busca identificar os elementos que situem esses processos de trabalho na atenção básica, dando sempre destaque aqueles que remetem à questão da implantação da Equipe de Saúde da Família do setor saúde, mais especificamente, da atenção à Saúde Bucal no âmbito municipal, procurando identificar na literatura existente, autores que discutem tal problemática para apoio na tomada de decisão da gestão em relação à continuidade de utilização de tal ferramenta e a implantação de novos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família no município.

E uma das formas de se melhorar estes processos de trabalho é através da elaboração de protocolos que, segundo Werneck, Faria e Campos (2009), baseados em evidências científicas, orientam o cuidado e as ações dos trabalhadores dos serviços de saúde de um determinado serviço, equipe ou departamento, através de fluxos, condutas e procedimentos para atingir melhoria da qualidade no serviço prestado em saúde.

Assim, durante reunião técnica de trabalho, que acontece com frequência mensal, a equipe presente, entendendo que a fragilidade e grande variedade de modos de fazer as ações prejudicavam substancialmente a eficiência do trabalho, definiu-se que seria indicada a elaboração de um instrumento do tipo protocolo que organizasse os processos de trabalho das equipes de Saúde Bucal do município de Lagoa Santa. Estabeleceu-se um plano de ação para desenvolver e instituir um Protocolo de Saúde Bucal. Tal elaboração se deu conduzida por uma Comissão de Elaboração de Protocolo com membros escolhidos pelo Secretário Municipal de Saúde, juntamente com os profissionais envolvidos. Esta comissão foi composta por equipe multiprofissional contando com dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal.

A comissão baseou a elaboração do protocolo municipal nas linhas-guias, e bibliografia disponíveis no meio eletrônico.

2 BASES CONCEITUAIS

A II Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, em seu relatório final, define Saúde Bucal, em consonância com o conceito ampliado de saúde presente no texto constitucional, como sendo “parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, serviços de saúde e informação (BRASIL, 1993).

Embora os determinantes das doenças bucais sejam bem conhecidos, e os métodos efetivos para sua prevenção serem de amplo conhecimento e comprovação, o estudo epidemiológico Projeto SB Brasil 2010 demonstrou que as doenças bucais ainda são consideradas importantes problemas de saúde pública devido à sua prevalência e impacto nos indivíduos e na sociedade, principalmente entre os adultos (BRASIL, 2011).

Historicamente no Brasil, as ações públicas em saúde bucal, segundo Souza e Roncalli (2007) ocorreram de forma fragmentada e excludente, culminando em uma população adulta desassistida e mutilada do ponto de vista bucal. Essa população teve o acesso aos serviços odontológicos limitados às ocasiões de dor, decorrentes principalmente de estágio avançado da cárie dentária, sendo a extração dentária a solução dada ao caso, embora pudesse ser evitada.

Em seu estudo sobre perdas dentárias em adultos de 35 a 44 anos, Barbato *et al.* (2007), considera a ocorrência de alta prevalência de edentulismo e a elevada média do índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D médio) nesta população com resultados de 22,5 e 20,13 obtidos nos levantamentos epidemiológicos realizados nos anos de 1986 e 2003, respectivamente.

Já os resultados apresentados no levantamento epidemiológico SB Brasil 2010, que abrange várias faixas etárias, demonstram uma diminuição no CPO-D no grupo de 35 a 44 anos, com o resultado de 16,7, sendo, portanto, inferior aos apresentados no estudo de Barbato *et al.* (2007). Em outras faixas etárias, como na população idosa (65 a 74 anos), o SB Brasil 2010 mostra que ainda predominam as más condições de saúde bucal, com um resultado de média de CPO-D igual a 27,53

e com apenas 7,3% desta população sem a necessidade de reabilitação por próteses dentárias. Em relação ao CPO-D médio aos 12 anos, os resultados obtidos nos levantamentos epidemiológicos realizados nos anos de 1986, 2003 e 2010 foram, respectivamente, 6,7; 2,78 e 2,07 e apontam uma melhoria em relação à condição de saúde bucal desta população (BRASIL, 2011).

A partir do ano 2000, ocorreu a possibilidade oficial de implantação da Saúde Bucal juntamente com a Estratégia de Saúde da Família tendo garantido o incentivo financeiro federal para uma ESB que poderia estar vinculada à duas ESF implantadas (BRASIL, 2000).

Com essa definição, o Ministério da Saúde demonstra um avanço no que se refere ao incentivo para que as ações de saúde bucal, que passam a integrar efetivamente o planejamento de reorganização da Atenção Básica. Ocorre, ainda a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, (BRASIL, 2004) que definem uma série de pressupostos para reorientar o modelo de atenção em saúde bucal, dentre eles:

- a) Incorporação da Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;
- b) Busca pela integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo; a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita;
- c) Utilização da epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento.

Souza e Roncalli (2007, p.27) consideram que a incorporação da SB ao PSF tem sido vista como “possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo”, já que a ESF não só “articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário”. Os autores, ainda ressaltam que o aumento do incentivo financeiro para a inclusão da SB na ESF, concedido nestes últimos anos pelo MS, reflete a sua relevância no novo momento político do Brasil.

2.1. Saúde Bucal no SUS: princípios doutrinários e organizativos

A saúde ao ser estudada em vários países apresenta, segundo Baldani, Almeida e Antunes (2009), um “gradiente socioeconômico” que independe do tamanho ou eficiência dos serviços de saúde disponibilizados para a população. O autor cita, ainda, que, tanto no Brasil quanto em outros países, a maior oferta de serviços públicos de saúde tem conseguido aumentar a probabilidade de acesso de indivíduos com piores condições socioeconômicas aos benefícios da atenção à saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), por suas características doutrinárias e organizacionais, é considerado uma das principais conquistas do povo brasileiro para consolidação de seus direitos sociais. O princípio da equidade enquanto discriminação positiva, também chamada de equidade vertical,²⁰ tem norteado as políticas de saúde no Brasil a partir da edição, pelo Ministério da Saúde, da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS 1996), e tem sido aplicado principalmente aos mecanismos de financiamento da atenção básica (BALDANI; ALMEIDA; ANTUNES, 2009, p. 3).

Para Antunes e Narvai (2010, p.5) ocorre um “ponderável progresso de incorporação da saúde bucal no sistema oficial de saúde em apenas uma década”. O “atendimento odontológico regular”, com a criação do SUS pela Constituição de 1988, passa a ser oferecido em larga escala na rede de saúde pública, seguindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade e como parte indissociável da saúde geral, devendo o Estado garanti-la como direito de todos.

Em 2003, o Governo Federal lança oficialmente o Programa Brasil Sorridente, política que tem definições e forma de organização apresentadas no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” e faz parte do “Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil”, respondendo de forma efetiva às doutrinas e princípios de orientação que o SUS impõe à Saúde Pública (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

Frazão e Narvai (2009) mostram ainda, em seu trabalho, o incremento da Saúde Bucal no período de 2002 a 2008, onde o número de ESB saltou de cerca de 4.000 para mais de 17.000, representando uma cobertura em torno de 91 milhões de habitantes, apenas pouco mais da metade da cobertura da ESF, mas uma cobertura significativa e que passou a ter, a partir de 2004, a instalação dos Centros de

Especialidades Odontológicas (CEO) com serviços voltados para atender pacientes com necessidades especiais, endodontia, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor.

2.2. Atenção Primária e Saúde Bucal

Para Ronzani e Van Stralen (2003) a organização dos serviços de saúde, com a finalidade de atuar adequadamente na carga atual de doenças que afetam uma determinada população, pode ser dividida em níveis de atenção, de acordo com a complexidade da oferta de serviços. Para o autor, essa divisão facilita a gestão dos sistemas de saúde e são três estes níveis:

- **Nível primário:** caracteriza-se por não haver distinção de idade, sexo nem de causa de consulta, com objetivo de ação antes que uma determinada doença se instale ou de diagnóstico precoce, também identificado, no Brasil, por atenção básica;
- **Nível secundário:** caracteriza-se por ser ambulatorial ou hospitalar, no qual se distinguem problemas para populações específicas que demandam atenção em nível especializado, com a progressão de uma determinada doença mais avançada, porém ainda passível de uma intervenção mais básica;
- **Nível terciário:** caracteriza-se por ser eminentemente hospitalar, com a realização de ações especializadas e com uso de tecnologias mais complexas.

A Atenção Primária, nos diferentes sistemas de saúde do Brasil e de outros países, tem impulsionado uma reorganização destes, devido a necessidade de mudar e reformar para atender tanto a demandas econômicas, como políticas e sociodemográficas e também para assumir um papel de coordenadora do cuidado e estruturante das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2007b).

Segundo estudo sobre a Carga Global de Doenças do Estado de Minas Gerais no ano de 2005, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, coordenado por Leite, Schramm e Valente (2011), a fim de avaliar a carga de doenças que causam perda de anos de vida aos seres humanos é preciso a implementação de um modelo de atenção que garanta

cuidados em saúde de caráter integral e contínuo, com o uso adequado e racional de serviços e equipamentos de saúde e que seja bem planejado, inclusive financeiramente, para que não ocorra desassistência, pois trata-se na sua maioria de doenças crônicas e de tratamento contínuo. Esse é um grande desafio dos sistemas de saúde, que deve priorizar, também, políticas públicas capazes de promover hábitos de vida saudáveis, especialmente entre os mais jovens, fundamentais para prevenção de doenças e redução da sua carga no futuro.

Para Ronzani e Van Stralen (2003) o Governo Federal, ao adotar a Estratégia Saúde da Família, promove uma reforma no modelo assistencial de saúde brasileiro, que propicia uma mudança na alocação de recursos financeiros, na organização dos serviços e na concepção e atenção à saúde. Ocorre um aprimoramento e consolidação das propostas do SUS a partir de 1997. Para que isso ocorra tem havido um investimento financeiro diferenciado por parte do Ministério da Saúde com definição de atribuição de responsabilidades da esfera municipal.

Para Antunes e Narvai (2010) a Estratégia de Saúde da Família vem possibilitar que os profissionais da atenção primária em saúde bucal assumam uma postura mais ativa em relação à produção da saúde e os CEO ampliaram a oferta de procedimentos da Atenção Secundária ou Especializada com atendimentos protéticos, de endodontia e radiologia odontológica, porém o serviço público odontológico não pode deixar de incluir a atuação na comunidade, os levantamentos epidemiológicos, as ações preventivas e de educação em saúde, os serviços para grupos com necessidades diferenciadas, ou seja a promoção de saúde bucal.

Barros *et al.* (2010), apontam, em sua pesquisa, que ao analisarem a integralidade na assistência à saúde bucal em Centros de Especialidades Odontológicas aqueles onde a Estratégia de Saúde da Família é a forma de organização do sistema de saúde municipal, com ênfase em uma rede de serviços estruturada e articulada, são capazes de operacionalizar a referência e contra-referência de usuários e a garantia da continuidade do cuidado é superior.

... sua incorporação ao PSF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque o PSF, de

certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário (SOUZA; RONCALLI, 2007, p.20).

O Projeto Paidéia propôs como diretrizes a criação do vínculo, a priorização de riscos e a vulnerabilidade sócio-epidemiológica, além da lógica da Clínica Ampliada, que visa a produção de saúde, aliviando sintomas e cuidando das pessoas, curando e reabilitando doentes e suas famílias (BOTAZZO; GIUDICE; PEZZATO, 2013).

As políticas, planos e estratégias dos governos federal, estaduais e municipais devem garantir os cuidados primários de saúde para os indivíduos e as comunidades, e com isso o direito básico à saúde, e devem ser propostos levando-se em consideração a necessidade de coordenação entre os diversos serviços, sob a responsabilidade da Atenção Primária à Saúde, tendo em vista o reconhecimento dos principais problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2001).

Ciclos de vida, condições sistêmicas e grupos prioritários

A dinâmica familiar e os diferentes papéis de cada membro da família vêm sofrendo grandes transformações ao longo das últimas décadas. Essas mudanças afetam aspectos relacionados aos cuidados com a saúde geral e com a saúde bucal, portanto precisam ser compreendidos para contribuir no processo de promoção da saúde e controle das doenças (GENIOLE et al. 2011).

Geniole *et al.*(2011) afirmam ainda que, a organização do trabalho das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família é necessário iniciar-se por um planejamento estratégico baseado na compreensão dos ciclos de vida familiar e “incorporá-lo na construção de estratégias de cuidado em saúde”, pois é importante identificar e atuar o impacto da família na saúde e doença de seus membros, entendendo melhor o momento e o contexto da vida familiar, incluindo as diferentes fases dos ciclos de vida: bebê, criança, adolescente, gestante, adulto, idoso e paciente com necessidades especiais.

Moysés e Silveira Filho (2002) citados no trabalho de Geniole (2011 p. 24) dizem que “o ciclo de vida familiar caracteriza os movimentos e transformações que ocorrem ao longo da história familiar, apresentando padrões de relativa previsibilidade, constituindo estágios de desenvolvimento e exigindo adaptação e ajustamento”.

Para Castro *et al* (2011), com a implantação da Estratégia Saúde da Família iniciou-se o trabalho com as famílias e os grupos de risco foram priorizados, sendo estes, gestantes, diabéticos e pacientes com indicação médica.

É indispensável elaborar estratégias de atuação, priorizar as atividades, identificar as atribuições de cada um dos participantes envolvidos e definir indicadores e metas para avaliação periódica de cada ação e serviço, utilizando como base aquilo que você já identificou. Sugestão de agenda semanal GENIOLE *et al.* 2011, p. 35).

É importante que o planejamento estratégico permita a universalização dos benefícios e direcione recursos para os grupos com maior necessidade, ou seja os grupos de risco para que não ocorra a ampliação das desigualdades. Para que o planejamento seja efetivo é necessário o reconhecimento do território, a identificação das famílias de risco, a apropriação das condições socioculturais, dos costumes e da experiência histórica da comunidade social local, pois tudo isso irá possibilitar a compreensão correta das causas das doenças e ajudarão na proposição, de maneira multidisciplinar e multiprofissional, da atenção à saúde adequada a esta comunidade (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Para Santos *et al.*(2008), as estratégias desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal (visitas domiciliares, atividades em grupos em escolas e centros comunitários) devem contribuir para o aumento do vínculo e o fortalecimento da autonomia da comunidade em relação ao autocuidado e à troca de experiências.

Demanda espontânea e urgências

Os serviços de odontologia, na Saúde Coletiva, tiveram início através da oferta de atenção aos grupos priorizados de escolares e através do atendimento de demanda espontânea em relação às necessidades urgentes de saúde bucal da

população adulta. Até hoje, vários serviços não apresentam definição de modelo assistencial e se resumem aos atendimentos de urgência em postos de saúde (RONCALLI, 2000).

Antes da incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família a odontologia era precária e desenvolvida a partir de uma “prática hegemônica, tecnicista e biologicista” onde a ausência de planejamento estratégico e do trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional imperava com uma atenção individualizada conduzida pela 'queixa-conduta' e limitada às vagas de urgência, sem avaliação e acolhimento das necessidades dos usuários, equipamento e insumos disponíveis. Tratava-se de uma 'clínica degradada', que impingia uma lógica de submissão e personificava a doença (BOTAZZO; GIUDICE; PEZZATO, 2013).

De acordo com Campos (2003), a 'clínica degradada' é marcada por interesses de qualquer natureza, sejam eles econômicos, políticos ou ideológicos, numa perspectiva mercadológica, capitalista, que não considera a necessidade de saúde em sua práxis. Cria, em seu entorno, um espaço autoritário de saberes e de poderes em que o usuário fica sujeitado (BOTAZZO; GIUDICE; PEZZATO, 2013, p.6).

Entretanto, em alguns locais, ao longo dos anos, os serviços de saúde bucal vêm experimentando várias formas de organização que partem da análise, muitas vezes empírica, das diversas demandas surgidas nos postos de atendimento. Os primeiros alvos de demandas reprimidas a serem enfrentados foram o atendimento de crianças, gestantes e a urgência odontológica. Porém, com a incorporação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, em 2000, e a possibilidade de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, em 2004, surgiram novos impulsos para a ampliação da oferta de atendimento odontológico para grupos prioritários e, inclusive para a atenção às urgências (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Os atendimentos de urgência devem, segundo a Portaria nº. 2.048/2002, ser prestados “aos portadores de quadros agudos clínicos, traumáticos ou psiquiátricos em todas as portas de entrada do SUS, ou seja, em unidades básicas e em unidades de média e alta complexidade, após uma “triagem classificatória de risco”. Ainda, segundo a portaria, todos os municípios brasileiros com suas unidades básicas de saúde e/ou unidades de saúde da família, independe do tipo de gestão

em que se encontram, têm que assumir e desempenhar adequadamente seus papéis e compromissos em relação ao acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade (BRASIL, 2002).

Embora tenha que ser garantido o atendimento das urgências odontológicas, o modelo de atenção à saúde bucal não pode ser excludente para clientela adulta, impondo um atendimento que atenda apenas casos urgentes para a faixa etária de indivíduos com idade superior a 15 anos (RONCALLI, 2000).

Para Santos *et al.* (2008), a preferência dos adultos com relação ao atendimento odontológico muitas vezes é por exodontias, e isso é um fato histórico que perpassa por associações que “impressas no cognitivo coletivo” devido ao resultado de práticas desenvolvidas em relação à saúde bucal durante anos, onde os usuários “por dificuldade de acesso e/ou pela resolubilidade limitada, acabam optando por tratamentos que ‘finalizem’ seu sofrimento, com garantia de que ele não se repetirá, pelo menos em relação àquele dente”.

Segundo Manfredine (2003) citado por Castro *et al.* (2011) é necessário planejar, organizar e executar as ações de Saúde Bucal necessárias para todas as faixas etárias a partir da identificação e abordagem programática de grupos de maior risco social e famílias sem acesso ao serviço, e não apenas para grupos prioritários, como gestantes, bebês e escolares, apesar deles constituírem um público importante.

2.3 Planejamento em Saúde Bucal no SUS

A grande carga de doenças bucais resultante da inexistente ou insuficiente oferta de assistência em saúde bucal torna impossível a implantação de atendimento odontológico público com uma oferta imediata que alcance de forma universal a população. Diante desta impossibilidade devem ser estabelecidos “alvos prioritários” para que os recursos sejam direcionados preferencialmente “como o tratamento de crianças e gestantes, e a atenção especializada em prótese dentária, endodontia e radiologia odontológica”; a promoção da saúde, por meio da expansão da atenção primária, educação em saúde, ações preventivas; e, não deixando de lado o

atendimento de urgência que deve ser “princípio consagrado” tanto dos serviços públicos como privados (ANTUNES; NARVAI, 2010).

A saúde bucal (SB) é uma das políticas públicas de saúde mais bem sucedidas do Brasil na primeira década do século XXI. Importantes mudanças foram introduzidas e resultados significativos, tanto na organização das ações da área quanto no quadro epidemiológico são amplamente reconhecidos. Os recursos federais destinados anualmente à saúde bucal aumentaram em mais de dez vezes nesse período, tornando possível ampliar tanto os serviços assistenciais básicos e de média e alta complexidade, quanto as ações preventivas específicas, notadamente a fluoretação das águas de abastecimento público (NARVAI; FRAZÃO, 2008 apud CASTRO *et al.*, 2011, p. 2).

Para Antunes e Narvai (2010) as intervenções de saúde pública devem ser introduzidas a partir de um planejamento estratégico que permita direcionar os recursos existentes, atuando para a universalização dos benefícios, aos grupos com maiores necessidades, ou seja de forma equânime, para não ampliar as desigualdades existentes.

Segundo Castro *et al.* (2011), a organização e implantação deste planejamento permitirá a Reorganização da Atenção Básica com base na Estratégia Saúde da Família e o desenvolvimento pleno da Política de Saúde Bucal.

E para a manutenção da Saúde Bucal na agenda de gestão das políticas públicas serão necessários esforços tanto para garantir princípios quanto soluções adequadas para os conflitos gerados. “Avançar nessa direção implica [...] superar o ideário liberal-privatista e, levando em conta o interesse público, robustecer a capacidade de gestão das políticas públicas, da política de saúde e da PNSB” (FRAZÃO; NARVAI, 2009 p.70).

2.4. Saúde Bucal e processos de trabalho

Os cuidados de Saúde Bucal desenvolvidos na Atenção Primária devem ser baseados na diminuição da exclusão, ampliando-se a cobertura para todas as faixas etárias com propostas que incluam a promoção de saúde, enfatizando a resolubilidade com qualidade de atendimento (CASTRO *et al.*, 2011).

Para Santos *et al.* (2008) um dos desafios existentes atualmente é “imposto pela estrutura organizacional” que apresenta relações fragmentadas durante o processo de trabalho da equipe de saúde bucal e a ESF vem possibilitar “o entrelaçamento das relações e dos afetos entre trabalhadores de saúde e a comunidade, ao ampliar a prática para além da unidade de saúde da família”.

A organização dos serviços a partir da melhoria dos processos de trabalho é um caminho desafiador, segundo Botazzo, Giudice e Pezzato (2013), e constitui-se como busca eficiente de evidências para o diagnóstico, o cuidado, o tratamento, o prognóstico, a etiologia e a profilaxia das doenças e agravos.

Novos processos de trabalhos a serem implementados nas unidades de saúde, ainda segundo Botazzo, Giudice e Pezzato (2013), devem ser norteadas por estas novas formas de se fazer saúde que estão disponíveis e, repensando coletivamente estes processos, propor mudanças. Para que essa nova forma de trabalho seja eficiente, deve-se “conhecer de perto as condições de moradia, reconhecer líderes nas regiões” e, os componentes da equipe que forem atuar ali devem apresentarem-se para a comunidade, e:

... a partir de então, (a equipe) se corresponsabilizar pelo cuidado em saúde e convidar a população residente nessas áreas para a 'formação da roda'. O Método da Roda, proposto por Campos (2000), objetiva a constituição de coletivos organizados, o que implica construir capacidade de análise e de cogestão, para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços quanto com sua própria constituição (BOTAZZO; GIUDICE; PEZZATO, 2013, p. 8).

Estudos de Aguiar (1998) sobre as práticas de “Saúde da Família” mostram que o programa vem provocando mudanças amplas que envolvem desde a organização de serviços, a capacitação de profissionais e o processo de trabalho, ou seja, a mudança da prática e dos comportamentos frente à saúde e à doença.

Para Mendes (1996 p.273) o Processo de Trabalho em Saúde “é uma prestação de serviços em que o objeto de trabalho da equipe é outro sujeito que participa, não apenas fornecendo informações, mas também executando ações”

onde existe a necessidade de estabelecer uma comunicação eficaz entre quem presta e quem recebe o serviço.

O conceito de 'processo e trabalho em saúde' diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p.165).

Para Santos *et al.* (2008), a reorganização do processo de trabalho a partir da inclusão de tecnologias simples como a normatização e a padronização de ações, ou seja, implantação de protocolos, construídos com a participação dos trabalhadores de saúde e dos usuários podem produzir mudanças da prática de saúde bucal sempre que balizadas pelos vários saberes técnicos e populares.

A produção de protocolos é considerada uma estratégia importante para o planejamento, implementação e avaliação das ações, pois a padronização das ações e do processo de trabalho podem ser considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços. A utilização deles deve sempre ter avaliação, acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, para não se incorrer no risco de se produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante onde não exista a possibilidade de renovação e a inovação (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

2.5 Saúde Bucal em Lagoa Santa

O retrato do setor de saúde bucal do SUS, em Lagoa Santa, segundo informações da Secretaria Municipal, até 1997, foi caracterizado pela escassez de recursos humanos e demanda inextinguível por consultas de demanda espontânea. Isto era traduzido em pulverização de esforços, restringindo a atenção à saúde unicamente em consultas de urgências ou extrações dentárias para adultos e atendimento aos escolares na metodologia do sistema incremental, de maneira semelhante ao praticado no restante do país.

Naquele momento, por volta de 1997, foi realizado um diagnóstico situacional levantando informações sobre os principais problemas das unidades de

atendimento odontológico do município que, na época funcionavam, a maioria, em escolas. A partir deste diagnóstico e seguindo as diretrizes do Plano Municipal de Saúde vigente, a Secretaria Municipal de Saúde procurou, paulatinamente, retirar os consultórios das escolas e integrá-los às unidades que já haviam sido inseridas no PSF. Porém, como a Saúde Bucal ainda não fazia parte da ESF os serviços apenas ocupavam o mesmo espaço e não estavam realmente integrados.

Somente, em julho de 2008, foram constituídas as primeiras seis equipes de Saúde Bucal integradas à Estratégia Saúde da Família, o que possibilitou a ampliação da atenção à saúde do usuário do SUS no município e o trabalho integrado dos profissionais da saúde bucal com os demais profissionais que já compunham as equipes da ESF. Desta forma a rede de saúde local passou a oferecer uma atenção multidisciplinar voltada aos principais agravos de saúde, onde a saúde bucal é um dos temas a serem trabalhados, principalmente no que diz respeito à prevenção de doenças prevalentes. Houve significativo aumento da carga horária total de dentistas com a implantação destas ESB, que resultaram num aumento da cobertura da primeira consulta odontológica programática e dos procedimentos subsequentes. Entretanto, não puderam ser observadas mudanças significativas no processo de trabalho dos dentistas, por não existirem mecanismos implantados para realização de diagnósticos desta natureza.

Apesar de, teoricamente, os serviços de atenção à saúde e de saúde bucal estarem integrados com a Estratégia de Saúde da Família, ainda predominam, em alguns locais, processos de trabalhos dissociados, que talvez sejam reflexos do distanciamento que sempre ocorreu entre estas profissões, com os profissionais atuando, separadamente, sem interagirem entre si.

E a realidade atual, em relação aos serviços de saúde bucal disponíveis no município é que a demanda espontânea por consultas de urgência e para tratamentos programados ainda é muito grande e constante, gerando filas de espera imensuráveis. Outra questão importante é a falta de organização de agendas que contemplem programações de atividades coletivas voltadas para os grupos operativos atuando, assim, de forma mais abrangente as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A partir de 2010, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa iniciou um processo de reorientação da atenção primária, integrando seus diversos setores, dentre eles a área da saúde bucal. Com esta adequação da rede de serviços ofertados pelo SUS municipal e demais esferas, foram implementadas ações de ampliação do acesso, descentralização da atenção e incentivo à participação comunitária e controle social.

Portanto, podemos considerar que estamos em um momento propício para a proposição de ações de qualificação da assistência prestada e implantação de novas frentes de atuação nas áreas de promoção à saúde, prevenção e recuperação/reabilitação em saúde bucal, em consonância com a Política Brasil Sorridente do Ministério da Saúde. No âmbito estadual têm sido observadas iniciativas para a organização da gestão em saúde bucal, com o recente Curso de Extensão “Reorganização da Atenção à Saúde Bucal_ PRA - Saúde Bucal” ofertado através do Canal Minas Saúde direcionado aos coordenadores municipais, técnicos estaduais da área e profissionais da rede SUS, além de incentivos financeiros para a implantação de serviços básicos e especializados de saúde bucal.

3 PROPOSTA DE AÇÃO

Por definição, segundo Werneck, Faria e Campos (2009), protocolos são rotinas elaboradas por profissionais experientes e especialistas, a partir do conhecimento científico atualizado baseado em evidências científicas, para orientar os cuidados e as ações de gestão dos trabalhadores dos serviços de saúde de um determinado serviço, equipe ou departamento através de fluxos, condutas e procedimentos clínicos e atingir melhoria da qualidade no serviço prestado em saúde.

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar (BRASIL, 2008a, p.2).

Para Botazzo, Giudice e Pezzato (2013), define-se qualidade em saúde como o quanto as práticas, procedimentos e ações em saúde são estabelecidas a partir da utilização de normas e protocolos técnicos e científicos atuais que sejam legitimados e tenham adesão dos profissionais, além de aplicabilidade para uso rotineiro dentro dos serviços de saúde. Esses protocolos devem ter características como: abrangência, e sensibilidade para evidenciar mudanças e facilidade na aplicação.

Os serviços de atenção à saúde têm hoje a divisão estratégica para sua estruturação e organização em atenção primária e secundária e os protocolos de manejo de casos e programas de atendimento compartilhado entre especialidades e profissionais da rede básica a serem instituídos devem estabelecer uma coordenação a ser exercida entre esses níveis de atenção, pela atenção primária, criando uma "ação ou esforço em comum" ou "interface" que deve ir além do tradicional encaminhamento para realização de procedimentos (BARROS *et al.*, 2010).

Com a criação do SUS e a descentralização dos serviços de saúde para os municípios a gestão vem sendo estruturada e se consolidando à medida que

ocorrem o emprego de protocolos que efetivam o modelo de atenção. Entretanto, o emprego de protocolos nos processos de trabalho para a padronização não acontece em vários municípios ou, quando acontece, não é de forma clara, participativa ou democrática (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Botazzo, Giudice e Pezzato (2013), ao falar da implantação de protocolos para a organização dos processos de trabalho, efetividade e qualidade na prestação dos serviços de saúde, frisa que o sucesso deste importante instrumento de gestão está diretamente relacionado à capacitação de toda a rede municipal.

O processo de organização dos serviços de saúde através de protocolos deve sempre levar em conta conceitos como cuidado, atenção à saúde e assistência e podem ter formatos mais clínicos ou mais voltados para a organização das ações na unidade e no território, mas sempre deve ser orientada pelas diretrizes do SUS e por evidências científicas. A adoção dos protocolos como mecanismos de gestão é bastante útil (WERNECK, FARIA; CAMPOS, 2009).

A proposta de elaboração de um Protocolo de Atenção em Saúde Bucal justifica-se no interesse dos profissionais em dar um norte e manter a continuidade da organização de saúde, independente da política administrativa atuante no município, pois baseia-se em evidências clínicas e científicas amplamente estudados e aceitas pela comunidade de pesquisadores. Pretende-se que esse protocolo seja um guia técnico para os profissionais de saúde bucal da atenção básica local, distribuídos em todas as equipes de saúde da família, assim como para nas demais unidades básicas de saúde que venham a ser implantadas.

Vale ressaltar que durante vários meses, a autora e outros profissionais da comissão responsável construíram o protocolo a seguir, de forma a orientar os atuais profissionais de saúde que já fazem parte da gestão e qualquer outro que, por ventura, seja contratado. Em seguida o documento foi divulgado para os demais profissionais da Rede Municipal de Saúde através de capacitações, e para então, entrou em vigor como instrumento legal no município.

Protocolo da Atenção em Saúde Bucal - Lagoa Santa, 2013

Segundo Werneck, Faria e Campos (2009) é necessário conhecer e discutir os protocolos empregados avaliando sua adequação e pertinência diante das necessidades de saúde da população comparando-os àqueles definidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Organização Mundial de Saúde ou pelo município de forma crítica e consciente tornando os profissionais sujeitos na construção do processo de trabalho. Essa prática deve trazer para a equipe novos conhecimentos, boas reuniões de trabalho, melhor relacionamento da equipe, trabalho desenvolvido com mais prazer e compromisso e produção de algumas atualizações ou novos protocolos.

Tratamento Odontológico Programado (ORGANIZAÇÃO DA AGENDA)

É importante a definição de critérios para o planejamento da agenda da equipe, a fim de contemplar de alguma forma os diversos tipos de necessidade de atenção dentro do princípio doutrinário da UNIVERSALIDADE. Entretanto, devido à realidade de estoque de doenças bucais (que não foge à realidade nacional) e grande procura de tratamento, é imprescindível ordenar este acesso, segundo o princípio da EQUIDADE.

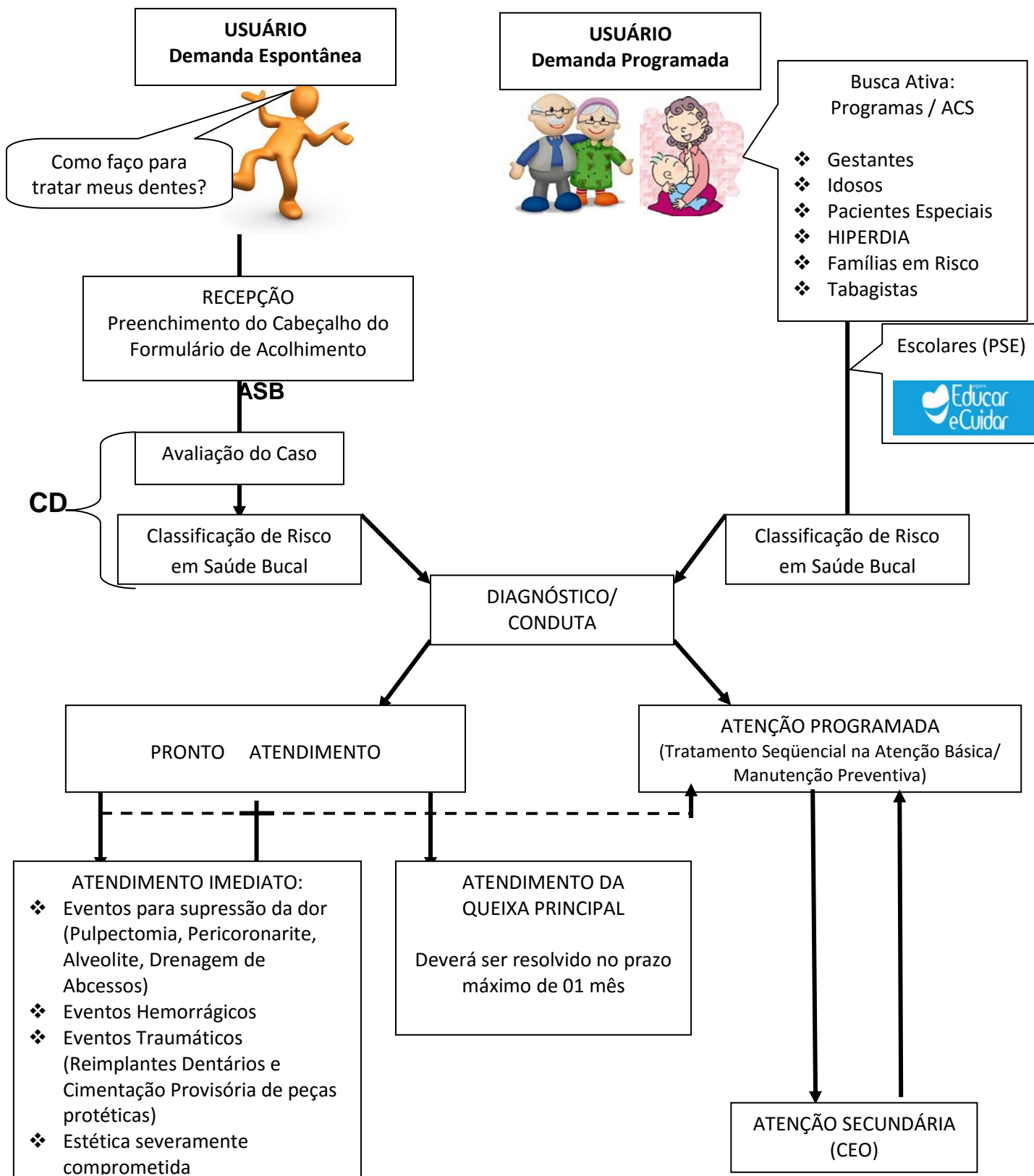
A Estratégia de Saúde da Família possibilita a definição de critérios para organizar o acesso, levando em consideração o risco às doenças bucais, o risco social das famílias, os ciclos de vida das pessoas e a condição sistêmica dos usuários (longitudinalidade). Todo o trabalho deve ser pensado na lógica dos princípios da atenção básica, sendo a territorialização imprescindível para subsidiar o planejamento segundo a área de abrangência de atuação da equipe e a população adscrita.

No que tange a longitudinalidade, faz-se necessário salientar a sua importância, pois ela favorece o acompanhamento do paciente ao longo dos tempos, abrangendo os ciclos de vida da pessoa. Neste acompanhamento, está implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente. O atendimento a tal atributo tende a

produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade. Isso implica para os profissionais possuir o entendimento do processo saúde-doença, das variações de abordagens em relação a todas as faixas etárias, e da importância de se desenvolver um trabalho multiprofissional que enfoque o usuário como um todo. Como a equipe de saúde bucal pode ser a porta de entrada no sistema, é interessante que ela esteja atenta a sinais e sintomas nas diferentes faixas etárias que demandam encaminhamento para a equipe de saúde para diagnóstico. Por isso o uso da estratégia de agrupar os usuários considerando os ciclos de vida, as condições sistêmicas e o risco social, adequando a agenda de acordo com a necessidade desses grupos em cada território.

O protocolo de Atenção à Saúde Bucal do município de Lagoa Santa, construído com base no Caderno de Atenção nº. 17 do setor de Saúde Bucal do Ministério da Saúde e na Linha-Guia da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, já está incorporado às ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família e possui como parte integrante o fluxograma que será apresentado a seguir e tem como intuito organizar as várias demandas por saúde bucal identificadas como existentes no município. Neste fluxograma podemos ver que, logo na parte inicial, estão contempladas duas formas de entrada dos usuários no serviço, sendo por Demanda Espontânea ou por Demanda Programada. Na primeira o usuário procura o serviço por vontade própria e em qualquer situação de seu ciclo de vida, podendo ou não ser incluído nas ações programadas da unidade. Já a segunda forma de entrada do usuário no serviço está relacionada ao ciclo de vida em que se encontra e às condições sistêmicas quando será definido em qual grupo prioritário será incluído (BRASIL, 2008b).

FLUXOGRAMA DE ACESSO INDIVIDUAL À ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL



Atenção às Gestantes

Contempladas através da Política Mãe Santa, as gestantes devem ser encaminhadas para avaliação/tratamento odontológico pela enfermeira supervisora do Cuidar, preferencialmente no 2º trimestre de gestação, período que foge dos riscos do início da gravidez e dos incômodos do período final. A consulta odontológica deve ser registrada no calendário Mãe Santa/Termo de Compromisso com assinatura e carimbo do cirurgião-dentista. As consultas e encontros coletivos (grupos) são agendados preferencialmente no dia do pré-natal da unidade Cuidar em consonância do calendário da equipe, abordando os temas pertinentes à saúde da gestante e do bebê.

Uma gestante que apresente intensa atividade de cárie deve ser avaliada e tratada na clínica odontológica, para que ela tenha melhor condição bucal na hora do nascimento do seu bebê; dessa forma, haverá uma redução nos níveis salivares de microorganismos cariogênicos. E mesmo apresentando boas condições de saúde bucal, é importante haver um momento para esclarecer de dúvidas, orientar quanto à sua saúde e quanto aos primeiros cuidados com o bebê, sobre os benefícios do aleitamento materno e higienização bucal do bebê, e outros pontos.

Outro item importante e que faz parte do protocolo municipal é o quadro de recomendações para a atuação da Equipe de Saúde Bucal durante o período da gestação apresentado a seguir, baseado no protocolo da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Nele estão detalhadas as orientações que devem ser transmitidas às gestantes nos três trimestres de gestação.

Cuidados com a gestante

Período gestacional	CUIDADOS
1º TRIMESTRE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar a avaliação de risco pelo CD em qualquer época em que a gestante acessar o serviço. Em caso de priorização encaminhar para tratamento planejado com realização de Primeira Consulta Odontológica Programática ▪ Primeira consulta odontológica programática: preenchimento do prontuário (avaliação geral da gestante, exame clínico, levantamento das necessidades de tratamento odontológico e planejamento do tratamento). Além da avaliação geral da gestante, é importante verificar o período de gestação e as intercorrências obstétricas e clínicas. O planejamento do tratamento e a necessidade de uso de medicamentos ou anestésico local devem ser discutidos com o médico sempre que necessário. Enfatizar a importância do autocuidado em saúde bucal, já discutido nos grupos operativos. ▪ Durante o 1º trimestre ocorrem as principais transformações embriológicas, não sendo, portanto esse período adequado ao tratamento odontológico, pois o feto é mais susceptível a influências teratogênicas e ao aborto espontâneo, e a gestante poderá apresentar maior indisposição (náuseas, vômitos). ▪ Deve-se evitar tomadas radiográficas. ▪ Deve-se fazer uso de medicamentos e anestésico local somente em casos imprescindíveis e conforme medicação preconizada e interação com o médico sempre que necessário. ▪ As urgências odontológicas devem ser sempre atendidas, para aliviar a dor e evitar a complicação do quadro. Optar sempre pelo procedimento mais conservador e menos intervencionista. ▪ Referenciar a gestante para a equipe de saúde caso a porta de entrada tenha sido a saúde bucal, referenciando-a também para o grupo operativo de gestantes.
2º TRIMESTRE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No segundo trimestre poderão ser feitas as intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais dentro das indicações propostas. O controle da atividade de doença quando necessário e o controle de placa são boas condutas a serem consideradas nessa fase para continuidade do tratamento depois da gravidez. ▪ Enfatizar a importância do autocuidado em saúde bucal, já discutido nos grupos operativos. ▪ Em caso de não ser possível evitar ou adiar um procedimento cirúrgico, este é o melhor período para realizá-lo. ▪ Radiografias, quando imprescindíveis, devem ser sempre feitas com os cuidados necessários.
3º TRIMESTRE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfatizar a importância do autocuidado em saúde bucal, já discutido nos grupos operativos. ▪ Durante o 3º trimestre a gestante apresenta maior risco de síncope, hipertensão e anemia. É freqüente o desconforto na cadeira odontológica e hipotensão postural (a pressão exercida pelo feto sobre as veias abdominais implica na diminuição do retorno venoso dos membros inferiores, predispondo a gestante à hipotensão). É prudente evitar o tratamento odontológico nesse período. ▪ As urgências odontológicas devem ser sempre atendidas, para aliviar a dor e evitar a complicação do quadro. Optar sempre pelo procedimento mais conservador e menos intervencionista. ▪ Radiografias, quando imprescindíveis, devem ser sempre feitas com os cuidados necessários.

Fonte: SES-MG (2013).

Atenção aos Bebês e Puérperas

O monitoramento da saúde bucal dos bebês e das puérperas deverá ter seguimento após o acompanhamento da gestante no período do pré-natal.

O profissional deverá estimular o aleitamento natural, ressaltando que: o leite materno é o melhor para o bebê, e deve ser o único alimento a ser oferecido a ele até os seis meses de vida; promove o desenvolvimento dos músculos relacionados aos maxilares e língua, auxiliando na aquisição da fala, deglutição, oclusão e colabora efetivamente na prevenção da respiração bucal e confere imunidade natural ao bebê. A amamentação natural durante o primeiro ano de vida é fundamental para a prevenção de má oclusão, além da importância afetiva e nutricional, o exercício muscular durante a ordenha no peito favorece a respiração nasal e previne grande parte dos problemas de posicionamento incorreto dos dentes e das estruturas orofaciais.

Desestimular o uso de bicos e chupetas, pois a sucção do dedo, chupeta ou mamadeira é um fator que pode interferir negativamente no desenvolvimento facial da criança, podendo levar a alterações bucais, tais como: mordida aberta, mordida cruzada, inclinação inadequada dos dentes, diastemas e alterações no padrão de deglutição.

Quanto à higiene da boca do bebê: orientar sobre a limpeza da cavidade bucal do bebê que deve ser iniciada antes mesmo da erupção dental, a partir dos primeiros dias de vida do bebê, com a finalidade de remover o leite estagnado em seu interior e nas comissuras labiais, massagear a gengiva e acostumá-lo à manipulação da boca. Assim que nascerem os primeiros dentes, usar escova dental macia adequada à idade da criança, evitando o uso de pasta fluoretada até os dois anos de idade. Quando usar pasta fluoretada, dispensar o mínimo, e após a escovação, estimular a criança a cuspir a espuma.

Até os seis meses, orientar sobre o aleitamento exclusivo, após, ao se introduzir outros alimentos, desestimular o uso de açúcar em mamadeiras de leite e/ou sucos, papinhas, etc; alertar sobre o risco de cáries rampantes ou de “mamadeira”; orientar para não se usar mel, melado ou similar para a criança aceitar

a chupeta. As papas de legumes não devem ser liquidificadas, mas sim amassadas com garfo para que a criança perceba as diferentes texturas dos alimentos e inicie o mais cedo possível o processo da mastigação.

As puérperas: no período puerperal devem ser reforçadas com a mãe as informações sobre cuidados essenciais com os neonatos, o incentivo à amamentação, orientações quanto à nutrição e higienização. É importante que os atendimentos mais complexos que não foram passíveis de realização no período de gestação sejam realizados e concluídos após o parto, sobretudo os casos de cirurgias bucais eletivas, já que existe o risco de contaminação das boquinhas dos bebês através do contato mais próximo. Deve-se orientar também que não é adequado beijar a boca do bebê ou provar seu alimento com os mesmos utensílios.

Atenção aos Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)

O critério para inclusão do usuário neste grupo está relacionado à condição sistêmica diagnosticada pelo profissional médico, seu encaminhamento pode ser realizado tanto pelo médico como pelo enfermeiro e o agendamento para consulta, classificação e acompanhamento odontológico deve ser realizado segundo parâmetros da classificação de Risco em Saúde Bucal da Linha Guia (Anexo 2), levando-se em consideração a condição de saúde do usuário.

Segundo Souza et al., 2003, a presença de infecções no portador de diabetes mellitus leva à estimulação da resposta inflamatória resultando em situação de estresse, que aumenta a resistência dos tecidos à insulina, piorando o controle da doença, sendo comprovada a relação entre a doença periodontal e o quadro clínico de diabetes, sendo importante que o diagnóstico de diabetes seja cuidadosamente determinado ou descartado.

Atenção aos Escolares

No modelo de atenção baseado na promoção da saúde e na prevenção de agravos acompanhados pela atenção primária em saúde a equipe necessita reconhecer os elementos que compõe a vida em comunidade em sua área adstrita, sendo que a escola é um importante espaço social que pode e deve ser trabalhado. Diferentemente do sistema incremental de cuidado odontológico, neste caso aproveita-se as oportunidades para a realização de atividades de promoção e prevenção à saúde e para a organização da demanda de atendimento a ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), seguindo também a lógica de captação das famílias e acompanhamento do ciclo de vida (crianças e jovens).

São organizados o agendamento das crianças e adolescentes, subdividindo os horários clínicos, por classificação segundo o “Guia de Levantamento de Necessidades” utilizado, em consonância com as atividades do programa Saúde na Escola, realizado por outros membros da equipe (ANEXO 1).

As crianças ou jovens com dentes permanentes envolvidos por atividades de cárie ou doença periodontal são priorizados no agendamento de acordo com o código em que foram classificados.

- Cód 2: agendamento imediato;
- Cód 8: 40% do agendamento semanal destinado para este grupo;
- Cód 4: 30% do agendamento semanal destinado para este grupo ;
- Cód 3: 30% do agendamento semanal destinado para este grupo;
- Cód 1: começar a agendar à medida que o código 8 for resolvido;
- Cód 0: é abordado durante as atividades de escovação supervisionada nas escolas pelos Técnicos de Saúde Bucal. Caso seja verificada qualquer alteração os dentistas do Cuidar são contatados.

Os escolares com classificação de dois a oito são inseridos no programa de fluorterapia, de acordo com a severidade da doença e nível de controle de placa. O dentista responsável pela escola deve orientar o respectivo Técnico de Saúde Bucal responsável pela escola quanto ao esquema de aplicação tópica de flúor gel com utilização da escova de dentes. Deve-se ressaltar que esta ação é realizada na

escola a partir do ensino fundamental, tomando os cuidados necessários com a segurança do procedimento. As crianças do Ensino Infantil com demanda de fluoroterapia devem ser encaminhadas aos consultórios para realização da mesma com auxílio do sugador, evitando deglutição do medicamento.

Atenção à Demanda Espontânea

O manejo deste público depende da condição de saúde bucal da população da área de abrangência, do tempo em que a comunidade tem acesso à atenção em Saúde Bucal através da ESF, da condição sócio-econômica das famílias que tem relação direta com as experiências anteriores com serviços odontológicos privados e cuidados preventivos individuais (acesso a escovas de dentes, creme dental fluoretado e fio dental).

Deve ser preferencialmente agendada uma consulta para a resolução da queixa principal do usuário que procurou espontaneamente o serviço. Se for necessário, planejar um dia para atendimento deste público (dependendo da procura diária por atendimento no acolhimento), o agendamento deverá ser realizado segundo a classificação de risco da Linha Guia Saúde Bucal SES-MG (ANEXO 2). Da mesma maneira que foi apresentada a subdivisão das vagas dos escolares por classificação, o agendamento da demanda espontânea deverá dar oportunidade de acesso a todos, entretanto deve seguir o princípio da equidade, com mais vagas disponíveis para os casos mais graves.

Programação de agenda segundo Classificação de Risco e Percentual de Demanda

CLASSIFICAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE RISCO	VAGAS-DEMANDA ESPONTÂNEA
R1 (Presença de doenças/problemas bucais)	60%
R2 (Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/ funcional, mas com necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/reabilitador)	30%

R3 (Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/ funcional, e sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde).	10%
---	-----

FONTE: Autoria Própria (2013). Baseado na Linha-Guia Saúde Bucal-SES-MG

Portanto, como exemplo, quando são programadas 10 vagas semanais para demanda espontânea:

- Seis vagas serão para R1, sendo 3 para queixa principal (1 sessão) e 3 para tratamento seqüencial (tratamento completo na atenção básica). À medida que a procura vai se estabilizando, deve-se aumentar gradativamente as vagas para o tratamento seqüencial. Os usuários que passaram pela consulta de resolução da queixa principal poderão aguardar vaga para tratamento seqüencial, após serem reclassificados (pode continuar com o cód R1 se houver outras necessidades ou se tornar R2 ou R3).
- Três vagas para R2.
- Uma vaga para R3.

É importante ressaltar que as equipes com dentista e técnicos em saúde bucal devem atender às demandas do usuário classificado como R3 de forma ampla, inserindo na agenda dos TSB a manutenção preventiva periódica dos usuários que terminaram tratamento curativo/restaurador/reabilitador, de acordo com o risco às doenças bucais (consulta trimestral, semestral ou anual).

Atenção ao Idoso

O profissional da odontologia deve estar capacitado para entender os valores e as percepções de saúde bucal do idoso a fim de melhorar as estratégias de ações de educadores e profissionais de saúde, além do ponto de vista biológico, dentes, mucosa bucal e gengivas saudáveis e próteses bem adaptadas que darão ao idoso uma maior auto-estima, boa e agradável aparência o que é de fundamental importância para as suas relações sociais e afetivas, melhorando sua qualidade de vida, contribuindo efetivamente para a saúde deste grupo. Verificar se está em acompanhamento médico, quais patologias possui e suas repercussões na cavidade

oral, se há hipossalivação (e se esta é medicamentosa), aferir a Pressão Arterial (PA) se informar sobre quais remédios está utilizando no momento. A orientação de saúde bucal para idosos, cuidadores e familiares deve abordar higiene bucal, prevenção de câncer de boca, autoexame bucal, fatores de risco, lesões pré-malignas, alimentação, técnica de escovação e escovação supervisionada, limpeza das próteses, uso do flúor, autocuidado e a manutenção da sua saúde bucal. Interagir com o agente de saúde para detectar idosos acamados e com necessidade de atenção odontológica. Realizar de visita domiciliar do agente de saúde e do dentista de acordo com necessidade.

A Agenda das Equipes de Saúde Bucal na ESF

A agenda deve ser organizada de acordo com a demanda de serviços da própria unidade de saúde, sendo assim, pode variar de unidade para unidade. No caso de haver maior necessidade de reserva de tempo para urgências ou acolhimentos, pode ser diminuído o tempo reservado para atender à demanda programada, ressaltando que essa medida deve ser temporária, pois as urgências tendem a diminuir com a organização da agenda e o aumento do acesso da população aos serviços.

MODELO DE AGENDA SEMANAL EQUIPE DE SAÚDE BUCAL UNIDADES CUIDAR

Unidade: _____		Modalidade I			
M A N H Ã	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
	ACOL/ URG	ACOL/ URG	ACOL/ URG	ACOL/ URG	ACOL/ URG
	AP Hiperdia Média de 3proc/h=12	AP Famílias de Risco ou AP idosos (busca ativa ACS e TSB) Média de 3proc/h=12	AP Escolares (segundo levant. de necessidades – PSE) Média de 3proc/h=12	AP Demanda espont. Class. de risco Média de 3proc/h=12	AP Famílias de Risco ou AP idosos (busca ativa ACS e TSB) Média de 3proc/h=12 AP Demanda esp.
ALMOÇO					
	AC - Puericultura AP	AP - Gestantes AP -	AC 1 x mês para gestantes	AP Escolares (segundo levant. de	AP Demanda espont. Média 3 proced/h

	Puérperas/ bebês ou AP Famílias de risco Média de 3proc/h= 6	Gestantes AP – Gestantes Média de 3proc/h= 9		necessidades – PSE) Média de 3proc/h=9	ou 2 proced/40min) Média de 3proc/h=9
	Agenda quinzenal (intercalada) - AC Grupos (Hipertensão, idosos, tabagismo); Visita Domiciliar; Reuniões equipe/ativ. Administrativas				
LEGENDA: ACOL=Acolhimento; URG=Urgência; AP=Atenção Programada; DE= Demanda espontânea; AC=Atividade Coletiva-Média de procedimentos coletivos/reuniões de equipe por mês: 5 proc/mês.					

FONTE: Autoria Própria (2013). Baseado na Linha-Guia Saúde Bucal-SES-MG

É dada a orientação à equipe sobre a necessidade de se criar estratégias quando ela ainda tenha característica de grande demanda da comunidade por serviços de urgência, para que esta realidade seja transformada.

PARÂMETROS DA PRODUÇÃO MENSAL

Parâmetro para cálculo de tempo gasto para a realização de procedimentos:

- 1- Individuais: 3 proced/h ou 2 proced/40min e
- 2- Coletivos: duração média das reuniões de grupo -1 hora
- 3- Acolhimento: $\frac{1}{4}$ h = 15min ou
- 4- Urgências: 2 Urg/h

MÉDIA DE PRODUÇÃO PARA DENTISTAS

- 1- Média de procedimentos individuais em Atenção Programada: 363 proced/mês
- 2- Média de urgências/acolhimentos: 3 proced/dia; 20 proced/semana; 80 proced/mês.
- 3- Média de primeira consulta programática: 2 proced/dia.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho descreve o resultado do intenso trabalho da comissão municipal de elaboração do Protocolo de Atenção à Saúde Bucal de Lagoa Santa. Como participante dessa comissão, no município, a autora contribui para a construção de um protocolo baseado na legislação e conhecimentos científicos recentes.

Esse protocolo procurou atender os princípios e diretrizes do SUS e estar em sintonia com requisitos que orientam a Estratégia Saúde da Família. Ele não foi o resultado apenas de práticas consolidadas pelo saber técnico, procurou contemplar, também, as condições sociais e sistêmicas dos diferentes momentos da vida da população.

Nele, procurou-se, através de uma busca na literatura virtual de recentes documentos técnicos, normativos e científicos, das normas técnicas do Ministério da Saúde e do Governo de Minas Gerais, informações relacionadas à atenção básica em saúde bucal, nos aspectos da promoção à saúde, prevenção a agravos e recuperação de doenças e que embasassem a construção de um protocolo.

Portanto, este Protocolo de Atenção à Saúde Bucal do município de Lagoa Santa atende os princípios e diretrizes do SUS e está de acordo com requisitos que orientam a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2004).

É importante que esse instrumento seja orientador dos processos de trabalho da assistência à saúde bucal e aumente de forma considerável as responsabilidades dos trabalhadores, gestores e comunidade e, diante disso será necessária a implementação de uma política de educação permanente, para que os profissionais exerçam o trabalho de forma segura e eficaz e possam sempre realizar as revisões pertinentes para manter atualizado este protocolo que será implantado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. S. A **“Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: Um novo paradigma?** Dissertação de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, 1998. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4673/2/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Aguiar_Dayse%20Santos%20de.pdf>. Acesso em: 30/11/2013.

ANTUNES, J. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública** Vol.44 no.2 São Paulo abr. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000002>>. Acesso em: 28/08/2013.

BALDANI, M. H.; ALMEIDA, E. S.; ANTUNES, J. F. Eqüidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. **Rev. Saúde Pública** 2009; 43(3): 446-54. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/74.pdf>>. Acesso em: 28/08/2013.

BARBATO, P. R. *et al.* Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/07.pdf>>. Acesso em: 30/07/2013.

BARROS, S. G.; *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev. Saúde Pública**. vol.44 no.6 São Paulo dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000041>>. Acesso em: 28/09/2013.

BOTAZZO, C.; GIUDICE, A. C. M. P.; PEZZATO, L. M. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Rev. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 32-42, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/05.pdf>>. Acesso em: 30/08/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.444/GM, de 28 de Dezembro de 2000**, que Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mbQU36ztN54J:www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox->>. Acesso em: 30/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Promoção da Saúde. **Declarações e Cartas das Conferências de Promoção da Saúde**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf>. Acesso em: 27/04/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.048/GM de 5 de Novembro de 2002**, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: Relatório Final**. Brasília, 1993. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/2_conf_saudebucal.doc>. Acesso em: 18/11/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Flt02u5lnqwJ:conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a>. Acesso em: 27/04/2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007**, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional**. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. Porto Alegre, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal - Cadernos de Atenção Básica: Normas e Manuais Técnicos. Nº. 17**. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/index.html>>. Acesso em: 30/08/2013.

CASTRO, C. G. J. *et al.* Saúde Bucal em Diadema: da odontologia escolar à estratégia saúde da família. **Saúde social**. 2011, vol.20, n.4, pp. 1033-1045. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-12902011000400019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30/08/2013.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saude em Debate**. 2009; 33(81):64-71. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/14419>>. Acesso em: 30/08/2013.

GENIOLE, L. A. I. *et al.* Org. **Saúde bucal por ciclos de vida**. Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal. Campo Grande, MS, 2011.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. Editora Atlas, 4. ed. 151p. São Paulo, 2002.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 27/10/2013.

LEITE, I. C.; SCHRAMM, J. M. A. e VALENTE, J. G. **Carga Global de Doenças do Estado de Minas Gerais, 2005 - Relatório Final do Projeto**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Estudo%20de%20Carga%20de%20Doencas%20de%20Minas%20Gerais.pdf>>. Acesso em: 22/08/2013.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC. 1996

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucite-Abrasco, 2003.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de Trabalho em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 30/08/2013.

RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2000. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0C8QFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ufrn.br%3A8080%2Fjspui%2Fbitstream%2F1%2F3019%2F1%2F2000Tese_AngeloRoncalli.pdf&ei=DxenUrq7EYe1kQe5hoGoDQ&usg=AFQjCNFGpjlmcrcBsFdYuPW9IzhOpihI7EA&sig2=MNYsVQqa3egu_gGdi78DeQ>. Acesso em: 30/10/2013.

RONZANI, T. M.; VAN STRALEN, C. J.. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS** v.6, n.2, p.99-107, jul./dez. 2003. Disponível em: <www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia2.pdf>. Acesso em: 22/05/2013.

SANTOS, A. M.; *et al.* Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. 2008, vol.42, n.3, pp. 464-470. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89102008000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23/11/2013.

SOUSA, R. R *et al.* Paciente Odontológico Portador de Diabetes Mellitus: Uma Revisão da Literatura. **Pesquisa Brasileira de Odonto-pediatria Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 3, n. 2, p. 71-77, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.eduep.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo10v32.pdf>> Acesso em: 15/12/2013.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad Saúde Pública**. 2007. 23(11): 2727-39. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001100020&script=sci_arttext>. Acesso em: 30/08/2013.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 9.ed. 92p. SÃO PAULO: Atlas, 2007.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Nescon/UFMG, Coopmed. Belo Horizonte, 2009.

ANEXOS

**ANEXO 1: Guia para realização do levantamento
de necessidades odontológicas**

CÓDIGO	NECESSIDADE ODONTOLÓGICA	ESPECIALIDADE		PERMANENTES ENVOLVIDOS?	
				Sim	Não
0	Aparentemente não apresenta dentes permanentes ou temporários cariados com cavidades que necessitem alguma restauração ou extração.	R			
		RESTAURADO			
		S			
	SADIO				
1	Aparentemente apresenta a cárie dentária sob controle e a presença de tártaro é o maior problema.				
2	Apresenta sintomatologia de dor aguda e/ou sinal evidente de maior gravidade na evolução da doença.				
3	Aparentemente apresenta até 3 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes que necessitem alguma restauração ou extração.				
4	Aparentemente apresenta de 4 a 7 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes que necessitem alguma restauração ou extração.				
8	Aparentemente apresenta 8 ou mais dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes que necessitem alguma restauração ou extração.				

ANEXO 2: Protocolo da Avaliação de Risco em Saúde Bucal**Protocolo da avaliação de Risco em Saúde Bucal**

R1 - Presença de doenças/problemas bucais descritos a seguir, dando prioridade aos usuários com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles:

1. Cárie ativa: mancha branca ativa; tecido amolecido;
2. Doença periodontal ativa: sangramento; secreção;
3. Lesão de tecidos moles ou sintomas que possam ser indicativos de câncer bucal (dificuldade de deglutição, dificuldade de movimentos, rouquidão, etc);
4. Limitações psicossociais em decorrência do comprometimento estético, halitose, entre outros;
5. Limitações funcionais: comprometimento da mastigação, deglutição, fala, entre outros, causados por alterações bucais.

R2 - Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, mas com necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/reabilitador

1. Presença de cálculo
2. Necessidade de prótese removível
3. Necessidade de tratamento/atenção primária
4. Necessidade de tratamento/atenção especializada
5. Outros

R3 - Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, e sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde.

FONTE: SES-MG (2013).

ANEXO 3: Ficha de acompanhamento Odontológico na Puericultura

Nome da criança: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Local do parto: _____
Nome da mãe: _____
Nome do pai: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Telefone: _____ USF: _____

Dados sobre gravidez, parto e puerpério:

Pré-natal iniciou no: () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre

Número de consultas do pré-natal: ____

Gravidez: () simples () múltipla

Idade Gestacional: () A termo () Pré-termo () Pós-termo

Resumo da saúde da

Criança: _____

Relatório das Consultas:

Data: / / .

Data: / / .

Data: / / .

Data: / / .

ANEXO 4: FORMULÁRIO DE ACOLHIMENTO ODONTOLÓGICO**RECEPÇÃO**

NOME: _____

HORÁRIO: __:__ DATA __/__/____

ENDEREÇO: _____ TEL: _____

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

 GESTANTE IDOSO PAC. ESPECIAL OUTROS**DENTISTA**

RESUMO DO EXAME REALIZADO (DIAGNÓSTICO - QUEIXA PRINCIPAL):

Principal problema identificado:

 cárie dentária doença periodontal lesão mucosa outros_____

CONDUTA ADOTADA (encaminhamento dado ao caso):

R1() R2() R3()

ASS USUÁRIO: _____