

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FÁBIO ELPÍDIO SILVA

Gestão da Odontologia na Atenção Básica: desafios e perspectivas para plena qualificação dos serviços e mudança do paradigma de saúde bucal.

FOZ DO IGUAÇU  
2013

FÁBIO ELPIDIO SILVA

Gestão da Odontologia na Atenção Básica: Desafios e perspectivas para plena qualificação dos serviços e mudança do paradigma de saúde bucal.

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicado do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientador: Prof. Msc. Carmen Elizabeth Kalinowski

FOZ DO IGUAÇU  
2013

## Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as pessoas que de uma forma ou outra contribuíram à minha formação pessoal e profissional, com destaque para aqueles que trabalharam em prol da humanização dos processos de trabalho em que participei, pois considero o elemento chave para a atuação em saúde coletiva.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os envolvidos com este curso, Gestão Pública em Saúde – Universidade Federal do Paraná, que por ser modalidade EAD, Educação à distância, muitos ficaram anônimos, por trás de uma rede de computadores, que foi a nossa principal sala de aula e meio de comunicação. Aos envolvidos no PTI - Polo Tecnológico de Itaipu, que nos acolheram em nossos poucos encontros presenciais, mas de grande valor no tocante as orientações que somente a conversação direta nos fez sentir segurança e o aspecto da humanização do ensino.

*“A busca da qualidade dos serviços de saúde está em aproveitar os ruídos do cotidiano e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho”.*

Emerson Elias Merhy

## RESUMO

O presente trabalho constitui-se em um projeto técnico e faz primeiramente uma análise da situação atual da odontologia na Unidade de Saúde da Família Porto Belo, do município de Foz do Iguaçu – Paraná, com focalização nos processos de trabalho dos cirurgiões dentistas, e tem em vista a perspectiva de mudança do paradigma cirúrgico-restaurador para o paradigma de promoção de saúde bucal. Através da análise situacional será feito um planejamento de mudanças nas ações e serviços da odontologia, buscando atuação e planejamento com equipe multiprofissional, humanização, relacionamento positivo com a comunidade e melhoria da saúde geral da população. Os instrumentos constituídos pelo projeto devem guiar os profissionais da odontologia ao pleno atendimento das demandas oriundas do novo modelo de atenção em saúde: atender a integralidade. A melhoria das condições de saúde bucal da população se reflete na qualidade de vida da mesma, com a atual mudança no perfil epidemiológico da população mundial em que outros problemas de saúde bucal começam a ter relevância, dado o atual declínio da cárie no mundo todo. As recentes comprovações científicas da relação entre patologias bucais e patologias gerais tem despertado o interesse da medicina com a saúde bucal.

Palavras-chave: Gestão da odontologia, Odontologia na Atenção Básica, Qualificação da odontologia.

## **LISTA DE SIGLAS**

ESB – Equipe de Saúde Bucal.

USF – Unidade de Saúde da Família.

ABOPREV - Associação Brasileira de Odontologia Preventiva.

SIAB - Sistema de Informações da atenção Básica.

CDs – Cirurgiões dentistas.

ASBs – Auxiliares em saúde bucal.

EqSFs – Equipes de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde.

CPO-D - Índice de dentes cariados, perdidos ou obturados.

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.

DVSBu - Divisão de Saúde Bucal.

ONG - Organização Não Governamental.

PNE - Portador de necessidades especiais.

ACSs - Agentes comunitários de saúde.

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	1
	<b>1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>1</b>
	<b>1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO .....</b>	<b>2</b>
	<b>1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO .....</b>	<b>2</b>
	<b>1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO .....</b>	<b>3</b>
2.	REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA .....	4
3.	METODOLOGIA .....	9
4.	A ORGANIZAÇÃO .....	11
	<b>4.1 DESCRIÇÃO GERAL: .....</b>	<b>11</b>
	<b>4.2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA .....</b>	<b>13</b>
5.	PROPOSTA .....	14
	<b>5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA .....</b>	<b>16</b>
	<b>5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO .....</b>	<b>19</b>
	<b>5.3 – RECURSOS.....</b>	<b>21</b>
	<b>5.4 - RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>21</b>
	<b>5.5 - RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS .....</b>	<b>21</b>
6.	CONCLUSÃO.....	22
7.	REFERÊNCIAS .....	23

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Apresentação/Problemática**

O presente trabalho faz uma análise da situação atual da odontologia na Unidade de Saúde da Família - USF Porto Belo, município de Foz do Iguaçu – PR, com focalização em todos os processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal, ESBs, que configuram atendimento de atenção primária em saúde apenas, e tem em vista a perspectiva de construir um projeto de gestão da reorganização das ações e serviços de saúde bucal desta unidade orientado pela mudança do Paradigma Cirúrgico-Restaurador para o Paradigma de Promoção de Saúde Bucal, proposta pela Associação Brasileira de Odontologia Preventiva - ABOPREV.

A problemática verificada através de relatos de membros da comunidade (reclamações diretas), agentes comunitários de saúde e funcionários de outros setores (reclamações indiretas) que consistem em insatisfações e baixa credibilidade da comunidade com relação ao trabalho da odontologia: demandas de atendimento clínico programático e de urgência que se acumulam de forma insatisfatória na distribuição das vagas para o atendimento e a baixa produção com pouco entendimento pela comunidade do trabalho de prevenção em saúde bucal.

A Secretaria Municipal de Saúde, gestão central, destaca baixos índices dos indicadores no Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB/Saúde Bucal, como: atendimento a gestante, escovação supervisionada, primeira consulta odontológica e outros. Verifica-se na USF Porto Belo a inexistência de estratégias de trabalho multiprofissional e o baixo relacionamento com áreas intersetoriais na comunidade, o que fragiliza propostas de ações de prevenção em saúde bucal.

Em relação à estrutura física dos equipamentos pode-se colocar que é insuficiente, existe somente um consultório para uma demanda atual de três ESBs. A disponibilidade atual é de dois Cirurgiões Dentistas - CDs com dois Auxiliares em Saúde Bucal- ASBs, sendo necessário três CDs com três ASBs.

Muitas das metas para a Saúde Bucal do Plano Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, competência 2010-2013, não foram efetivadas, algumas delas de

competência exclusiva ou concomitante ao nível central e outras com possibilidade de efetivação somente com mudanças no nível local de gestão, as quais serão tratadas neste projeto.

## **1.2 Objetivo Geral do trabalho**

Elaborar uma proposta de mudança da gestão da odontologia nesta USF, com modificação e introdução de novos processos de trabalho e implementação de recursos, que terá em consequência melhoria da saúde bucal, geral e qualidade de vida da comunidade.

### **1.2.1 Objetivos Específicos do trabalho**

1) Aprimorar e mudar os mecanismos, instrumentos e principalmente os processos de trabalho da odontologia, tanto dos processos de atendimento clínico programático e de livre demanda, ações preventivas internas e na comunidade, e implantação de outros processos ainda inexistentes como o trabalho de equipe multiprofissional.

2) Aumentar quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde bucal bem como um melhor relacionamento e o estabelecimento de parcerias sólidas com áreas intersetoriais, principalmente a Educação.

3) Implementar a estrutura física e equipamentos de forma a possibilitar um número compatível de ESBs com as Equipes de Saúde da Família - EqSFs, no momento está na relação negativa de 02 (dois) para 03 (três).

4) Melhorar os déficits dos indicadores do SIAB, Sistema de informação da Atenção Básica, atualmente com baixos índices, principalmente de atendimento a gestantes, palestras educativas, primeira consulta odontológica e escovação supervisionada.

5) Recuperar a credibilidade com a comunidade é uma das metas importantes deste projeto, que poderá ser conquistada em médio prazo, e se dará pela

satisfação, confiabilidade e entendimento nas informações, ações e serviços prestado pelos profissionais envolvidos nas atividades desta unidade de atenção básica.

### **1.3 Justificativas do objetivo**

Desde a criação do Sistema Único de Saúde - SUS pela Constituição Federal de 1988 que o sistema de saúde tem passado por vários aprimoramentos na busca de cumprir os preceitos constitucionais de saúde coletiva, a constituição disse “o que fazer”, mas não “o como fazer”. Por meio de regulamentações, leis, portarias, normas operacionais, Pacto pela Saúde e outras publicações do Ministério da Saúde, bem como do Plano Municipal e Estadual de Saúde, e o planejamento local das ações e serviços, o Sistema foi sendo operacionalizado, “o como” vai tomando forma ao objetivo da saúde. Na realidade tudo tem sido um desafio para os profissionais, em especial os gestores: alcançar uma saúde bucal plena se insere na integralidade do cidadão, usuário do SUS.

A reorganização periódica dos processos de trabalho deve fazer parte da estratégia de atuação dos profissionais e gestores do SUS, pois mudanças do perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural acontecem; bem como o surgimento e não obstante a criação de tecnologias novas para o enfrentamento de desafios de saúde. Uma estratégia de enfrentamento de uma dificuldade em uma dada comunidade pode não ser bem aceita ou não ser eficaz em outra, necessitando uma nova abordagem do problema.

Os instrumentos, processos e estrutura constituídos pelo projeto técnico devem aparamentar os profissionais da odontologia ao pleno atendimento das demandas oriundas do novo modelo de atenção em saúde: atender a integralidade com humanização dos serviços, atuação e planejamento com equipe multiprofissional e relacionamento positivo com a comunidade e melhoria da saúde geral da população.

Além de produzir dor, sofrimento, perda de produtividade (absenteísmo) no trabalho e na escola, e de incapacitar os mais fortemente atingidos, gerando uma

legião de desdentados com severas limitações funcionais e sociais, as doenças bucais podem dar origem a diversas condições mórbidas que extrapolam a localização oral, a interligação de quadros bucais com doenças sistêmicas tem sido evidenciada em inúmeros trabalhos científicos nos últimos anos, correlacionando patógenos bucais com lesões sistêmicas (KRIGER, 2003).

## **2. Revisão teórico-empírica**

Analisar e julgar a prática da odontologia como um ramo da saúde pública e como um elemento do todo, considerando suas interligações com a sociedade da qual faz parte, com a economia e também porque não a política. Uma profissão deve ser avaliada pelo alcance dos objetivos para os quais foi criada: uma função social. Enquanto o objetivo primordial do trabalho de um cirurgião dentista é o de proporcionar uma boa saúde bucal a cada um de seus pacientes, para a odontologia como um todo, isso corresponde ao alcance de níveis ou padrões adequados de higiene para o conjunto da população de um país, de uma região ou de uma localidade. Paradoxalmente mede-se a saúde pela sequela da doença: escolheu-se usar no Brasil o CPO-D, Índice de dentes cariados, perdidos ou obturados. O sucesso pessoal no exercício da Odontologia não é e não deve ser incompatível com o alcance desses ideais, por mais que questionados. A saúde individual é a essência de todo o trabalho, mas aqui (saúde pública) é vista como um elemento componente do nível de saúde da comunidade á qual pertence (PINTO, 2008).

A resolução dos problemas de saúde bucal depende, em parte, das ações diretamente executadas pela odontologia, a qual tem em mãos apenas uma parcela, muito pequena, dos meios e do poder necessários para manter sob controle as questões que estão em sua área de influência (PINTO, 2008).

Uma multiplicidade de variáveis extra-odontológicas condiciona a existência ou não das doenças e influi no ritmo e na velocidade em que elas se expandem. O desenvolvimento econômico, a ideologia do Estado, a forma de organização do governo, o nível educacional da população, assim como os padrões de cultura e de tradição popular que regulam a formação de hábitos alimentares e as condutas de higiene pessoal e coletiva, têm relação íntima com o processo saúde-doença (PINTO, 2008).

É verdade que a odontologia sofre menos o impacto das influências externas do que a medicina, principalmente porque os problemas de maior prevalência que afetam os dentes e suas estruturas de suporte podem ser controlados pelos instrumentos disponíveis, ao contrario de muitas doenças gerais (alcoolismo, alguns cânceres, doença de chagas e a própria desnutrição, por exemplo) que progridem e provocam números crescentes de vítimas mesmo diante de condições favoráveis de prática profissional (PINTO, 2008).

A manutenção de fortes desigualdades dentro de uma mesma nação faz com que, em particular no caso da América Latina, haja um agudo descompasso entre as pessoas no que diz respeito ao acesso a bens essenciais para a sobrevivência, entre os quais se inclui o acesso a serviços básicos de saúde (CEPAL, 1997; BELLINI e PINTO, 1997; PINTO 1995).

Como parte de um quadro de dificuldades econômicas, a prática odontológica, baseada em um modelo perverso de organização, com frequência termina por concentrar a oferta de serviços junto aos grupos de média e alta renda, resultando, então, no estreitamento do alcance dos avanços tecnológicos que terminam por beneficiar apenas as camadas economicamente mais favorecidas da população (PINTO, 2008).

A dieta de cada indivíduo se dá em função do seu poder aquisitivo e também dos costumes e tradições da comunidade em que vive. Em um país como o Brasil, de economia açucareira por excelência desde a época do descobrimento, as camadas populacionais de baixa renda consomem produtos á base de hidratos de carbono em proporções elevadas porque essa é uma fonte de energia muito mais acessível do que alimentos não cariogênicos mais caros; levando também em conta uma politica de influencia de preços pelo governo justamente em produtos relacionados á cárie dental. No outro polo as pessoas de renda elevada o fazem porque estão habituadas aos açucars e porque têm recursos para comprar artigos mais bem elaborados que lhes são oferecidos com maior apelo mercadológico (PINTO, 2008).

Diante desse quadro, afigura-se como essencial a ampliação dos horizontes de interesse e de atuação dos que trabalham na área odontológica, levando-os a se transformarem em agentes catalisadores de mudanças sociais e econômicas que favoreçam a melhora dos níveis de saúde geral e de saúde bucal das comunidades sob seus cuidados. Medidas como a democratização do acesso à profissão e a

remoção das barreiras sociais e financeiras que distanciam entre si pacientes e prestadores de serviços odontológicos, uma vez implementadas, podem modificar favoravelmente a situação de desnivelamento de oportunidades que ainda domina grande parte das sociedades atuais (PINTO, 2008).

A espera por um desenvolvimento global que reduza as desigualdades entre os homens, que atenda as necessidades básicas da maioria e que solucione indiretamente os problemas de saúde geral e bucal, constitui uma posição passiva e cômoda que favorece a manutenção do *status quo*, contrapondo-se a ideia mestra de que cada trabalhador do setor odontológico deve transformar-se em um ator realmente ativo nesse processo de desenvolvimento. Identificar as verdadeiras causas que impedem a obtenção de bons níveis de saúde por parte da população e agir para a sua superação é, enfim, a missão maior da Odontologia ou da saúde bucal coletiva (PINTO, 2008).

Cabe ainda lembrar que a saúde bucal é um componente indissociável da saúde geral e que o setor saúde em seu todo constitui parte natural da vida cotidiana de cada comunidade (WHO, 1990). Agir de forma isolada, fechando-se às relações e influências das demais ciências ou deixando de participar das lutas políticas que movem as sociedades humanas, é o caminho mais rápido para o insucesso de uma boa política de saúde bucal, por mais bem elaborada em termos técnicos que esta seja (PINTO, 2008).

A odontologia conseguiu avanços muito significativos tanto no diagnóstico e tratamento das patologias orais, quanto no campo da prevenção. Impõem-se, de agora em diante, o desafio de colocar esses avanços da ciência a serviço de todos ou da maioria, estruturando um sistema de atendimento que seja adequado, acessível e aceito por pacientes e profissionais e que responda as necessidades da sociedade (WHO, 1990).

A abordagem tradicional focalizada no tratamento das cavidades influenciou a prática odontológica em diversas partes do mundo, convencionou-se uma alternativa mecânica para solucionar problemas relacionados a uma doença bacteriológica. Durante muito tempo o cirurgião-dentista considerou o tratamento restaurador como tratamento definitivo, apesar das evidências contrárias, pois o processo bacteriológico prosseguia e surgiam novas lesões de cárie e/ou cárie secundária. A odontologia restauradora tradicional apenas ganhava tempo, criando um novo problema: a manutenção e a re-restauração do dente restaurado, formando o dilema

“Ciclo Restaurador Repetitivo”. Uma grande quantidade de tempo clínico do dentista é gasto em refazer restaurações (KRIGER, 2003).

Com as descobertas científicas a respeito da etiologia e possibilidade de controle da cárie dental através de fluoretos, dieta e higiene oral; e o descrédito ao hegemônico Paradigma Cirúrgico-Restaurador que não conseguiu resultados em melhora da saúde bucal surge o novo Paradigma de Promoção de Saúde Bucal, proposto pela ABOPREV, engajado no ideário da Reforma Sanitária e da criação do SUS pela Constituição de 1988. Com isso, os procedimentos conservadores e de promoção de saúde tomam força na odontologia com vistas a superar o Paradigma Cirúrgico Restaurador, ainda prevalente no Brasil (KRIGER, 2003).

A apropriação e a aplicação prática de técnicas adequadas à saúde coletiva e ao perfil epidemiológico da população assistida tem sido uma das preocupações do Ministério da Saúde e das principais entidades de educação profissional da saúde no Brasil. As Diretrizes Curriculares Nacionais da Odontologia em 2002, e os Polos de Educação em Saúde em 2003/2004, Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e outros processos recentes de capacitação e qualificação são estratégias que surgiram no esforço de reorientação da formação dos profissionais da saúde dentro da necessidade de aproximação da formação com o campo de trabalho, pois é marcante o abismo entre o perfil de formação profissional da odontologia e as necessidades sociais da profissão (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A busca por tecnologias com aplicabilidade para a saúde coletiva tem impulsionado trabalhos científicos no Brasil e no exterior. A difusão, apropriação e a prática dessas tecnologias através dos princípios da educação permanente e continuada tem sido um desafio para o Ministério da Saúde que tem usado inúmeros esforços para consolidação do SUS e da Estratégia de Saúde da Família como diretriz da Atenção Primária em Saúde no Brasil. Paradoxalmente, observamos uma produção de tecnologias e produtos que atendem mais ao apelo mercadológico das grandes corporações multinacionais e que tem pouca relação com as reais necessidades de saúde da população e a orientação pelo modelo epidemiológico (PINTO, 2008).

A evolução e crescente complexidade das práticas que organizam o trabalho em saúde, com a incorporação de novas tecnologias em ritmo acelerado, muitas vezes com discutível aplicabilidade, vêm estabelecendo padrões mutáveis do

trabalho nesse campo, envelhecendo rapidamente os cenários estabelecidos para a sua realização. É preciso estar atento ao fato de que grande parte dos conhecimentos e técnicas, recomendáveis hoje, poderá estar em desuso dentro de uma década, e que, portanto, mais importante que transmitir conhecimento é criar hábitos e métodos que valorizem o auto aprendizado, a permanente inquietação e a abordagem crítica dos conhecimentos pelos profissionais em atividade no campo da saúde (CAMPOS e BELISÁRIO, 2001).

Pensando no processo de trabalho, a definição do campo de atuação da ESB na Saúde da Família é um dos desafios das equipes de Atenção Básica. As ações de Saúde bucal integram o rol de atividades voltadas à promoção da qualidade de vida de determinada comunidade. Para tal, é necessário conhecer a realidade desta comunidade na qual a equipe esta inserida, buscando definir claramente seus principais problemas de saúde, suas fragilidades coletivas, seus riscos. Por outro lado, é importante também definir suas fortalezas, sejam estruturais como a existência de organizações, públicas ou não, que ampliam acesso a bens e serviços, ou culturais, como quando há um saber popular tácito que produz melhorias nas condições de saúde, alimentação, uso de plantas medicinais e outras). A Atenção em Saúde Bucal como pratica que integra as equipes de Saúde da Família, além de resolver os problemas de saúde-doença bucal instalados, também devem interferir diretamente nos seus fatores determinantes (MOYSÉS, KRIEGER, MOYSÉS, 2008).

No conhecimento da população do território, três grupos de fatores são determinantes do processo saúde-doença bucais: os biólogos, as condições de vida e os estilos de vida. Os biólogos referem-se às questões da placa bacteriana, dos processos de (des) remineralização, da capacidade de recomposição do pH, da presença constante de flúor, do ciclo biológico e a exposição aos fatores de risco. As condições de vida referem-se: ao saneamento básico, acesso a agua fluoretada, acesso aos serviços de saúde e educação, à organização destes serviços, ao poder aquisitivo, ao tipo de moradia, as politicas públicas. Os estilos de vida referem-se: ao autocuidado (escovação, fio dental e alimentação), aos aspectos culturais (valores e conceitos), acesso e uso da informação, motivação, autoestima, às oportunidades para fazer escolhas e à experiencia anterior acumulada. Portanto, interferem nos determinantes do processo saúde doença bucais dimensões de ordem coletiva e individual, e atuando sobre esta diversidade é que devem se organizar as práticas

das equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família (MOYSÉS, KRIEGER, MOYSÉS, 2008).

A Atenção Básica organizada por meio da Saúde da Família deve constituir o primeiro contato para a comunidade adstrita, configurando-se como o principal vínculo deste usuário com o sistema hierarquizado e regionalizado, e deve ser resolutiva. É a equipe de Saúde da Família que efetiva uma atenção permanente aos cidadãos e suas famílias em que, estejam em qualquer um dos demais serviços de saúde do sistema, esta equipe sabe, acompanha e coordena este trânsito. A Equipe de Saúde da Família é responsável pelo seguimento e tratamento após internação ou consulta especializada, traduzindo a ideia de “coordenação” referida por Mendes (2001). A equipe de Saúde da Família é, portanto, corresponsável pelo processo saúde doença em sua comunidade. É imprescindível que ela faça parte de um sistema que garanta acesso à atenção especializada e hospitalar sempre que necessário. A estruturação da rede básica de saúde a partir da ESF é uma alternativa para efetivar estas novas práticas em saúde, desde que na reinvenção destas práticas, incorporem-se tecnologias que colaborem para se construir um novo modo de agir, também na clínica (MOYSÉS, KRIEGER, MOYSÉS, 2008).

Pensar em uma mudança de paradigma é uma tarefa complexa, pois a Equipe de Saúde Bucal começa a se envolver com a produção do cuidado e se neste momento inicial se sentir sozinha, sem o apoio da gestão central e local, não será capaz de muita mudança, necessitará de apoio dos outros componentes da unidade, e também entendimento com a comunidade, que em primeiro momento exige aumento do atendimento clínico, procedimentos em consultório, sem compreender as suas próprias reais necessidades de saúde.

### **3. Metodologia**

A metodologia utilizada neste projeto é a do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, totalmente compatível com o contexto dos desafios a enfrentar para efetivação da proposta de mudança na gestão da odontologia nesta USF. Para obtenção das informações necessárias a construção deste projeto foi realizada observação dos desafios e necessidades, escuta de problemas e reclamações direta dos usuários e indireta com outros trabalhadores desta unidade, pois o elaborador faz parte de uma das ESBs atuando como Cirurgião Dentista;

também foi utilizada a pesquisa documental interna e externa. As informações tiveram análises quantitativa e qualitativa, dependendo do seu escopo. As necessidades e os desafios escolhidos para enfrentamento foram selecionados pela relevância equacionada com possibilidades de ação e obtenção de recurso.

A aprovação da quase totalidade dos elementos do projeto está na dependência do gestor da Divisão de Saúde Bucal – DVSBu, subdivisão da gestão central a Secretaria Municipal de Saúde, alguns quesitos dependem da gestão central como as capacitações de equipes, a realização de muitas atividades depende da autorização e mobilização do gestor local, a realização efetiva fica dependendo dos integrantes das 02 (duas) ESBs existentes nesta Unidade. Com a comunidade será devida ser feita uma recuperação do relacionamento através de reuniões conjunta com os profissionais da USF Porto Belo, no atual momento reuniões não são realizadas. O principal produto do projeto é a gestão da odontologia com mudança nos processos de trabalho por meio de:

- A) Adoção gradativa dos princípios do novo Paradigma de Promoção de Saúde Bucal;
- B) Reorganização da demanda odontológica,
- C) Trabalho em Equipe multiprofissional;
- D) Relacionamento com a comunidade: todas as mudanças e adequações serão justificadas, negociadas e reavaliadas antes de sua implantação.
- E) Melhoria dos indicadores do SIAB através de estratégias específicas para a melhoria de cada um.

#### Cronograma Básico de Elaboração do Projeto.

1) Coleta de informações dentro da USF Porto Belo, Secretaria Municipal de Saúde, Agentes comunitários de Saúde, comunidade, banco de dados disponíveis nos sítios do Ministério da Saúde. Verificar desafios já reconhecidos e os não percebidos, metas para o biênio, propostas e perspectivas de melhoria na atenção em saúde bucal;

- 2) Análise das informações obtidas;
- 3) Planejamento das ações possíveis e recursos requeridos;
- 4) Definição dos responsáveis e rede de colaboradores;

5) Negociação para verificar a viabilidade, governabilidade e possibilidades das ações e recursos, bem como as fragilidades e dificuldades a serem enfrentadas;

6) Execução das ações com cronograma, (capacitações, oficinas, reuniões internas e externas, atividades de prevenção, seminários e ações de saúde bucal);

7) Reavaliação e mudanças no planejamento de acordo com a realidade sentida;

8) Monitoramento e avaliação das ações: resultados obtidos.

#### 4. A Organização

A Unidade de Saúde da Família Porto Belo – SMS/PMFI.

##### 4.1 Descrição geral:

A Unidade Básica de Saúde Porto Belo, localizada na Av. Zacaria Vitalino da Silva, s/n – Jd. Irma, caracterizada como uma unidade de Atenção Primária em Saúde, Integrante do Distrito Sanitário Itaipu (Norte), e conta com 03 (três) EqSFs - Equipes de Saúde da Família com apenas 02 (duas) ESBs - Equipes de Saúde Bucal, relação deficitária de 03 (três) para 02 (duas), abaixo o Quadro 01 com a distribuição populacional das EqSFs.

Quadro 01 Recursos Humanos, famílias cadastradas e população atendida na USF Porto Belo, Município de Foz do Iguaçu-PR, 2013.

	Recursos Humanos	Famílias Cadastradas	População Atendida	Recursos Humanos ausentes
Equipe 01	1 enfermeiro, 1 médico, 2 auxiliares de enfermagem e 6 ACS, 1 CD e 1 ASB.	853 famílias	3412	
Equipe 02	1 enfermeiro, 1 médico, 2 auxiliares de enfermagem e 6 ACS, 1 CD e 1 ASB.	870 famílias	3480	
Equipe 03	1 enfermeiro, 1 médico, 2 auxiliares de enfermagem e 6 ACS.	900 famílias	3600	1 CD e 1 ASB

Fonte: Cadastro interno da USF Porto Belo (2013).

A USF Porto Belo possui uma área de abrangência territorial extensa, envolvendo 03 (três) grandes bairros: Porto Belo, Jardim Califórnia e Jardim Itaipu. No aspecto de territorialização, a população da área oficial de abrangência está toda cadastrada em um sistema informatizado, mas existe também uma demanda “fora de área”: crescimento vegetativo dos bairros, população sem ligação territorial oficial a esta unidade, mas que tem de ser atendida aqui e constitui uma demanda extra para toda a USF Porto Belo, esta demanda fora de área faz extrapolar o limite recomendado no PNAB 2012 de 12 (doze) mil pessoas para o território da USF bem como faz extrapolar o limite de 4 (quatro) mil pessoas por EqSF. A construção de novas USFs e o reordenamento ocupacional da região de mata ciliar do Rio Paraná com realocação desta demanda é a melhor alternativa para este desafio.

No que se refere ao saneamento, 100% da população recebe água tratada, 69,3% possui rede de esgoto, segundo dados gerais do município (Foz do Iguaçu, 2010). A população da região é caracterizada por trabalhadores na prestação de serviço do setor terciário: trabalhadores do comércio, construção civil e da economia informal, os arredores dos bairros principais sofreram grandes invasões, existem moradores em situação bem crítica no aspecto socioeconômico, principalmente nas moradias que margeiam o Rio Paraná, limite da área de abrangência da Unidade de Saúde.

Existem 03 (três) ONGs, Organizações Não Governamentais, com finalidade de tratamento de dependentes químicos, com suas clínicas de tratamento dentro da área de abrangência da USF Porto Belo, sendo que os serviços de saúde a estes dependentes são procurados nesta Unidade.

Uma situação a ser considerada é a questão dos brasiguaios: apesar de residirem no Paraguai, terem filhos nascidos no Paraguai, estes brasileiros mantêm seus vínculos afetivos e familiares com o Brasil, especialmente com os municípios do oeste paranaense, participam de eleições e visitam cotidianamente seus familiares que residem no lado de cá da fronteira ou mesmo possuem uma residência aqui e com regularidade utilizam os serviços de saúde do SUS. A odontologia no Paraguai é extremamente onerosa e tanto os adultos como as crianças oriundas deste chegam em situação precária no tocante a saúde bucal, demandando muito atendimentos clínicos para solução de problemas acumulados.

Há um gestor local, Gerente da Unidade com responsabilidade maior sobre questões administrativas de todos os que trabalham na Unidade, as questões

técnicas são tratadas com as divisões específicas localizadas no âmbito central, a Secretaria Municipal de Saúde; para a odontologia temos a DVSBu, Divisão de Saúde Bucal, com um Coordenador que orienta todas as diretrizes das ações, serviços e processos de trabalho. As reuniões de equipe são realizadas com frequência não programática, geralmente acontecem em razão de algum problema grave ou necessidade de difusão de informação e assumem um caráter meramente administrativo, raramente abordagens de situações técnicas e problemáticas de casos são abordadas, poucos trabalhos multiprofissionais acontecem, de forma isolada e geralmente envolvendo apenas 02 (dois) ou 03 (três) profissionais.

As instalações físicas (estrutura predial) são antigas, mas estão servindo ao propósito atual, todos os enfermeiros, médicos e técnicos em enfermagem tem sala/consultório próprio, tem sala de imunização padrão, farmácia, recepção, acolhimento, sala de esterilização, expurgo, cozinha, banheiros; mas a odontologia tem 02 (dois) cirurgiões dentistas e apenas um consultório odontológico, o qual é utilizado no turno da manhã por um dentista e a tarde por outro, existe um escovódromo com três pias com razoável conservação. As ações preventivas estão sendo realizadas nas escolas, todas possuem escovódromos ou pias que se prestam a realização de aplicação de flúor e escovação supervisionada. Existe um espaço na Unidade, uma sala sem utilização, que pode ser usada para a instalação de mais dois consultórios odontológicos.

A escala de trabalho dos Cirurgiões Dentistas atende o seguinte esquema: 05 (cinco) turnos de atendimento clínico com 02 (dois) de atividades preventivas e relacionadas com a comunidade: Visita nas escolas para orientação e escovação supervisionada, visita domiciliar, palestra na comunidade geralmente realizada nas escolas e entidades existentes.

#### **4.2 - Diagnóstico da situação-problema**

A insatisfação da comunidade em relação ao atendimento odontológico tanto em qualidade como em quantidade, bem como relacionamento fragilizado entre os profissionais das diferentes especialidades atuantes nesta unidade, as instalações físicas são antigas, atendem ao propósito atual, mas necessitam reforma e ampliação dada à necessidade de instalação de 03 (três) consultórios odontológicos para o pleno atendimento da demanda. Nesta região temos 03 (três) CMEIs, Centro

Municipal de Educação Infantil, e 04 (quatro) Escolas de Ensino Fundamentais sendo 03 (três) municipais e 01(uma) estadual, totalizando uma população de escolares em torno de 700 (setecentas) crianças.

No período de janeiro a setembro de 2013, a unidade contava apenas com um Cirurgião Dentista, o tradicional trabalho de prevenção nos escolares ficou prejudicado no ano de 2013 e deve ser planejado para 2014 para garantir atendimento à totalidade de escolares. O atendimento a urgência e emergência odontológica, a partir do ano 2013, teve sua porta de entrada principal direcionada na Atenção Básica, o que fez serem repensados alguns aspectos técnicos do atendimento.

As situações descritas acima influenciaram os indicadores do SIAB odontológico desta unidade, que estão baixos, necessitando uma nova estratégia de atendimento das demandas da comunidade. No Plano Municipal de Saúde, competência 2010-2013, existe uma série de justificativas para a situação de pouco avanço da Atenção Básica no Município de Foz no biênio anterior (2008-2010), e entre as situações apontadas é importante destacar: “dificuldade de composição de um quadro gerencial adequado em nível de distritos sanitários e unidades de saúde”; e também “Rotatividade alta de profissionais no Pronto Atendimento e atenção básica, dificultando maturação dos fluxos da rede local”; são dois problemas que merecem uma abordagem singular por parte da gestão central. Estava previsto ampliação e reforma de 14 (quatorze) unidades de saúde, mas a USF Porto Belo não estava incluída (Plano Municipal de Saúde - Foz do Iguaçu-PR, 2010-2013).

## **5. Proposta**

Introduzir mudança nos processos de trabalho, começar pela análise situacional e realizar planejamento com conseqüente implantação gradativa dos novos processos. Relacionamento com comunidade: todas as mudanças e adequações serão justificadas, negociadas e reavaliadas antes de sua implantação. Executar projeto de expansão da estrutura de atendimento odontológico para 03 (três) consultórios e 03 (três) ESBs completas.

Com relação à Atenção em Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, tomaremos por base as adequações propostas na publicação da Coordenação

Nacional de Saúde Bucal: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal-2004, que faz referência aos processos de trabalho das ESBs com as adequações:

**1. Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo; 2. Integralidade da Atenção; 3. Intersetorialidade;**

**4. Ampliação e Qualificação da Assistência:**

a) maximizar a hora-clínica do CD para otimizar a assistência – 75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência. De 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). As atividades educativas e preventivas, ao nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, supervisão e avaliação implicam participação e responsabilidade do CD;

b) garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização;

c) Adequar a disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local.

**5. Condições de Trabalho; 6. Parâmetros.** (BRASIL, 2004, p. 6).

O item 4 (quatro) será amplamente explorado neste projeto técnico, pois a maior parte das ações propostas utilizarão o tempo dedicado às outras atividades que não a assistência. Também serão tomadas como referência as metas relacionadas no Plano Municipal de Saúde, competência 2010-2013, mostradas na figura 01 abaixo.

<u>Objetivo/Ação</u>	<u>Meta</u>	<u>Período</u>
	Manter expansão das equipes de saúde bucal, das atuais 21 equipes para 40 equipes em 2013;	2010-2013
	Diminuir índices de CPOD encontrados no SB 2009/2010, crianças, adolescentes e adultos;	2010-2013
	Manter a distribuição dos kits de Saúde Bucal para as escolas Municipais e CEIs;	2010-2013
	Diminuir índices de doenças bucais em crianças, utilizando os levantamentos epidemiológicos anuais das escolas e CEIs;	2010-2013
	Aumentar o nº. de profissionais da área (cirurgião dentista, THD e ACD), em virtude da expansão das equipes da saúde da família;	2010-2013
	Maior intercâmbio com profissionais de áreas afins havendo uma capacitação destes, com o objetivo de criar um efeito multiplicador na área de educação em saúde bucal.	2010-2013

Figura 01: Metas para Saúde Bucal no Plano Municipal de Saúde - Foz do Iguaçu-PR (2010-2013).

## 5.1 Desenvolvimento da proposta

O desenvolvimento da proposta se dará através da mudança nos processos de trabalho da odontologia e da própria USF através de:

A) Adoção do novo paradigma de promoção de saúde bucal:

O princípio da valorização de uma abordagem preventiva, mesmo naquelas situações de urgência e emergência, em que a clara informação ao usuário de que a prevenção é fácil, de baixo custo e eficaz deve ser enfatizada e valorizada. Tanto situações individuais quanto coletivas devem seguir este princípio.

### **Ação Efetiva 01 (um).**

Realizar divisão das escolas e creches entre as ESBS e realizar levantamento epidemiológico nos escolares (0 a 14 anos), e usar as informações para planejar as ações de atendimento, concentrar as ações preventivas e curativas nas crianças com alto índice de cárie em relação à média dos dados da região sul: CEO-D> 2,46 e CPO-D>1,53 (SB Brasil, 2010). Enviar carta-convite para as crianças que estiverem com problemas bucais acima dos índices normais da região Paraná (SB Brasil, 2010).

Prazo: 60 (noventa) dias para levantamento e início de ações.

Recurso: Tempo das visitas nas escolas, estimado 03 (três) dias total, para exame e material de anotação e cálculos dos índices por computador, mais 02 (dois) dias para emissão das cartas convite.

### **Ação Efetiva 02 (dois).**

Realizar escovação supervisionada nos usuários em consulta clínica, obrigatória para os pacientes 0 (zero) a 14 (quatorze) anos, gestantes e também em todos os outros pacientes com dificuldade de remoção de placa e de alto risco a problemas gengivais e cárie.

Prazo: início imediato desta ação.

Recurso: Escovas e creme dental, solicitado para os pacientes trazerem de casa, e alguns casos de maior carência será fornecido o material.

**Ação Efetiva 03 (três).**

Realizar palestra odontológica para abertura de carteiras de atendimento nos escolares (0 a 14 anos), os pais das crianças classificadas como de alto risco/índice serão notificados por carta, será feita uma parceria entre a direção das escolas e o centro de assistência social da área abrangida para coibir a negligência dos pais com o tratamento e medidas de prevenção.

Prazo: Início logo após a conclusão da Ação Efetiva 01 (um), com realização periódica de palestras, aproximadamente uma a cada 90 dias.

Recurso: Sala de aula das Escolas, porque a USF Porto Belo não tem sala para Educação em Saúde com capacidade boa para este fim.

**B) Reorganização da demanda:**

Instituir a Organização da demanda pelos ciclos de vida do indivíduo como preconizado no Caderno de Atenção Básica – Saúde Bucal - do Ministério da Saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2006).

**Ação Efetiva 04 (quatro).**

Elaborar uma nova sistemática de organização da demanda, negociada com a comunidade, justificando as bases técnicas e legais do novo formato, vagas para atendimento a urgências e emergências deve ser mantido. O princípio do acolhimento deve ser incorporado e a porta de entrada comum com a medicina e enfermagem deve ser viabilizada, gestantes farão uma consulta de orientação obrigatória no pré-natal.

Prazo: 90 (sessenta) dias para definição do formato, colocar em pauta a justificativa técnica da nova sistemática em reunião com a comunidade.

Recurso: Acolhimento, pessoal e material já existente na USF Porto Belo.

**C) Trabalho em Equipe multiprofissional:**

Fomentar o trabalho multiprofissional através de reuniões, estudo de caso e ações conjuntas com as outras especialidades em atuação na unidade e também fora do âmbito desta.

**Ação Efetiva 05 (cinco).**

A partir da reunião geral da USF, estabelecer ações conjuntas com outros profissionais e sustentar uma proposta de reunião multiprofissional para estudo de caso, com cronograma e metas de produção; elaborar propostas a gestão central de qualificação a todos da equipe multiprofissional de acordo com as necessidades sentidas com os estudos.

Prazo: 90 (noventa) dias para sustentação da proposta, sensibilização e efetivação dos trabalhos, divulgação do cronograma, envolvimento dos participantes e início da utilização, na sequência dos estudos elaborar projeto conjunto de qualificação.

Recurso: Profissionais e material já existente na USF Porto Belo, curso e oficinas demandarão recursos dependentes de projeto enviado à gestão.

**D) Relacionamento com a comunidade:**

Os encontros com a comunidade devem ser periódicos e nunca somente na ocorrência de problemas ou no momento da execução de ações, o controle social deve ser estimulado pelos profissionais em atuação nesta unidade.

**Ação Efetiva 06 (seis).**

Sustentar uma política de relacionamento transparente e positivo com a comunidade, pois atualmente o relacionamento só se efetiva pela negatividade: reclamações e solicitações de demandas trazidas ao conhecimento pelos canais da ouvidoria do SUS municipal. O estabelecimento de reuniões periódicas para informações e escuta das necessidades sentidas pela comunidade.

Prazo: 90 (noventa) dias para sustentação da proposta com gestão local e central, sensibilização e envolvimento dos profissionais prestadores de serviço e credibilização com a comunidade.

Recurso: Local para realização das reuniões com espaço compatível com o número de participantes, utilização de uma escola, salão comunitário ou ginásio coberto.

E) Expansão da estrutura de equipamentos e recursos humanos.

#### **Ação Efetiva 07 (sete).**

Elaborar um projeto de expansão da estrutura de equipamento para 03 (três) consultórios odontológicos, pois espaço físico (sala) para este já existe e contratação de mais um dentista e Auxiliar em Saúde Bucal, expandindo para 03 (três) ESBs completas e estruturadas.

Prazo: 90 (noventa) dias para elaboração do projeto com orçamento financeiro, mas a efetivação dependerá de decisão técnico-política no nível central.

Recurso: Necessitara recurso financeiro estimado pelo projeto, concurso ou contratação de pessoal para os recursos humanos.

## **5.2 Plano de implantação**

Estratégia de implantação se dará pela análise a adequação do plano em consenso entre o Gestor local e as Equipes de Saúde Bucal, após, a comunidade deverá ser avisada e ouvida sobre o novo processo de trabalho da odontologia através de momento oportuno de reunião. Nenhum resultado é obtido com mudanças implantadas de forma brusca, a implantação deve ser gradativa e com adequações a realidade sentida. A responsabilidade de efetivação ficara dividida entre o gestor local e a Equipe de Saúde bucal, o monitoramento será conjunto e o principal indicador será a opinião da comunidade. As ações efetivas planejadas não serão implantas com rigidez de sequência e prazo, mas sim aproveitando momentos favoráveis ao seu início, aceitação e intensificação/rotina de cada atividade proposta. Os trabalhos multiprofissionais dependeram do engajamento de outras categorias profissionais, com maior necessidade de entrosamento inicial serão a enfermagem, pelo direcionamento de gestantes em pré-natal para uma primeira consulta odontológica de orientação e visita domiciliar nos mesmo pacientes (acamados e PNE, portadores de necessidades especiais); e a área de nutrição para palestras em conjunto, pela relação direta com a prevenção em saúde bucal: fator determinante.

### QUADRO DAS ETAPAS PLANO DE IMPLANTAÇÃO

<b>ETAPA</b>	<b>ESTRATÉGIA</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>MONITORAMENTO</b>
Coleta de informações e elaboração do plano completo.	Buscar informações internas e externas a USF, outros profissionais e Gestão Central.	Elaborador do Projeto Técnico.	Prazo estipulado 60 dias, básico de informações necessárias.
Apresentação do Projeto e sua aprovação.	Protocolar pelas vias oficiais e buscar apoio da comunidade e de outros profissionais.	Coordenador da DVSBu.	Tempo de espera; aprovação total, parcial ou não aprovação.
Apresentação do Projeto as duas ESBs e depois para toda USF e comunidade.	Reunião interna, Reunião geral, Reunião com a comunidade. Sensibilização	Gestor local.	Reação de cada setor com o Projeto.
Início das novas práticas em Saúde Bucal.	Início gradual e total orientação dos envolvidos.	ESBs.	Imediato, reação dos usuários e da comunidade.
Início dos trabalhos multiprofissionais.	Primeiros passos serão através da reunião geral da USF, depois haverá uma reunião específica.	Gestor local	90 dias, envolvimento total ou parcial dos outros profissionais.
Reunião com a comunidade	Estabelecer periodicidade	Gestor local.	Aspectos negativos, positivos e deliberações comuns.
Reunião de avaliação interna (ESBs)	Estabelecer periodicidade, monitoramento e avaliação dos novos processos.	ESBs	Aspectos negativos, positivos e conduta frente a desafios não esperados.
Reunião de avaliação toda USF	Estabelecer periodicidade, ouvir o impacto dos novos processos.	Gestor local	Atentar para a avaliação dos não envolvidos diretamente nas ações.
Eventos de capacitação	Buscar apoio da gestão local e de outros profissionais	Gestor Central	Mudanças nos processos de trabalho de outros profissionais

### **5.3 – Recursos**

Recursos humanos: os existentes na unidade, com apoio para ampliação do quadro com mais profissionais. (mais um dentista e auxiliar)

Recursos financeiros: material de atendimento clínico existe em suficiência e o material para prevenção, escovas e creme dental já existem também em quantidade suficiente. Poderá surgir alguma necessidade de reposição e incremento de recursos audiovisuais. Também se fara necessário à ampliação para mais 02 (dois) consultórios odontológicos.

Recursos Técnicos: Materiais audiovisuais, já existentes (macromodelo odontológico e álbum seriado), mas que podem ser implementados; e atividades de capacitação, que necessitarão decisões a nível central para se efetivarem.

### **5.4 - Resultados esperados**

O principal resultado, em curto prazo, será a satisfação da comunidade, a melhora da organização da demanda, melhor satisfação no atendimento clinico e aumento da cobertura preventiva; alguns casos de atendimento multiprofissional também terão visibilidade imediata de resultado. A maior parte dos resultados em melhoria de saúde bucal será visível a médio e longo prazo.

### **5.5 - Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas**

- 1) A não concordância da gestão em utilizar o projeto.

Correção: modificação do projeto e das justificativas com busca de apoio politico da comunidade para efetiva-lo, ou utilização parcial do mesmo somente com as mudanças no processo de trabalho.

- 2) Não adesão por parte dos outros profissionais da unidade.

Correção: sensibilização dos outros profissionais e cobrança pela gestão e pela comunidade ao engajamento de todos.

- 3) Criticas da comunidade ao novo processo de trabalho.

Correção: reunião e melhor expositiva dos benefícios em saúde e qualidade de vida com a mudança a ser efetivada.

- 4) Falta de recursos.

Correção: buscar apoio politico e comunidade para sensibilizar a gestão central, melhorar o projeto dos recursos e também buscar uma fonte alternativa.

## 6. Conclusão

Existe uma boa perspectiva para efetivação deste projeto, já que a maior parte das propostas contidas aqui não necessita de recursos financeiros, pois são mudanças nos processos de trabalho e ações e serviços que já estão sendo executadas com menor intensidade e tem recursos e oportunidades factíveis de imediato ou em curto prazo. A implementação para 03 (três) Equipes de Saúde Bucal demanda recursos humanos e financeiros para aquisição e instalação de equipamentos, que em uma boa perspectiva somente poderá ser efetivada em médio/longo prazo e necessitara de mobilização política dos envolvidos para sua realização. Será em curto prazo e com possibilidade de cobertura total o atendimento da demanda de ações preventivas: os escolares, usuários em consulta, grupos específicos e momentos de educação em saúde. Já o pleno atendimento da demanda de procedimentos clínicos será um grande desafio, pois existe um acúmulo muito grande de necessidades nesta comunidade, nem mesmo com a capacidade plena de 03 (três) Equipes de Saúde Bucal este não será suprido em curto prazo, mas se intensificarmos a prevenção e a educação em saúde, neste momento inicial, poderemos a médio e longo prazo ter uma melhora geral nas condições de saúde bucal e uma menor demanda de atendimentos clínicos que será plenamente atendido em um futuro mais otimizado. Isto tudo também esta na dependência da melhora das condições socioeconômicas das famílias desta comunidade, fator em que não temos poder de intervenção direta, mas podemos agir de forma politicamente positiva. A forma de distribuição das vagas de atendimento clínico sempre gera muita polêmica com a comunidade, e demandara negociação e conscientização dos usuários sobre o sua distribuição e reconhecimento das prioridades. O engajamento dos outros profissionais no projeto também enfrentará desafios, visto serem oriundos de diferentes escolas de formação em que a grande maioria não tem prévio conhecimento da conceituação da atenção primaria em saúde e das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, também é realidade a fraca experiência em trabalhos de equipe multiprofissional, para solução destes desafios é necessário eventos de capacitação: oficinas, seminários e outros, estando estes recursos na dependência da gestão central.

## REFERÊNCIAS

- 1) ALBUQUERQUE, R. R. S.; **Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção da saúde bucal no PSF**. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2004.
- 2) ARAUJO, Y, P.; DIMENSTEIN, M. **Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.
- 3) BELLINI, H.; PINTO, V.G.; **Delivery of oral health care and implications for planning in Latin American**. In: PYNE, C., Ed.- *Community oral health*. Oxford: Wright, p.291-297, 1997.
- 4) BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal** - 2006. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad17.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf)> Acesso em 18 outubro 2013.
- 5) BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação - Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui diretrizes curriculares nacionais do Curso de graduação em odontologia. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>> Acesso em 18 outubro 2013.
- 6) BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>> Acesso em 18 outubro 2013.
- 7) BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>> Acesso em 25 de janeiro de 2014.
- 8) BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em 25 de janeiro de 2014.
- 9) BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf)> Acesso em 02 dezembro 2013.

- 10) CAMPOS, F, E.; BELISÁRIO, S, A. **O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada**. Interface comunicação, saúde educação. Botucatu, v 5 n 9: p 133-142, agosto 2001.
- 11) CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2006.
- 12) CEPAL - **Panorama Social de América Latina**. Santiago, Comisión Económica para América Latina, 1993.
- 13) FOZ DO IGUAÇU, Secretaria Municipal de Saúde - SMSA. **Plano Municipal de Saúde**, competência 2010-2013,  
Disponível em: < <http://www.pmfi.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=10950>>  
Acesso em 02 dezembro 2013.
- 14) KRIGER, Léo (Org.). **ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2003.
- 15) MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS** – Tomo I e II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- 16) MOYSÉS, S. T.; KRIEGER, L.; MOYSÉS, S.J. **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.
- 17) PINTO, V.G. et al. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo, Santos, 5ª Edição, 2008.
- 18) PINTO, V.G.; **Solutions to fight poverty**. Paper presented to the 26th. International Conference of ICSW, workshop on “economic solutions to fight poverty”. Tampere, Finland: Mimeo, 1995.
- 19) WHO - **Oral health in Community health programmes**. Copenhagen, World Health Organization/Regional Office for Europe, 1990.