

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

IARA SOUZA NEVES

**ORGANIZANDO A DEMANDA DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DE UMA
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CONSELHEIRO LAFAIETE, MG**

**CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS
2014**

IARA SOUZA NEVES

**ORGANIZANDO A DEMANDA DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DE UMA
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CONSELHEIRO LAFAIETE, MG**

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.

Orientadora: Profa. Ayla Norma Ferreira Matos

**CONSELHEIRO LAFAIETE - MG
2014**

IARA SOUZA NEVES

**ORGANIZANDO A DEMANDA DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DE UMA
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CONSELHEIRO LAFAIETE**

Banca Examinadora

Profa. Ayla Norma Ferreira Matos (Orientadora)

Profa. Dra. Simone Dutra Lucas

Aprovado em Belo Horizonte, em 16/03/2014

DEDICATÓRIA

À minha família, pelo incentivo e por compartilhar comigo da alegria de mais uma conquista.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora profa. Ayla Norma Ferreira Matos, pela paciência, compreensão e principalmente por me ajudar em cada detalhe na construção deste trabalho.

RESUMO

A inserção da equipe de saúde bucal na equipe de saúde de família representou a oportunidade da saúde bucal ser um direito de todos. No entanto, uma das dificuldades encontradas em sua atuação tem sido organizar a alta demanda pelos serviços odontológicos. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção com vistas a organizar a atenção odontológica em uma Unidade da equipe de saúde da família de Conselheiro Lafaiete/MG. Para a fundamentação teórica foi feita uma revisão narrativa sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal visando organizar a demanda para os serviços odontológicos. Os artigos foram buscados na Scientific Electronic Library Online (Scielo), na biblioteca virtual do Programa Ágora- Nescon- UFMG, publicações do Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e, também, nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Conselheiro Lafaiete. O período de busca de artigos foi de fevereiro a dezembro de 2013, com artigos na língua portuguesa, publicados entre 1990 a 2013, utilizando as seguintes palavras-chave: Saúde da Família; acesso aos serviços de saúde bucal; história da saúde bucal no SUS. Após a revisão foi elaborado um plano de intervenção, de acordo com o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF). O plano de intervenção proposto contempla operações que podem fazer o enfrentamento ao problema priorizado, pois tem como ações estratégicas a apresentação de projeto visando habilitar mais uma equipe de saúde bucal no município; o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal com base no diagnóstico e conhecimento da comunidade assistida e implantação da linha-guia de saúde bucal. Tudo isso buscando como resultado o aumento do acesso ao serviço odontológico de forma organizada e equânime, equipes capacitadas e comunidade mais consciente.

Palavras-chave: Saúde da Família; acesso aos serviços de saúde bucal; história da saúde bucal no SUS.

ABSTRACT

The insertion of the Oral Health Team in the Family Health Strategy represented an opportunity of oral health is a right for all. However, one of the difficulties faced in this action has been organizing the high demand for dental services. The aim of this study was to develop an action plan to organize dental care in a unit of the Family Health Strategy of Conselheiro Lafaiete / MG. For theoretical reasons a narrative review on the working process of the Oral Health Team to better organize the demand for dental services was taken. The articles were searched for the Scientific Electronic Library Online (SciELO) , the virtual library of Agora - Nescon - UFMG Program, publications from the Ministry of Health (MOH) and State Department of Health of Minas Gerais (SES / MG) and, also, in data from the Primary Care Information System (SIAB) available in the city of Conselheiro Lafaiete . The period of search for articles was from February to December 2013, with articles in the portugues language published from 1990 to 2013 using the following keywords: Family Health; access to oral health services, oral health history of the SUS – Health System. After the review was elaborated, in accordance with the module of Planning and Evaluation of Health Actions in the Specialization Course in Primary Care in the Family Health (CEABSF) was prepared . The proposed action plan includes operations that can make coping prioritized the issue, as it has strategic actions presenting project to enable another team of oral health in the city, the development of the work of the Oral Health Team based on diagnosis and knowledge of the assisted community and (community and assisted the) implementation guideline of oral health . All this as a result seeking increased access to dental care in an organized and equitable manner, skilled teams and more conscious community.

Keywords : Family Health ; access to oral health care , history of oral health in the Unified Health System

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Principais problemas identificados no PSF Santuário de Conselheiro Lafaiete/MG, 2013.....	13
Quadro 2- Desenho das operações para os nós críticos do problema elevada demanda dos usuários pelos serviços de saúde bucal.....	27
Quadro 3- Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações / projetos definidas para enfrentar os nós críticos do problema elevada demanda dos usuários pelos serviços de saúde bucal.....	29
Quadro 4- Propostas de ações para a motivação dos atores.....	30
Quadro 5- Plano Operativo.....	31
Quadro 6 -Planilha de acompanhamento de projetos.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde
APS- Atenção Primária em Saúde
ASB- Auxiliar de Saúde Bucal
BIREME- Biblioteca Regional de Medicina
BVS- Biblioteca Virtual de Saúde
CD- Cirurgião-dentista
CEABSF- Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CEO- Centro de Especialidades Odontológicas
ESB –Equipe de Saúde Bucal
ESF- Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS- Ministério da Saúde
PMAQ- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal
PSF- Programa Saúde da Família
SciELO- Scientific Electronic Library Online
SES/MG- Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica
SME - Secretaria Municipal de Educação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
TSB- Técnico em Saúde Bucal
UBS- Unidade Básica de Saúde
UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 Introdução.....	10
2 Justificativa.....	15
3 Objetivos.....	16
4 Metodologia.....	17
5 Revisão de Literatura.....	19
5.1 Criação do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família....	19
5.2 Processo de trabalho da ESB na ESF e a organização da demanda.....	21
5.3 Ações para enfrentamento da alta demanda pelos serviços da Odontologia.....	25
6 Plano de ação.....	27
6.1 Identificação de “nós críticos”.....	27
6.2 Desenho das operações.....	27
6.3 Identificação dos recursos críticos.....	29
6.4 Análise da viabilidade do plano.....	30
6.5 Elaboração do plano operativo.....	30
6.6 Gestão do plano.....	32
7 Considerações finais.....	35
Referências.....	37

1 INTRODUÇÃO

Conclui o curso de Odontologia há mais de oito anos e, atualmente trabalho como cirurgiã-dentista (CD) no Programa Saúde da Família (PSF) Santuário, uma das 25 equipes da equipe de saúde bucal (ESF) do município de Conselheiro Lafaiete/MG, que há cerca de 19 anos adotou a (ESF) com modelo de atenção à saúde.

A unidade onde trabalho, o PSF Santuário, foi criado há aproximadamente dois anos. Compondo a agenda de trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB) são desenvolvidas ações coletivas de prevenção e promoção da saúde bucal e, também, ações individuais visando a realização de tratamento odontológico clínico-restaurador, das doenças bucais já instaladas.

Neste período ocorreram muitas mudanças de gestão no município e hoje, a ESB vem atuando atendendo a uma população adscrita muito grande, além do recomendado pelo Ministério da Saúde (MS). Neste período, também, tive a oportunidade de cursar a Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde tive o conhecimento teórico para entender melhor o processo de trabalho em saúde, a importância do trabalho em equipe e do planejamento das ações para conquistar resultados de forma consciente. Com base neste aprendizado, identifiquei que o principal problema a ser enfrentado para implantar e vivenciar na prática uma saúde bucal de qualidade era a dificuldade em organizar a demanda da saúde bucal e, por isso foi escolhido como tema deste trabalho para refletir e buscar soluções que pudessem contribuir para resolvê-lo.

O município de Conselheiro Lafaiete, que fica no estado de Minas Gerais, se encontra na mesorregião metropolitana de Belo Horizonte, a 96 km da capital do estado, Belo Horizonte e possui uma população de aproximadamente 116.527 habitantes, uma área total de 370 km², com uma área urbana de 13,5 km². Dessa área, 95,5% da população está na zona urbana e 4,5% na zona rural, com um número aproximado de domicílios de 27.456. O IDH do município é 0,793, no ano de 2000 (WIKIPEDIA, 2012).

As principais atividades econômicas do município são as grandes indústrias e as de pequeno porte e também, os estabelecimentos comerciais. Na agricultura, os

principais produtos agrícolas são arroz, batata, laranja, tangerina, tomate, milho, mandioca, feijão e cana-de-açúcar; e na pecuária: bovinos, suínos, muares, galináceos, entre outros (WIKIPEDIA, 2012).

O sistema de saúde de Conselheiro Lafaiete é constituído por cinco hospitais, sendo o mais bem equipado o Hospital/Maternidade São José. Possui uma policlínica municipal, sete ESB, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma farmácia básica central e existe o Conselho Municipal de Saúde atuante. Na Odontologia, o município atende os níveis de atenção primária e secundária, ambas sobrecarregadas, e quando necessita fazer encaminhamento, este é feito para Belo Horizonte. O sistema de referência e contrareferência é efetivo, sendo que a coordenação da Atenção Primária em Saúde (APS) faz o acompanhamento.

O PSF Santuário, localizado no bairro Sagrado Coração de Jesus, onde atua como cirurgiã-dentista, tem cerca de 5.025 pessoas cadastradas, em sua maioria moradoras deste mesmo bairro. Segundo dados coletados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a faixa etária predominante é de 20 a 39 anos. O percentual de alfabetizados com 15 anos ou mais é de 97,4% e, 78,24% das crianças de 7 a 14 anos estão na escola (SIAB, 2012).

Quanto à infraestrutura deste território, o tratamento de água no domicílio predominante é a filtração, em 99,76% de cobertura. O abastecimento de água pela rede pública é de 99,92%, existe a coleta pública de lixo em 99,76%, sistema de esgoto em 97,89%, energia elétrica em 99,19% e 99,76% das casas são de tijolo/adobe. Poucas ruas não são asfaltadas (SIAB, 2012).

Além disso, o território possui uma boa estrutura de serviços como comércios variados, de vestuário, sapatos, padarias, lojas de variedades, lotérica, supermercado, açougue, lanchonetes. Também possui a basílica do Sagrado Coração de Jesus.

O local que abriga o PSF conta com a equipe completa, um centro regional de saúde, uma escola municipal, uma creche, um centro de apoio a alcoólatras, com um grupo de incentivo ao artesanato, conhecido como “Grupo de lata” e, também um centro pastoral católico. Tem vários transportes públicos coletivos e fácil acesso ao centro da cidade. A associação de moradores, no momento, não está funcionando.

Observo certa acomodação da comunidade com a atual situação da saúde do município e, pelos relatos de algumas pessoas, estão satisfeitos com o trabalho realizado pela equipe, mas reclamam de poucas vagas para consultas em geral e a demora em conseguir atendimento.

A equipe do PSF Santuário é composta de um médico, que atende três vezes por semana na parte da manhã, uma enfermeira, seis Agentes Comunitárias de Saúde(ACS), uma técnica de enfermagem, uma ESB na modalidade I, constituída por um CD e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), todos trabalhando 40hs semanais. Porém, todos os demais bairros ao redor (Gigante, Tietê, São Judas Tadeu, Vila Resende, entre outros) tem um PSF de referência, mas não tem ESB, e o bairro Morro da Mina que possui ESB, no momento está sem dentista. Assim, hoje, o PSF Santuário atende sua população adscrita e toda a população dos demais bairros, que totaliza mais de 10.000 pessoas que buscam atendimento odontológico.

A ESB atende em um consultório odontológico no Centro Regional de Saúde, próximo à casa do PSF, e realiza o atendimento individual de pessoas agendadas e atendimentos de urgências, com procedimentos de atenção básica. Também, atua em parceria com os demais profissionais da equipe, nos trabalhos com grupos educativos de gestantes, diabéticos, hipertensos, desenvolve ações de promoção de saúde em escolas próximas, realizando escovação dental supervisionada, e palestras sobre saúde bucal.

Análise situacional

Visando conhecer a realidade da comunidade adscrita da ESF Santuário, foi realizado o diagnóstico situacional em saúde, com base no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do CEABSF, onde a equipe identificou os principais problemas da área de abrangência:

- Elevada demanda pelos serviços odontológicos e dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal;
- Processo de trabalho da equipe de saúde fragmentado;
- Falta de atendimento médico, devido à falta de profissional;
- Alta rotatividade dos profissionais da equipe, não criando vínculo com a comunidade.

Selecionados os problemas, os mesmos foram avaliados e definidos o que seria priorizado, com base nos critérios: importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção, conforme pode ser observado no quadro 1.

Quadro 1-Principais problemas identificados no PSF Santuário de Conselheiro Lafaiete/MG, 2013.

Problemas identificados no Diagnóstico Situacional	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada demanda pelos serviços odontológicos e dificuldade de acesso aos mesmos	alta	alta	parcial	sim
Processo de trabalho da equipe de saúde fragmentado	médio	médio	total	sim
Falta de atendimento médico devido à falta de profissional	alta	alta	fora	não
Alta rotatividade dos profissionais da equipe que não criam vínculo com a comunidade	alta	alta	fora	não

Fonte: Autoria própria, 2013.

Após esta análise, foi priorizado o problema elevada demanda dos usuários pelos serviços de saúde bucal, por ser visto como sendo o de maior reclamação por parte da comunidade e que tem sobrecarregado a ESB. Há uma grande demanda pelo serviço, considerando que a ESB atende além de sua população adscrita de 5.025 pessoas, atende ainda a população residente em áreas ainda não cobertas por ESB, que totaliza mais de 10.000 pessoas, que no momento, têm o atendimento no PSF Santuário como referência. Neste contexto, a ESB praticamente atua

somente no atendimento clínico, pois destina apenas oito horas por mês para ações de promoção e prevenção. Este fato tem causado frustração da ESB, por não conseguir atender a todos e de maneira qualificada, bem como a insatisfação da comunidade, que permanece muito tempo em uma lista de espera por atendimento e sem previsão de receber o serviço.

2 JUSTIFICATIVA

A partir da observação no dia a dia da ESB do PSF Santuário, foi identificada como maior problema no processo de trabalho a organização do atendimento da população devido à elevada procura dessa pelo serviço odontológico, sobrecarregando os profissionais envolvidos, o que tem trazido a insatisfação de todos.

Com a universalidade do acesso e com a equipe trabalhando de forma organizada será possível planejar a atenção de forma integral a todos da área adscrita. E também, poderá ser realizado não somente ações de recuperação e reabilitação, mas principalmente ações de promoção de saúde e, prevenção de problemas futuros, evitando assim casos frequentes de atendimento de urgências por causas previsíveis.

Com a organização da demanda, ganha a população que terá seu direito à saúde bucal garantido e no tempo oportuno, assim como a ESB, que poderá trabalhar de forma satisfatória, desenvolvendo um trabalho de qualidade.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de intervenção com vistas a organizar a atenção odontológica, frente à elevada demanda pelo serviço.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discutir a importância da ampliação do acesso às ações de saúde bucal;
- Identificar a importância da territorialização e da adscrição de população para organização da demanda pelos serviços odontológicos;
- Discutir o processo de trabalho da ESB visando à oferta de ações e serviços de saúde a todos, com ênfase às ações preventivas, redução e tratamento de agravos.

4 METODOLOGIA

Após a priorização do problema de elevada demanda dos usuários pelos serviços de saúde bucal e, com isso o acesso deficiente da comunidade atendida pelo PSF Santuário, foi realizada uma revisão de literatura para buscar artigos científicos sobre o tema, bem como ter acesso a outros trabalhos semelhantes que contribuíssem para solução do mesmo.

A revisão de literatura constou de busca de artigos na Scientific Electronic Library Online (Scielo), na biblioteca virtual do Programa Ágora - Nescon - UFMG, publicações do MS e Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e, também, nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Conselheiro Lafaiete. O período de busca de artigos foi de fevereiro a dezembro de 2013, com artigos na língua portuguesa, publicados entre 1990 a 2013, utilizando as seguintes palavras-chave para a busca dos artigos: Saúde da Família; acesso aos serviços de saúde bucal; história da saúde bucal no SUS.

Após a revisão bibliográfica, foi elaborado um plano de intervenção visando fazer o enfrentamento ao problema priorizado, onde foram levantados dados por meio da técnica de estimativa rápida, com a participação da equipe de saúde e representantes da população e, também, foram examinados os arquivos existentes na unidade de saúde. Além disso, foram feitas entrevistas com informantes chaves e, observação ativa sobre as condições da vida da comunidade atendida no PSF Santuário, tendo como referência a Seção 3 / Elaboração do Plano de Ação do módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O plano de intervenção elaborado seguiu o modelo proposto pelos autores Francisco Carlos Cardoso de Campos, Horácio Pereira de Faria e Max André dos Santos, em 2010 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), que indicam como necessários os seguintes passos para sua realização:

- A - Primeiro passo: definição de problemas;
- B - Segundo passo: priorização de problemas;
- C - Terceiro passo: descrição do problema selecionado;
- D - Quarto passo: explicação do problema;

- E - Quinto passo: seleção de nós críticos;
- F - Sexto passo: desenho das operações;
- G - Sétimo passo: identificação dos recursos críticos;
- H - Oitavo passo: análise da viabilidade do plano;
- I - Nono passo: elaboração do plano operativo;
- J - Décimo passo: gestão do plano.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Criação do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família

O SUS foi definido pela lei federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 como sendo um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. Entre os princípios e diretrizes que regem o SUS está à universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade e igualdade dessa assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Visando a mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente, no ano de 1994 foi criado o PSF, alterando o objeto de atenção que passa a ser a família, entendida a partir do ambiente onde vive - espaço onde são construídas as relações intra e extra familiares e no qual é desenvolvida a capacidade das pessoas buscarem melhoria das condições de vida. Com isso, houve uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, alteração da forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 1997).

As Equipes de Saúde da Família são compostas por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Podendo contar ainda com um CD, um ASB e um Técnico de Saúde Bucal (TSB). Cada uma dessas equipes é responsável por no máximo 4 000 mil habitantes, sendo o recomendado 3 000 mil, para uma determinada área adscrita, atuando em unidades básicas de saúde, que é a porta de entrada do sistema de saúde. Além de poder atuar nas residências da comunidade e na mobilização dela (BRASIL, 2014).

Ao longo dos anos, a saúde bucal nos serviços públicos no Brasil se caracterizou por ações de baixa complexidade, geralmente curativas e mutiladoras, e de acesso restrito a determinadas faixas-etárias (BRASIL, 2013).

A política de saúde bucal começou a mudar a partir da edição da portaria GM/MS n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu os incentivos para financiamento das ações de saúde bucal e da inserção de profissionais de Odontologia no PSF (CEDI, 2000).

Em 2004, o MS lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), mais conhecida como Programa Brasil Sorridente, visando reorganizar a prática e a qualidade das ações em saúde bucal e serviços oferecidos para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito a todos, por meio do SUS. Ou seja, foi implantada com o objetivo de garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população (BRASIL, 2003).

Com a reformulação da prestação do serviço odontológico na atenção básica do SUS, conseqüentemente da oferta da diversidade de procedimentos e, buscando o princípio da integralidade do atendimento, o MS implantou os CEO, com o desafio de ampliar e qualificar os serviços e aumentar o acesso ao nível secundário da atenção, estabelecendo um sistema de referência e contra referência em saúde bucal, através da PNSB (BRASIL, 2004).

Em janeiro de 2004 ocorreu a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, apresentadas para reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os seus níveis, com a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos também nos níveis secundário e terciário. Têm como princípios a gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional (BRASIL, 2004).

Na prática, apesar de todos os princípios que embasam o SUS, algumas determinações são pouco incorporadas em alguns sistemas locais de saúde e a implantação das ações para a melhora da saúde bucal está sendo feita de forma lenta e enfrentando muitas dificuldades. Assim, segundo Silveira Filho (2002 p.36) “é um desafio de tornar as ações em saúde bucal um direito de todos os cidadãos brasileiros, independente da idade, escolaridade ou classe social”.

Pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), obtidos no censo de 2010, o Brasil tem um total de 5.565 municípios e uma população total de 190.732.694 habitantes (IBGE, 2010). Fazendo uma comparação dos dados do Ministério da Saúde de novembro de 2013, 5.343 municípios têm um total de 34.702 equipes de ESF implantadas, com uma população coberta estimada em 109.429.035 pessoas. Em relação à ESB, são 4.962 municípios com equipe inserida, sendo 27.117 ESB credenciadas pela modalidade 1 (BRASIL, 2013).

5.2 Processo de trabalho da ESB na ESF e a organização da demanda.

A atuação da ESB na ESF aponta para a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços, para dar resposta às demandas da população. Com isso deve ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2013).

A inserção da ESB na ESF representou uma oportunidade de mudança no processo de trabalho na atenção básica. O modelo de atenção pautado na lógica da ESF aponta para o trabalho em equipe multiprofissional e a integralidade da atenção, através de ações que valorizam o acolhimento, o vínculo com a população e as ações continuadas de saúde. Para o CD, a integração à ESF pode significar a ruptura do isolamento profissional e o caminho para a produção de novas relações com a equipe, transformando-o em um profissional mais atuante no campo da saúde (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

Para Pessoa (2008) a inserção da saúde bucal no PSF significa uma reorganização da prática odontológica, assim, todos os profissionais envolvidos necessitam de um processo de qualificação, visando a integração da equipe e devem buscar o desenvolvimento de ações programáticas desta estratégia de intervenção populacional, que é baseada no território, visando a implementação concreta do SUS.

Não existe um método que possa se afirmar como único que tenha condições de oferecer melhoria da situação bucal da população, pois o conhecimento da realidade local é uma das ações para que no momento inicial de trabalho da equipe de saúde possa pensar o planejamento, começando pelo diagnóstico situacional da comunidade local, de forma a reproduzir, com a maior fidelidade, as condições socioeconômico-culturais e epidemiológicas da população da área de abrangência (CARVALHO, *et al.*, 2004)

A incorporação da ESB e de suas ações na ESF vieram como forma de expansão dos serviços odontológicos, a partir do conhecimento das necessidades

reais percebidas na comunidade. Isso permite um planejamento particular, específico a ela, com a perspectiva de integralidade das ações, articulando a promoção à prevenção e à reabilitação da saúde. O envolvimento da comunidade no planejamento a torna corresponsável pela saúde de seus familiares e de todos (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

Para que seja possível um bom trabalho da ESB é necessário que esteja vinculada a um território delimitado e tenha uma ESF de referência. Além disso, Barbosa; Brito; Costa (2007) citando Costa; Albuquerque, (1997) observaram ainda que as ações da ESB na ESF devem ser contínuas e sistemáticas para elevar os níveis da saúde bucal da população assistida, estimulando a transformação de hábitos e atitudes prejudiciais à saúde em comportamentos benéficos.

O planejamento e o processo de trabalho da ESB na ESF devem ser fundamentados nos princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade da atenção), no trabalho em equipe de forma interdisciplinar, com o foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo (BRASIL, 2014).

Sobre os problemas enfrentados pela ESB quanto à sua implantação, atuação e interação com a ESF, um artigo publicado por Pereira *et al* (2012) faz considerações importantes, baseado em dados que demonstram que a incorporação das ações de saúde bucal está produzindo resultados que poderiam ser melhores, tendo em conta o investimento e a proposta de inversão do modelo de atenção, com indícios de que o modo como as estratégias são estabelecidas em cada local seja um fator determinante para a ocorrência ou não de impacto sobre os indicadores de saúde bucal.

Souza e Roncalli (2007), afirmaram que as mudanças no modelo assistencial odontológico dependem, dentre outros fatores, do contexto político, da organização dos serviços, de processos de capacitação e do envolvimento da equipe, e que, em um primeiro momento, o fato de aumentar o acesso aos serviços odontológicos não significa reverter o modelo de atenção à saúde bucal, caracterizado por ser pouco resolutivo, mutilador, centrado na doença.

Na Odontologia existem peculiaridades que dificultam sua prática no setor público. A necessidade do uso de tecnologias duras na atenção básica é uma delas e também que, a integração da ESB com a ESF para o desenvolvimento de ações

em conjunto, tem sido um dos maiores desafios para a saúde bucal (SOUZA; RONCALLI; 2007).

Pereira *et al* (2009) escreveram que o impacto sobre os indicadores de agravos e cobertura de saúde bucal está relacionado não só à inclusão da ESB na ESF, mas principalmente à uma mudança no processo de trabalho dela. Os resultados mais satisfatórios foram encontrados em equipes com melhores salários, as que trabalham oito horas por dia, que se qualificaram e que reestruturaram a atenção básica, com acolhimento, vínculo, responsabilização e foco na família.

A mudança do processo de trabalho depende de conhecer a realidade de saúde bucal da população e, no momento a ESB atua muito no atendimento à demanda espontânea, ou seja, não tem diagnóstico sobre os principais problemas de saúde bucal que atingem a comunidade assistida. Dessa forma, vem atuando sem um planejamento. É o que ficou claro nos resultados encontrados por Pereira *et al* (2009) ao afirmarem que a ESB continua atuando no modelo tradicional, com baixo impacto, baixa cobertura e um processo de trabalho ainda pautado na abordagem curativo-reparadora, sem uma base epidemiológica para direcionar suas ações. Ou seja, as ações da ESB integradas as ESF não tem efeito positivo sobre as necessidades da comunidade, se não houver uma reformulação do modelo de atenção.

Para Souza e Roncalli (2007) atuar com base nos princípios de universalidade e equidade, requer das ESB o conhecimento de sua realidade local, da sua comunidade adstrita. Assim, é necessário organizar suas ações com base em estratégias que utilizem critérios que priorizem a população mais necessitada, ouvindo da comunidade quais são as prioridades na visão dela.

De acordo com o BRASIL (2008) a organização da demanda, especialmente no caso das atividades clínicas assistenciais, é um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal, que deve atender toda população da área de abrangência, famílias e grupos. Entre os desafios encontrados para essa organização estão: unificar a porta de entrada com a ESF, fazendo um planejamento conjunto de ações e atividades programadas, promovendo a integração do trabalho e o fortalecimento da equipe; garantir acesso à demanda espontânea; desenvolver ações programadas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência ao controle das patologias crônicas e/ou às populações

mais vulneráveis do território; a construção de uma agenda pautada nas necessidades da comunidade, a partir de critérios epidemiológicos das áreas de abrangência com equidade e universalidade; organizar uma atenção domiciliar; e reordenar a atenção de média complexidade.

No plano de intervenção desenvolvido por Campos (2013), visando organizar o acesso ao tratamento odontológico da comunidade de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Jaboticatubas/MS, apresentou como proposta fazer a classificação de risco com o objetivo de priorizar grupos de risco e pacientes com maior necessidade de tratamento.

Para se conhecer a prevalência das doenças bucais e assim definir as necessidades de tratamento, é necessário que seja feito um levantamento epidemiológico, e a partir deste, fazer um planejamento das ações de saúde. Isso irá promover uma melhor eficácia do serviço (OLIVEIRA, 1998).

Antunes e Peres afirmaram em 2006 que os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são instrumentos que fornecem informações básicas sobre a situação de saúde bucal e/ou as necessidades de tratamento odontológico de uma população, em um determinado tempo e localidade. Assim, oferece condição para se definir, implantar e avaliar ações coletivas e individuais, preventivas e assistenciais.

Alguns autores, tais como Antunes e Peres, (2006) e Souza *et al.*,(2007) listaram alguns índices como o CPO-D e ceo-d para medir a prevalência da doença cárie dentária e com isso planejar ações de saúde bucal. Já Cypriano *et al.*; (2003) indicou a associação dos mesmos e a mensuração de outros índices, tais como o CPI (Índice Periodontal Comunitário), o índice de Dean, para medir o grau de fluorose e, ainda o Care index que indica o índice de cuidados restauradores recebidos.

A linha guia de saúde bucal da SES/MG preconizou como forma de priorizar o atendimento na atenção básica, fazer a classificação de risco. Definindo, conforme pode ser abaixo, os seguintes critérios:

R1 - Presença de doenças/problemas bucais descritos a seguir, dando prioridade aos usuários com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles: Cárie ativa: mancha branca ativa; tecido amolecido; Doença periodontal ativa: sangramento; secreção; Lesão de tecidos moles ou sintomas que possam ser indicativos de câncer bucal (dificuldade de deglutição, dificuldade de movimentos,

rouquidão, etc...); Limitações psicossociais em decorrência do comprometimento estético, halitose, entre outros; Limitações funcionais: comprometimento da mastigação, deglutição, fala, entre outros, causado 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: presença de cálculo; necessidade de prótese removível; necessidade de tratamento/atenção primária; necessidade de tratamento/atenção especializada.

R3-Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, e sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde bucal (MINAS GERAIS, 2006).

5.3 Ações para enfrentamento da alta demanda pelos serviços da Odontologia

Segundo Braga (2012), o número de ESB no Brasil tem aumentado de forma considerável nos últimos tempos, devido aos incentivos financeiros e, com isso vem aumentando o acesso a esse serviço. Porém, destacou que o problema de acesso está vinculado também a contextos políticos e organizacionais de cada município, além de problemas relacionados à qualificação de recursos humanos que integram as equipes de saúde. Afirmou ainda que, a demora na inclusão de ESB na ESF também é um fator que interferiu na integração entre as equipes, o que gerou dificuldades na definição de um processo de trabalho conjunto. Assim, indicou como solução a necessidade de mudar o modelo da prática assistencial.

Para Silveira Filho (2002) o sucesso da ESF é resultante de uma mudança na atitude dos profissionais de saúde bucal que atuam na atenção básica. Na organização do trabalho da ESB propôs que a implantação se dê em três momentos, entre atividades clínicas e a de planejamento, sendo: 1- apropriação do território, com ações de prevenção e promoção à saúde, juntamente ao atendimento odontológico à demanda; 2- Espacialização das desigualdades e diferenças entre as microáreas, identificando os grupos inscritos nos grupos prioritários para atenção, além da estabilização das patologias bucais; 3- cuidado longitudinal às famílias, com

atenção clínica restauradora às famílias. A ESF buscará garantir agenda para a atenção prioritária a famílias e também, possibilitará o acesso a toda a população da área de abrangência às práticas de prevenção e promoção à saúde bucal e atenção às necessidades clínicas eventuais. Da maneira proposta, o autor acredita que seja possível avançar de forma planejada a cobertura de toda a população da área adstrita e que possa constituir novos padrões de saúde bucal na comunidade.

Resende (2010) relatou em seu trabalho que diversas são as formas de organizar a demanda, entre elas indicou o acolhimento, o inquérito de necessidades, triagem, critérios de risco e levantamentos de cárie. Mas, optou por utilizar em no município de Formiga/MG a classificação de risco proposta pela SES/MG, no caderno de saúde bucal das linhas guias em atenção básica de 2006, como método de organização do processo de trabalho.

Reis (2013) criou uma proposta de protocolo de saúde bucal no âmbito da atenção primária com noções de prioridade no atendimento, de acordo com a necessidade de cada ciclo de vida e por condição sistêmica, com orientações sobre acolhimento, com uma organização de agenda, onde consta educação em saúde, prevenção para procedimentos coletivos e individuais, atendimento a demanda programada de grupos prioritários e também à demanda espontânea.

Além disso, apresentou uma linha de conduta para fazer a referência para a atenção secundária. Tudo isso foi feito a partir de parâmetros de produção (75%-85% das horas do CD dedicadas à assistência, três procedimentos/hora, escovação supervisionada em escolas de 280 alunos/8hs, cobertura populacional da ESB de 2.400-4.000 habitantes, 22 dias úteis/ mês) e dos indicadores de saúde bucal referentes a procedimentos coletivos, preconizados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e pelo Pacto pela Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, em 2012 (média de escovação dental supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programática e da gestante, razão entre tratamento concluído e a primeira consulta, média de instalação de próteses dentárias, média de atendimentos de urgência odontológica/ habitante e, taxa de incidência de alterações da mucosa oral) (REIS, 2013).

6 PLANO DE AÇÃO

A construção de um plano de ação/plano de intervenção faz-se necessário para buscar a solução do problema priorizado que foi a “elevada demanda dos usuários pelos serviços de saúde bucal”, selecionado a partir do diagnóstico situacional realizado no PSF Santuário.

Para isso é importante o planejamento, que segundo Meyer (*apud* Carvalho, 1978, p. 39) “deve ser entendido como um processo através do qual se pode dar maior eficiência à atividade humana para alcançar, em um prazo determinado, um conjunto de metas estabelecidas”.

6.1 Identificação de “nós críticos”

Para o problema priorizado “elevada demanda dos usuários pelos serviços de saúde bucal” foram identificados os seguintes nós críticos:

- Estrutura dos serviços de saúde (muitas áreas não cobertas pela ESB, grande demanda reprimida e por isso excesso de demanda espontânea e, grande procura pelo serviço);
- Processo de trabalho da ESB inadequado para enfrentar o problema;
- Nível de informação.

Definido o problema priorizado e identificadas às causas mais importantes dele, foi necessário buscar estratégias para enfrentá-lo a partir de um plano de ação.

6.2 Desenho das operações

Quadro 2- Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “elevada demanda dos usuários pelos serviços de saúde bucal”

Nó crítico	Operações necessárias	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Estrutura dos	“Cuidar	Aumento da	-Fazer a classificação de	Político: mobilização

serviços de saúde	<p>melhor”</p> <p>Ampliar a estrutura de atendimento odontológico e definir os mecanismos de referência e contrareferência.</p>	<p>acessibilidade ao serviço odontológico, de forma organizada</p>	<p>risco e orientar para acesso ao serviço odontológico.</p> <p>. Implementar o sistema de referência e contrareferência</p> <p>-Aumentar número de ESB no município.</p>	<p>social em torno das questões; reunir com coordenação de SB do município e representantes da SMS</p> <p>Organizacional: organizar a classificação de risco; adequar fluxo referência e contrareferência</p> <p>Financeiro: recursos para implantar nova ESB</p>
<p>Processo de trabalho da ESB inadequado para enfrentar o problema</p>	<p>“Organização”</p> <p>Implantar linha do cuidado, capacitando a ESB e formulando uma agenda.</p>	<p>ESB capacitada para atender de acordo com linha de cuidado</p> <p>Agenda definida para atender as necessidades do serviço e da comunidade assistida</p>	<p>Linha de cuidado implantada;</p> <p>Recursos humanos capacitados</p> <p>Agenda funcional implantada</p> <p>Reduzir o número de urgências odontológicas;</p>	<p>Cognitivo: informação sobre a mudança do processo de trabalho; elaboração do projeto de adequação</p> <p>Político: adesão dos profissionais</p> <p>Organizacional: organizar cursos de capacitação para a ESB</p> <p>Financeiro: recursos para aquisição de material educativo e para atendimento clínico</p>

Nível de informação	<p>“Saber +”</p> <p>Aumentar o nível de informação da comunidade sobre saúde bucal</p>	<p>Comunidade mais consciente da importância da prevenção e de cuidados de saúde bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar grupos educativos - Programar agenda para a realização de palestras de promoção de saúde nas escolas (Programa Saúde na Escola-PSE) - Fazer reuniões com representantes da comunidade 	<p>Cognitivo: conhecimento dos profissionais sobre os temas e sobre as metodologias pedagógicas</p> <p>Político: mobilização social e intersetorial com a educação</p> <p>Organizacional: Definir local para realizar os grupos e as palestras e reuniões</p>
---------------------	---	--	---	---

Fonte: Autoria própria, 2013

6.3 Identificação dos recursos críticos

Como todo processo de transformação da realidade sempre requer algum tipo de recurso, foram identificados os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação:

Quadro 3 - Relação operações/ recursos críticos

Operações	Recursos críticos
Cuidar melhor	<p>Financeiro: conseguir financiamento para implantar nova ESB</p> <p>Político: conscientizar representantes da SMS</p> <p>Organizacional: adequar o fluxo de referência e contrarreferência</p>
Organização	<p>Financeiro: conseguir financiamento para compra de materiais para prevenção, manutenção de consultório e compra de materiais de consumo para garantir atendimento odontológico regular.</p>

	Político: adesão dos profissionais da ESB
Saber +	Político: articulação intersetorial saúde/educação. Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, material gráfico e materiais para trabalho preventivo.

Fonte:Autoria própria, 2013

6.4 Análise da viabilidade do plano

O próximo passo foi identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários para a implementação de cada operação, analisar a motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação, como pode ser verificado no quadro 4.

Quadro 4 – Propostas de ações para motivação dos atores

Operações	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	Ações estratégicas
Cuidar melhor	Financeiro: conseguir recursos para implantar nova ESB Político: conscientizar representantes da SMS Organizacional: efetivar o fluxo de referência e contrareferência	Alguns atores são favoráveis e outros podem não concordar.	Apoio de representantes da comunidade e do Conselho Municipal de Saúde; apresentar projeto de reestruturação junto à SMS
Organização	Financeiro:conseguir financiamento para compra de material para atendimento clínico. Político: adesão dos profissionais da ESB	Alguns atores são favoráveis e outros podem não concordar.	Sensibilizar os profissionais da importância da mudança do processo de trabalho
Saber +	Político: articulação intersetorial e	Favorável	Apresentar projeto a Secretaria Municipal de Educação (SME)

Fonte:Autoria própria, 2013

6.5 Elaboração do plano operativo

Para cada operação foram designados os responsáveis pelas operações planejadas (gerente de operação) e definidos os prazos para a execução das operações, assim, elaborou-se o plano operativo, conforme pode ser observado no quadro 5, abaixo.

Quadro 5 - Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Cuidar melhor	Aumento da acessibilidade e ao serviço odontológico de forma organizada e equânime.	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer a classificação de risco. - Implantar nova ESB visando à proporção de 1 ESB para cada ESF. - Definir e efetivar o fluxo de referência e contrarreferência 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar a ESB para fazer classificação de risco. - Apresentar projeto de reestruturação junto à SMS; - Reunir com Coordenador do CEO e definir como efetivar a relação entre os níveis de atenção. 	CD da ESB. Coordenador a SB do município; Coordenador do CEO	<ul style="list-style-type: none"> - 3 meses para começar - 1 mês para discutir com o coordenador de Saúde Bucal e gestor municipal e 3 meses para apresentar o projeto para habilitar nova ESB. - 2 meses após a reunião.
Organização	100% ESB capacitada e implantação da linha de cuidado e de agenda compartilha	Curso de capacitação da ESB concluído Implantação de linha de	Motivar profissionais da ESB Promover cursos de capacita	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação de SB e profissionais da ESB. - Cirurgiã-dentista da 	3 meses após apresentar o projeto para capacitação da

	da.	cuidado	ção.	ESB	ESB
		Proposta de agenda definido	Atuação da ESB com base na agenda		-12 meses
		Reduzir o número de urgências odontológicas	Atuar no acolhimento e realizar ações educativas de sala de espera		
Saber +	Comunidade mais consciente da importância da prevenção e de cuidados de saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar grupos educativos. - Programar ações no PSE - Mobilizar representantes da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgar e convidar a comunidade para participar dos grupos educativos. - Desenvolver ações no PSE sobre promoção de saúde bucal. - Reunir com a comunidade e divulgar o trabalho da ESB. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgiã-dentista da ESB e o Coordenador da ESF - Cirurgiã-dentista da ESB e a Diretora da escola - Cirurgiã-dentista da ESB e o Coordenador da ESF 	<ul style="list-style-type: none"> 1 mês após a divulgação. 2 meses após apresentar projeto à SME. 2 meses após apresentação do projeto.

Fonte: Autoria própria, 2013

6.6 Gestão do plano

Por fim, foi desenhado um modelo de gestão do plano de ação, no qual se discute e define o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, apresentado no quadro abaixo.

**Quadro 6 - Planilha de acompanhamento de projetos
Operação “Cuidar melhor”**

Coordenadora: Coordenadora de Saúde Bucal do município

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
- Fazer a classificação de risco	CD da ESB	3 meses para começar	Não iniciado	Mobilizar os profissionais da ESB	
-Implantar nova ESB para atingir a proporção de uma (1) ESB para cada uma (1) ESF	Coordenadora de SB do município	1 mês para discutir com o coordenador de Saúde Bucal e gestor municipal e 3 meses para apresentar o projeto de habilitação de nova ESB	Não iniciado		
Definir e efetivar o fluxo de referência e contrarreferência	Coordenador do CEO	2 meses após a reunião	Não iniciado		

Operação “Organização”

Coordenadora: Coordenadora de Saúde Bucal do município

produtos	responsável	prazo	Situação atual	justificativa	Novo prazo
Curso de capacitação da ESB concluído	Coordenação de SB e profissionais da ESB	3 meses após apresentar o projeto para capacitação da ESB	Não iniciado		
Implantação da linha de cuidado	Coordenação de SB e profissionais da ESB.	3 meses após apresentar o projeto para	Não iniciado		

		capacitação da ESB			
Proposta de agenda definido	Coordenação de SB e profissionais da ESB.	3 meses após apresentar o projeto para capacitação da ESB	Não iniciado		
Reduzir o número de urgências odontológicas	ESB	12 meses	Não iniciado	Mobilizando gestor e profissionais da ESB	

Operação “Saber +”

Coordenadora: CD de cada ESB

produtos	responsável	prazo	Situação atual	justificativa	Novo prazo
Implementar grupos educativos	CDs das ESB	1 mês após divulgação	Não iniciado		
Programar ações no PSE	Cirurgiã-dentista da ESB e a Diretora da escola	2 meses após apresentar projeto à SME	Não iniciado		
Mobilizar representantes da comunidade	Cirurgiã-dentista da ESB e o Coordenador da ESF	2 meses após apresentação do projeto	Não iniciado		

Definido o plano de ação, a equipe tem que se dispor e utilizar instrumentos e mecanismos de monitoramento e avaliação de todas essas etapas para obter sucesso. “É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.79).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os esforços serão feitos para que as operações propostas no plano de intervenção sejam colocadas em prática, acreditando que as mesmas vão nos permitir enfrentar o problema da elevada demanda dos usuários pelos serviços de saúde bucal da unidade Saúde da Família de Conselheiro Lafaiete/MG. E, para isso uma etapa fundamental é fazer o acompanhamento e monitoramento proposto.

Além disso, uma etapa essencial no plano é fazer a avaliação permanente do mesmo visando a correção de rumos necessários, no momento oportuno. E para isso, pode ser utilizado alguns instrumentos, tais como questionários, a ser aplicado junto aos profissionais e comunidade assistida; a classificação de risco, que será realizada pelas equipes; acompanhamento do número de urgências atendidas; número de primeiras consultas realizadas; tratamentos concluídos e ações coletivas desenvolvidas. .

Acredito que os objetivos pretendidos neste trabalho podem ser alcançados. Embora reconheça que existem desafios para que os mesmos sejam alcançados plenamente, pois para garantir a saúde bucal como um direito de todos, é necessário ousar e assumir compromissos, não apenas técnicos, mas também políticos.

Assim pode-se concluir que:

- É possível organizar a demanda da ESB do PSF Santuário buscando um atendimento mais humanizado e de qualidade. Pois, o excesso de demanda ao serviço odontológico local decorre, também, da necessidade de habilitar nova ESB e ajustar a população adscrita ao recomendado pelo Ministério da Saúde. Embora, saibamos que esta questão não é apenas numérica;
- Para promover melhorias no processo de trabalho em saúde é necessário o compromisso com um trabalho integrado, multiprofissional e interdisciplinar. Assim, a capacitação de profissionais e o envolvimento dos gestores são fundamentais e integram a proposta.
- Contribuir para a qualidade de vida da comunidade é nossa função como

profissional de saúde, pois é através do empoderamento dela que terão mais conhecimentos para cuidar de sua saúde e de seus responsáveis. Assim, mobilizar a comunidade e seus líderes, envolver a escola no trabalho da ESF são ações contempladas neste plano de intervenção.

O estudo realizado mostra que para enfrentar a alta demanda pelos serviços de saúde bucal é necessário ter o processo de trabalho da ESB pautado no conhecimento das necessidades da população adscrita, no trabalho em equipe e para isso com equipes capacitadas, baseado em planejamento. Pois somente assim terá condições de impactar positivamente os indicadores de saúde bucal e promover de forma organizada e equânime, uma boa cobertura populacional.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006.

BARBOSA, A.A.A.; BRITO, E.W.G.; COSTA, I. C.C.; Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Cienc. Odontol. Bras.** v. 10, n. 3, jul/ set, p. 53-60. 2007.

BRAGA, S.C. **Saúde Bucal na estratégia de saúde da família: uma revisão de literatura visando a melhoria no acesso aos serviços de saúde bucal no município de Ibitiré, Minas Gerais.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- UFMG. Lagoa Santa. 2012.

BRASIL. **Estratégia Saúde da Família- Equipe de Saúde Bucal.** Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/estrategia_saude_da_familia.php>. Acesso em: 16 jan. 2014

BRASIL. **Lei Orgânica de Saúde nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, set. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Bucal.** Cad. Atenção Básica, n.17, 92p. Brasília. DF. 2008.

BRASIL. **Saúde da Família.** Atenção Básica e a Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

BRASIL. Departamento da Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_col>. Acesso em: 15 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Legislação citada anexada pela coordenação de estudos legislativos – CEDI. **Portaria nº 1444/GM**, de 28 DE DEZEMBRO DE 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, dez. 2000.

BRASIL. Portal do Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Disponível em: <dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>. Acesso em: 02 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Folder. **Política Nacional de Saúde Bucal- Programa Brasil Sorridente**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/folder_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2103.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, F. C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. Módulo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. NESCON. UFMG. Belo Horizonte. 2010.

CAMPOS, M.V.B. **Organização da demanda e do acesso ao tratamento odontológico através da classificação de risco**: um plano de intervenção para uma equipe de saúde bucal de estratégia de saúde da família do município de Jaboticatubas/ MG. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- UFMG. Lagoa Santa. 2013.

CARVALHO, H.M. **Introdução à teoria do planejamento**. São Paulo: Brasiliense, 1978.

CARVALHO, D.Q. *et al.* A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa saúde da família. **Boletim da Saúde**.v.18, n.1,jan/jun. Porto Alegre. 2004.

CYPRIANO, S. *et al.* **Saúde Bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999**. Rev. Saúde Pública. v.37, n.2, p.247-253. 2003.

COSTA, I.C.C.; ALBUQUERQUE, A.J. **Educação em saúde**. In: OLIVEIRA, A.G.R.C. *et al.* **Odontologia preventiva e social**: textos selecionados. Natal: EDUFRN; p.223-250. 1997.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D.L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, suppl.1, p. 1643-1652.

SILVEIRA FILHO, A.D. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. In: **Rev. Saúde da Família**, n. 6, p. 36. 2002.

IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

IBGE. **Notícias do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/noticias/>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

MINAS GERAIS. **Saúde Bucal**. Cad. Atenção Básica. Linha Guia de Saúde Bucal. 1 ed. Belo Horizonte. 2006.

OLIVEIRA, A.G.R.C. *et al.* Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.1, n.2,p.177-189. 1998.

PEREIRA, C. R.S. *et al.* **Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.985-996, mai, 2009.

PEREIRA, C. R.S. *et al.* **Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre os indicadores de saúde bucal:** análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28, n.3,p.449-462, mar, 2012.

PESSOA, L.A. **A inserção da equipe de saúde bucal no PSF e a construção da política nacional de saúde bucal-** um breve histórico. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Aplicações Complementares às Ciências Militares) - Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro. 2008.

REIS, D.P. **Proposta de protocolo de saúde bucal no âmbito da atenção primária.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - UFMG. Formiga. 2013.

REZENDE, F.M. **A classificação de risco como proposta de organização da demanda em uma equipe da saúde bucal da estratégia de saúde da família.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- UFMG. Formiga. 2010.

SILVEIRA FILHO, A.D. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. In: **Rev. Saúde da Família**, n. 6, p. 36. 2002.

SOUZA, T.M.S. **Saúde Bucal no Programa Saúde da Família:** uma avaliação do modelo assistencial. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal Rio Grande do Norte, Natal, Brasil, 2007.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família:** uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Pública, v.23, n.11, p.2727-2739, nov. Rio de Janeiro. 2007.

WIKIPEDIA. **Conselheiro Lafaiete.** Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/conselheiro_lafaiete>. Acesso em: 02 out. 2012.