

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

BRUNO OLIVEIRA DUARTE MARINHO

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM UMA
COMUNIDADE SEM EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE
CAMPO ALEGRE, ALAGOAS.**

Maceió / Alagoas
2015

BRUNO OLIVEIRA DUARTE MARINHO

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM UMA
COMUNIDADE SEM EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE
CAMPO ALEGRE, ALAGOAS.**

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

Orientador: Prof^a.: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

Maceió / Alagoas
2015

BRUNO OLIVEIRA DUARTE MARINHO

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM UMA
COMUNIDADE SEM EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE
CAMPO ALEGRE, ALAGOAS.**

Banca Examinadora:

Examinador 1: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (Orientadora)

Examinador 2: Andréa Maria Duarte Vargas (Examinadora)

Aprovado em: ___/___/_____.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores envolvidos no curso por me proporcionarem conhecimento em novas áreas.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVO.....	11
3.1 Objetivo Geral.....	11
3.2 Objetivos Específicos.....	11
4 METODOLOGIA.....	12
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
6 PLANO DE AÇÃO.....	17
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

RESUMO

O processo de trabalho envolvendo os serviços de saúde pública, no Brasil, é motivo de diversos estudos. Isso é causado pela necessidade de trazer eficiência ao serviço sem abdicar dos princípios que o Sistema Único de Saúde – SUS preconiza. A inserção da odontologia na atenção básica quebrou paradigmas antigos e segue, desde então, trazendo uma melhoria nos indicadores de saúde bucal do país. Contudo a organização da demanda pelos serviços ainda dificulta a consolidação da saúde bucal como parte integrante da atenção básica. Diante disso, o presente trabalho tem objetivo de propor um protocolo de atendimento odontológico fundamentado nos princípios da atenção básica e SUS em uma comunidade sem equipe de saúde bucal - ESB. Para a elaboração do plano de intervenção proposto foi realizado um diagnóstico situacional na área de abrangência da nova ESB que seria inaugurada no município de Campo Alegre- AL pelo método de estimativa rápida e reuniões feitas com uma equipe multiprofissional formada para esse fim. O resultado obtido foi uma proposta de protocolo de atenção à saúde bucal da comunidade que atendesse as necessidades específicas da comunidade em que a equipe está inserida. É possível concluir, portanto, que a atuação de uma equipe de saúde bucal deve ser pautada pelo planejamento estratégico integrado com as outras áreas da atenção básica e da comunidade.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Odontologia Comunitária.

ABSTRACT

The work processes involving the public health services in Brazil are cause for many studies. This is caused by the need to bring efficiency to the service without giving up the principles that the Sistema Único de Saúde - SUS proposes. Dentistry inclusion in primary care break old paradigms and follows since bringing an improvement in oral health indicators in the country. However the organization of demand for services still makes it difficult the consolidation of oral health as an integral part of primary care. Therefore, the present study aimed to propose a dental management protocol based on the principles of primary care and SUS in a community without Equipes de Saúde Bucal - ESB. For the design of the proposed action plan was performed a situational diagnosis in the new ESB coverage area that was opened in the city of Campo Alegre-AL through rapid assessment method and meetings held with a multidisciplinary team formed for this purpose. It is can be concluded, therefore, that action of the ESB should be guided by integrated strategic planning with other areas of primary care and the community.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Community Dentistry.

1 INTRODUÇÃO

Campo Alegre é um município no estado de Alagoas com uma população estimada de 50.000 habitantes (BRASIL, 2010). A cidade está localizada na zona da mata do estado a 88 km da capital Maceió. Limita-se ao norte com os municípios de Anadia e Boca da Mata, ao sul com Junqueiro, Teotônio Vilela e São Miguel dos Campos e a oeste com Limoeiro de Anadia. Campo Alegre é composto por vários povoados, entre eles, Luziápolis que se destaca por sua população de aproximadamente 20.000 habitantes. A principal atividade econômica é a monocultura da cana de açúcar, seguida da pecuária, do poder Público Municipal e comércio.

A Secretaria Municipal de Saúde está estruturada com os setores do gabinete da Secretária, sala do Conselho Municipal de Saúde e Coordenações da Atenção Básica, Recursos Humanos, Saúde do Trabalhador, Promoção à Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Endemias, Planejamento, Vigilância Sanitária, Saúde Bucal, Imunização, dentre outros.

A baixa complexidade é fundamentada na Estratégia Saúde da Família, composta por 11 Equipes de Saúde da Família - ESF e 10 Equipes Saúde Bucal-ESB. Totalizando uma cobertura de 31,8% da população. Ainda, o sistema de saúde do município conta com Programa dos Agentes Comunitário- PACS, Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, Mais Médicos entre outros. A média complexidade no município apresenta sua rede de saúde estruturada com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), um Laboratório de Patologia Clínica, também conta com a Unidade Mista que disponibiliza um serviço de Especialidades Médicas, Pronto Atendimento às Urgências e Emergências, Internamentos (Pediátricos, Clínicos e Obstétricos). O Distrito de Luziápolis por muito tempo teve a disposição de sua população apenas uma ESB. Recentemente foram implantadas quatro novas equipes associadas às ESF existentes, cinco no total.

Em 2014 o município de Campo Alegre aderiu ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, dessa forma foi contemplado com um reforço de cirurgiões-dentistas integrantes do programa. Esses profissionais foram distribuídos em áreas com maior necessidade de atuação, como: na promoção de saúde bucal, trabalhando no Programa Saúde da Escola – PSE, na prevenção e

recuperação de doenças bucais dentro das Unidades de Saúde, a medida que eram inauguradas novas equipes de saúde bucal – ESB.

Tendo em vista as recém-inauguradas equipes é necessário estabelecer um protocolo de atendimento que contemple as necessidades da população tendo como parâmetros os princípios do SUS, da Atenção Básica e da Saúde Bucal. A elaboração do protocolo de atendimento é um desafio para o profissional que inicia as atividades em uma comunidade que antes não tinha o serviço, principalmente por causa da demanda reprimida, limitado tempo de atendimento ambulatorial e falta de conhecimento sobre a população de área de abrangência. Segundo Brasil (2003a), atenção básica tem entre seus fundamentos, para efetivar a integralidade das ações de saúde: a integração de ações programáticas e demanda espontânea; a articulação das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. Para tanto é necessário conhecer a população com que se pretende trabalhar, assim como os grupos de risco para as principais doenças. Entre essas doenças, a cárie dental é um dos principais problemas encontrados na saúde bucal da população brasileira, e ainda é um problema de saúde pública. Estima-se que cerca de 50% das crianças de 5 anos de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Na dentição permanente, quase 60% das crianças de 12 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie (BRASIL, 2010).

O objetivo deste projeto de intervenção é propor um protocolo para a equipe de saúde bucal recém-inaugurada com a finalidade de organizar o atendimento à demanda reprimida e contemplar ações de promoção de saúde bucal.

2 JUSTIFICATIVA

Uma equipe multiprofissional foi formada em 2014 para realizar o diagnóstico situacional na área de abrangência correspondente a nova Equipe de Saúde Bucal – ESB a ser implantada, por meio do método de estimativa rápida.

A realidade encontrada após o diagnóstico situacional foi uma grande demanda por serviços odontológicos ambulatoriais, causada principalmente por sequelas da doença cárie não tratada. Assim como, ausência de medidas efetivas de promoção de saúde bucal na população avaliada.

A atenção básica está fundamentada no desenvolvimento de ações programadas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência, voltados ao controle das patologias crônicas e/ou às populações mais vulneráveis do território. Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda (BRASIL, 2008).

A proposta para elaboração do protocolo contribuirá para organizar o atendimento à demanda reprimida por assistência odontológica ambulatorial, assim como atividades de promoção de saúde que tragam benefícios efetivos e duradouros a população.

3 OBJETIVOS

3.2 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção com a finalidade de propor um protocolo atendimento da demanda programada, espontânea e ações de prevenção e promoção de saúde bucal na população de abrangência da equipe de saúde bucal - ESF, recém-inaugurada, no distrito de Luziapólis.

3.3 Objetivos Específicos:

- Realizar uma revisão de literatura sobre o tema;
- Organizar o atendimento de acordo com as necessidades encontradas na população de abrangência;

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de intervenção proposto foi realizado um diagnóstico situacional na área de abrangência da nova equipe de Estratégia de Saúde da Família – ESF que foi inaugurada em 2014 no município de Campo Alegre, por meio do método de estimativa rápida. O método de estimativa rápida constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos (CAMPOS *et al*, 2010).

Foi constituída em 2014 uma equipe multiprofissional e intersetorial composta por agentes comunitários de saúde – ACS, enfermeira, médico, cirurgião-dentista e membros da comunidade, que realizou oficinas para colher dados sobre a população, o ambiente (físico e socioeconômico), o perfil das doenças, os serviços e políticas de saúde. Todos esses dados foram colhidos com objetivo de fundamentar o plano de intervenção proposto.

O plano de intervenção seguiu os pressupostos de Campos *et al.* (2010). Para o presente trabalho foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema nas bases de dados: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de consultas a documentos oficiais disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde, do ano de 2014, dados do Ministério da Saúde, arquivos da própria UBS e na biblioteca virtual da plataforma do Programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON)/UFMG. A busca incluiu trabalhos publicados nos últimos 15 anos, em português, utilizando os descritores: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Odontologia Comunitária.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A implementação do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil foi um importante marco para a saúde pública no país. Contudo a organização do sistema é motivo de discussão entre as entidades envolvidas desde então. A forma que os usuários têm acesso universal ao SUS é através da atenção básica. Mas entendê-la apenas como uma via de acesso é negligenciar aspectos fundamentais da saúde pública (MARCIER, 2002), tais como a atenção a saúde coletiva e individual com foco em ações de prevenção, tratamento das doenças e promoção da saúde, dando autonomia para as pessoas e atuando nos fatores determinantes e modificantes de saúde (BRASIL, 2012).

A estratégia Saúde da Família no âmbito da reorganização da atenção básica busca responder ao conceito ampliado de saúde, dando condições ao indivíduo de ter qualidade de vida (ALBUQUERQUE, 2010). Assim como, adequar os processos de trabalho agindo com maior potencial de aplicar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Em relação à saúde bucal, no Brasil as desigualdades existentes em várias áreas não privilegiaram a odontologia. Os modelos de atenção excludentes, vigentes no Brasil até o final do século XX, impactaram negativamente nos indicadores de acesso epidemiológicos (GONÇALVES *et al.*, 2015). Barros *et al.*(2002) afirmam que os indicadores de saúde bucal ruins no Brasil até o fim dos anos 1990 foram em grande parte causados pelo investimento maciço em serviços especializados em detrimento dos serviços essenciais para o controle das principais doenças, como a cárie e doença periodontal.

As Equipes de Saúde Bucal – ESB foram inseridas no contexto da atenção básica em 2002, quebrando conceitos voltados para uma assistência curativa se adequando ao modelo proposto para a atenção básica, e também servindo como ferramenta de inclusão social (MUNKEVIS *et al.*, 2010). Porém, para a efetiva inclusão da odontologia na Estratégia Saúde da Família, devem-se entender quais os princípios dessa e quais os seus objetivos. Em estudo realizado por Baldani (2005), a maior adesão de equipes de saúde bucal aconteceu nos municípios de grande porte e que os profissionais encontram dificuldades nas realizações de ações preconizadas na Estratégia Saúde da Família, como: visita domiciliar, atenção a

grupos prioritários, reunião com a população da área de abrangência, planejamento e ações de promoção de saúde.

Como forma de transformar o modelo de atenção à saúde bucal vigente e a melhoria nos indicadores epidemiológicos foi elaborada em 2003 o Brasil Sorridente, uma política nacional de saúde bucal. Essa política melhorou o acesso e as condições de saúde bucal da população. Porém ainda é alta a parcela da população desassistida, assim como a grande diferença entre as regiões brasileiras (SOARES, 2007).

Segundo indicadores de avaliação da saúde bucal (BRASIL, 2008) um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais. Esta realidade também foi observada por Pimentel *et al.*(2012) que encontraram variações significantes nos processos de trabalho referentes a organização da demanda entre municípios de grande, médio e pequeno porte no Brasil. Realizar essa organização da demanda tendo como referência os princípios do SUS, como: universalidade, equidade, integralidade e controle social é um verdadeiro desafio, como bem demonstraram Rodrigues *et al.* (2005) em seu estudo em que coloca o fator demanda reprimida como um dos empecilhos para a efetivação daqueles princípios.

Muitas vezes o trabalho da equipe de saúde bucal é focalizado e limitado ao atendimento ambulatorial como visto por Oliveira *et al.* (2005). Segundo Holanda *et al.*(2009), a integralidade das ações de saúde bucal é prejudicada pela falta de integração entre os profissionais que fazem parte de equipe de saúde da família, sendo a educação continuada uma ferramenta para agregar as diferentes áreas e consolidar um modelo de atenção integral e fundamentado nos princípios que fazem parte do SUS.

Em relação aos modelos assistenciais predominantes na atenção básica, Martelli *et al.*(2008) encontraram números insatisfatórios de profissionais com capacitação em saúde pública atuando na área que como consequência alimenta um modelo ineficaz e que não atende as necessidades da população.

Na saúde bucal a dificuldade em organizar a demanda pode ser enfrentada utilizando-se ferramentas de planejamento estratégico, criando critérios para priorização do atendimento nas diferentes áreas de promoção, prevenção e assistência buscando atender os mais necessitados (MENDES, 2001). Contudo, não se trata de atitude fácil de ser implementada. Como visto por Baldani *et al.* (2005),

ainda é difícil encontrar um sistema de atenção bucal organizado desse modo, sendo um dos motivos a característica tecnicista da formação dos profissionais envolvidos.

Silveira Filho *et al.* (2002) sugerem um modelo de organização da atenção à saúde bucal fundamentado em três momentos que se subdividem em atividades de planejamento e clínicas e devem ser realizadas de acordo com a realidade de cada comunidade em que a equipe de saúde bucal está inserida. O quadro abaixo exemplifica cada momento proposto:

Quadro 1: Modelo de organização da Atenção à Saúde Bucal

	ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO	ATIVIDADE CLINICA
MOMENTO 1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Apropriação do território 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ações de prevenção e promoção à saúde ○ Atendimento odontológico a demanda
MOMENTO 2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Espacialização das desigualdades e diferenças entre as microáreas ○ Identificação dos inscritos nos grupos prioritários de atenção 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estabilização das patologias bucais
MOMENTO 3	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cuidado longitudinal às famílias 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Atenção clínica restauradora à família

Fonte: Silveira *et al.*, 2002.

Dentro das atividades de planejamento é necessário conhecer o território em que a equipe de saúde da família está inserida. Essa etapa pode ser realizada através do método de estimativa rápida. Segundo Campos *et al.*, (2010), o método da Estimativa Rápida é uma forma rápida e capaz de avaliar os aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde com custo mínimo. É necessária, apenas, uma equipe formada por técnicos da saúde e/ou de outros setores e representantes da população, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições da vida da comunidade que se quer conhecer. Portanto, a Estimativa Rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território.

Durante as atividades ambulatoriais as equipes de saúde bucal se deparam com grande demanda reprimida. O acesso deve ser organizado, portanto, de forma a não excluir a demanda espontânea pelo serviço. Na maioria das vezes isso é

motivo de problemas na organização da agenda e na maioria das vezes representa um serviço de urgência. Em estudo realizado por Soares (2007) os usuários foram questionados em relação à qualidade do serviço, assim como as principais queixas. Dentre essas, a demora em iniciar o tratamento e a dificuldade em se conseguir fichas para atendimento foram as principais.

No contexto da saúde bucal, a doença mais prevalente na população é a cárie dental (BRASIL, 2003b). Segundo Costa (2012) “ a cárie tem ataque desigual entre as pessoas e não decorre apenas de variações biológicas, mas também das diferenças sociais que caracterizam as pessoas no meio em que se inserem” . O seu controle está ligado às medidas adotadas pelo indivíduo ou por seus responsáveis e atinge principalmente as crianças. O conhecimento dos professores do ensino infantil é muito importante para adoção de medidas de saúde bucal saudáveis. Aragão *et al.* (2010) avaliaram o conhecimento de professores de ensino infantil sobre a doença cárie e chegaram a resultados razoáveis em relação a instrução desses sobre os fatores determinantes e condicionantes que causam a doenças. Em estudo semelhante Garcia *et al.*(2010) observaram que “os fatores que mais afetavam o acesso ao serviço odontológico por parte de crianças eram os vinculados à condição socioeconômica como acesso à plano de saúde, posse de escova dentária e escolaridade da mãe” .

6 PLANO DE AÇÃO

O diagnóstico situacional foi realizado na área de abrangência correspondente a nova equipe de saúde bucal. Os principais objetivos do diagnóstico situacional foram:

- Estimar a quantidade de pessoas que fazem parte da área de abrangência;
- Adquirir o conhecimento através do método de estimativa rápida sobre as condições de saúde bucal da população, principalmente das crianças;
- Elaborar uma triagem em relação ao risco de cárie e necessidade de atendimento ambulatorial.

Através das informações obtidas junto aos agentes comunitários de saúde foram identificadas cerca de 2400 pessoas, correspondente a aproximadamente 500 famílias. Foram realizadas visitas domiciliares na área da comunidade e reuniões com a equipe multidisciplinar e os principais problemas encontrados foram a grande quantidade de demanda reprimida por atendimento odontológico ambulatorial; ausência de acesso da população a ações de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais. Em relação ao risco de cárie e a necessidade de atendimento foram identificados vários casos de necessidade de atendimento odontológico de urgência, assim como a maioria das crianças de 5 a 9 anos com pelo menos uma lesão de cárie.

Os problemas foram classificados dando prioridade usando os seguintes critérios: a importância do problema (alto, médio ou baixo), sua urgência numa escala de 1 a 5, capacidade para enfrentá-los (fora, parcial e dentro) e, por final numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios. O **Quadro 2** exemplifica a aplicação dos critérios:

Quadro 2 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Demanda reprimida por atendimento ambulatorial	Alta	5	Dentro	1
Demanda por atendimento de urgência	Alta	4	Dentro	2
Alta incidência de cárie em crianças (5-9 anos)	Alta	3	Parcial	3
Ausência de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais	Alta	3	Parcial	4

O problema considerado prioritário foi a demanda reprimida por atendimento ambulatorial. Todos os agentes de saúde informaram que em suas microáreas de abrangência existem várias pessoas nas suas “listas de espera”. O segundo problema classificado foi a demanda por atendimento de urgência onde se enquadram os indivíduos que necessitam de atendimento por causa de dor incapacitante. Em terceiro lugar está a alta incidência de cárie, pelo menos uma lesão, em crianças na faixa etária entre 5 a 9 anos. Na área de abrangência de um total de 80 crianças nessa faixa etária 65 tinham lesões de cárie, o que corresponde a 81% do total de crianças. Por último na lista de prioridades foi selecionado a ausência de ações de promoção de saúde bucal e prevenção de doenças bucais.

A grande demanda reprimida por atendimento ambulatorial é causada principalmente pela falta de assistência odontológica que nunca esteve presente na comunidade, assim como a demanda por atendimento de urgência, a incidência de cárie em crianças e a ações de promoção e prevenção. Para enfrentar o problema é necessário primeiramente estabelecer um protocolo de atendimento que contemple todas as áreas que estão sendo motivo de preocupação.

As doenças bucais necessitam de um determinado tempo para se tornarem incapacitantes. Se em algum momento da sua cronologia de evolução ocorrer uma intervenção do profissional é grande a chance de resolutividade na atenção básica (BULGARELI, 2014).

Para enfrentar o problema é necessário identificar, entre as varias causas, aquelas consideradas mais importantes para resolução do problema Segundo Campos *et al.* para a análise desses problemas pode-se utilizar o conceito de “nó crítico” que se caracteriza por um pequenos problemas que quando “atacados” são capazes de trazer resolutividade ao problema principal.

Após a identificação dos nós críticos, foram propostos pequenos projetos para solucioná-los, com o objetivo final de resolver o problema considerado principal: demanda reprimida por atendimento ambulatorial. Para que sejam colocadas em prática, essas estratégias exigem recursos, sendo necessário identificar os responsáveis pela viabilidade dos projetos, além de responsáveis para acompanhar sua execução, em prazos pré-estabelecidos.

Quadro 3. Desenho de operações para os nós críticos do problema: Demanda reprimida por atendimento ambulatorial.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Casos de Urgência	<p align="center"><u>Demanda espontânea</u></p> <p>Oferecer atendimento ambulatorial organizado para casos de urgência.</p>	Diminuição no número de casos de urgência que incapacitam os indivíduos	Oferta de serviços permanente de assistência aos casos de urgência	<p><u>Organizacional:</u> profissionais habilitados à atividade;</p> <p><u>Cognitivo:</u> conhecimento sobre o tema;</p> <p><u>Político:</u> Governabilidade para a equipe realizar as mudanças;</p> <p><u>Financeiro:</u> Materiais adequados e oferta serviço de referência.</p>

Alta incidência de cárie em crianças (5-9 anos)	<p><u>Dentista na escola</u></p> <p>Utilizar o ambiente escolar para realizar ações educativas sobre higiene oral e as principais doenças bucais.</p>	Melhora nos indicadores de cárie dental em escolares	Agenda permanente de ações educativas e motivação dos alunos.	<p><u>Organizacional:</u> organização da agenda;</p> <p><u>Cognitivo:</u> conhecimento sobre fatores determinantes para cárie dental;</p> <p><u>Político:</u> Aceitação por parte das escolas das novas atividades</p>
Ausência de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais	<p><u>Escova em casa</u></p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida no ambiente que o individuo vive</p>	Motivar as pessoas para adoção de hábitos saudáveis de higiene e alimentação	Visitas domiciliares semanais marcadas pelos agentes de saúde	<p><u>Organizacional:</u> colaboração de agentes de saúde e população</p> <p><u>Cognitivo:</u> informação sobre os temas, estratégias de comunicação e práticas pedagógicas;</p> <p><u>Financeiro:</u> Transporte para áreas distantes e fornecimento de materiais (escovas e cremes dentais)</p>

Para a efetivação da “demanda espontânea”, “dentista na escola” e “escova em casa” foi necessário e fundamental a análise dos recursos para avaliar a viabilidade do plano de intervenção. Para a demanda espontânea os recursos organizacionais, cognitivos fazem parte inerente do profissional que é formado para cuidar da “dor de dente”. A dificuldade faz parte dos recursos políticos e financeiros que dependem muito da gestão da saúde do município. Para a efetivação dos serviços de urgência (demanda espontânea) é necessário um serviço de referencia para que a equipe de saúde bucal possa encaminhar se necessário.

Os recursos necessários para o “dentista na escola” são inerentes à capacidade do cirurgião-dentista sair do consultório, onde desenvolve as ações finais de cura das doenças e, partir para atuação nos fatores que iniciam as doenças bucais, nomeadamente a cárie dental. Em relação às escolas, essas, na maioria das

vezes, se mostram muito cooperativas nas ações de promoção de saúde de uma forma geral, o que facilita a consolidação dessa ação.

As ações do “escova em casa” que são a efetivação das visitas domiciliares preconizadas para atenção primária necessitam da cooperação entre a equipe de saúde bucal e agentes comunitários de saúde para as ações programadas de visita domiciliar. É necessário também a adequação por parte da equipe de saúde bucal para a perspectiva de sair do ambiente clínico e ir atuar no ambiente social em que o indivíduo vive. Por fim o transporte da equipe se faz necessário em locais de difícil acesso ou distante do posto de saúde.

Após a identificação dos recursos críticos foi possível estabelecer o plano operativo para o plano de intervenção, como mostra o **Quadro 4**.

Quadro 4. Plano operativo realizado no município de Campo Alegre, 2014.

OPERAÇÃO / PROJETO	RESPONSÁVEIS	PRAZO
<p><u>Demanda espontânea</u> Oferecer atendimento ambulatorial organizado para casos de urgência.</p>	Equipe de saúde bucal	Dois meses
<p><u>Dentista na escola</u> Utilizar o ambiente escolar para realizar ações educativas sobre higiene oral e as principais doenças bucais.</p>	Coordenadora da Escola	Dois meses
<p><u>Escova em casa</u> Modificar hábitos e estilos de vida no ambiente que o indivíduo vive</p>	Agentes de saúde	Dois meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível perceber o esforço para a ampliação da cobertura da atenção primária em várias partes do Brasil, sobretudo na região nordeste. Contudo esse movimento nem sempre é realizado consolidando as diretrizes propostas pelo SUS, o que garante, infelizmente, a continuidade do modelo meramente curativo da saúde bucal em detrimento das ações preventivas e educativas.

Os diferentes processos de trabalho existentes entre as equipes de saúde bucal demonstram que não existe um consenso entre qual a melhor forma de agir. É fundamental, porém, analisar as especificidades de cada comunidade em que se vai atuar, realizando o diagnóstico situacional da área e trazendo a comunidade para participar das ações.

O desafio de aliar as demandas da comunidade, no momento oportuno e com resolutividade deveria, talvez, ser o foco das ações. Para tanto, é necessário entender como as doenças se desenvolvem e em que ambiente o indivíduo está inserido. Dito isso, é necessário mais estudos que aprofundem a discussão sobre o assunto e tragam mais reflexões sobre o que fazer pensando no futuro.

Espera-se que a construção deste plano de ação incentive outras equipes de saúde bucal a planejar suas ações, aliando as necessidades da comunidade com as diretrizes da saúde pública, e com isso fundamentem seus protocolos de assistência trazendo resolutividade aos problemas diagnosticados.

REFERENCIAS

ALBUQUERQUE, Renata Rangel Silva de. Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção de saúde bucal no PSF. **Rev Bra de Med de Família e Comunidade**, v. 2, n. 6, p. 150, nov. 2010.

ARAGÃO, Ana Karla Ramalho et al. Conhecimento de professores das creches municipais de João Pessoa sobre saúde bucal infantil. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr**; v.10, n.3 , set.-dez. 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 (a).

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal na População Brasileira 2002/2003** (b).

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica – nº 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde; jul. 2012. 108 p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270140&search=alagoas|campo-alegre> Acesso em: jul. 2015.

BALDANI, Maria Helena. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná. **Cad Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p. 1026-1035, 2005.

BARROS, Aluísio J. D.; BERTOLDI, Andréa D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BULGARELI, Jaqueline et al . A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 383-391, Feb. 2014.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. - Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, Coopmed, 2010. 114p

COSTA, Simone de Melo. Modelos explicativos da cárie dentária: do organicista ao ecossistêmico. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clin. Integr.** v.12. n.2, p. 285-291, jul. 2012.

GARCIA, Patricia Petromili Nordi Sasso et al. Conhecimento de cárie dental e doença periodontal de professores do ensino fundamental segundo o tipo de instituição (pública ou privada). **Odonto (São Bernardo do Campo)**; v.18. n.36. p.155-163, jul.-dez. 2010.

GONCALVES, Claudia Ângela et al . Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 449-460, Feb. 2015

HOLANDA, Ana Larissa Fernandes de; BARBOSA, Aldenísia Alves de Albuquerque; BRITO, Ewerton William Gomes. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1507-1512, Oct. 2009

MARCIER, Maria Hortense Ferro. Costa. Para que a expansão do PSF seja consistente. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v.6, p. 32 – 35. 2002.

MARTELLI, Petrônio José de Lima et al . Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 5, p. 1669-1674, out. 2008.

MENDES, Eugênio. Vilaça. *Os Grandes Dilemas do SUS*. Editora ISC- Casa da Saúde; **Coleção Saúde Coletiva IV**, v. 2; 2001.

MUNKEVIS, Mara Sílvia Galletti; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: uma perspectiva do usuário. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.** São Paulo. v. 20, n. 2, p. 791-801, 2010.

OLIVEIRA, José-Luiz Carvalho de; SALIBA, Nemre Adas. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, supl. p. 297-302, Dec. 2005.

PIMENTEL, Fernando Castim *et al* . Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, supl. p. s146-s157, 2012.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira. **Construção de sujeitos, saberes e práticas na saúde bucal de Alagoinhas – BA: o trabalho cotidiano no programa saúde da família como protagonista da mudança**; Dissertação (mestrado em saúde pública). Feira de Santana, Bahia: 238p. Departamento de saúde da universidade estadual de Feira de Santana. 2005.

SILVEIRA FILHO, Antônio Dercy. A saúde bucal no PSF: O desafio de mudar a prática. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. n.6. p.36-43.2002.

SOARES, Samara Carollyne Mafra. **Avaliação da Saúde Bucal na Atenção básica: A perspectiva do usuário Natal**, 2007. 111f. Dissertação (mestrado em saúde preventiva e social).Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte.