

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

FLÁVIA HELENA DIAS E SANTIAGO

**A NÃO ADESÃO DOS USUÁRIOS AO TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO DEVIDO À DIFICULDADE DE ACESSO À
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Governador Valadares / Minas Gerais

Dezembro 2013

FLÁVIA HELENA DIAS E SANTIAGO

**A NÃO ADESÃO DOS USUÁRIOS AO TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO DEVIDO À DIFICULDADE DE ACESSO À
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Governador Valadares / Minas Gerais

Dezembro 2013

FLÁVIA HELENA DIAS E SANTIAGO

**A NÃO ADEÇÃO DOS USUÁRIOS AO TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO DEVIDO À DIFICULDADE DE ACESSO À
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Bruno Leonardo de Castro Sena - Orientador

- Examinador

Aprovada em Belo Horizonte, ___/___/___

DEDICATÓRIA

À minha mãe Maria Inocentes, modelo de vida e meu maior incentivo na busca pelo conhecimento. Ao meu filho Caique Antônio, prioridade em minha vida.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, por ter me oferecido mais uma grande oportunidade em minha vida, que foi a realização deste curso de especialização.

Agradeço ao meu marido Douglas e ao meu filho Caique Antônio, por compreenderem meus momentos de ausência durante o curso.

À equipe do “PSF” Barreiro, em especial ao colega e enfermeiro Rômulo que tanto me ajudou e me ensinou no processo de trabalho junto à equipe e também durante a realização deste curso de especialização.

Aos tutores e, em especial, ao meu orientador Bruno Leonardo de Castro Sena, pela paciência, competência e ensinamentos durante a etapa de elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, Maria Inocentes e José Rômulo, exemplos de vida e pelo incentivo constante ao meu crescimento profissional e pessoal.

“Nenhum vento ajuda a quem não sabe para que porto deverá velejar...”

Lílian Seda Dias

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Dessa forma, possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde com potenciais para reconstrução das práticas. Nessas, o cuidado deve considerar o princípio da integralidade e o usuário como protagonista. O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços. A equipe de saúde bucal do “PSF” Barreiro tem enfrentado vários problemas com relação à não adesão dos usuários ao tratamento odontológico que se relacionam à dificuldade de acesso das comunidades rurais à unidade de saúde, à falta de orientação quanto aos cuidados com a saúde bucal e à falta de acesso à água tratada e fluoretada; o que motivou a elaboração de um plano de ação para o enfrentamento do problema. O objetivo do presente trabalho foi relatar o plano de ação para a não adesão dos usuários ao tratamento odontológico devido à dificuldade de acesso à unidade básica de saúde. O plano de ação foi elaborado seguindo o método do Planejamento Estratégico situacional estudado no módulo sobre Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. A Equipe de Saúde Bucal resolveu priorizar o problema da não adesão dos usuários ao tratamento odontológico devido à dificuldade de acesso à unidade básica de saúde, identificado durante a realização do Diagnóstico Situacional da área de abrangência do “PSF” Barreiro. Concluiu-se que as ações de saúde bucal devem ser fundamentadas nos preceitos da universalidade, integralidade e equidade, e para a não adesão dos usuários ao tratamento odontológico é necessário investimentos no sentido de melhorar a oferta de transporte público às localidades rurais, ampliar o acesso das famílias as ações de promoção e prevenção de saúde bucal e também educação continuada para Equipe de Saúde Bucal.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Saúde Bucal; Acesso aos serviços de Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy seeks to break with crystallized paradigms and incorporates new thinking and acting from the perspective of change and conversion of the care model . Thus , it enables the input scenarios , subjects and languages in the context of health care with potential for practices of reconstruction . These , care must consider the principle of completeness and the user as a protagonist . Access to the possibility of achieving care according to the needs have interrelationship with the solvability and extrapolates the geographical dimension , covering aspects of economic, cultural and functional service offering. The oral health team the " PSF " Barreiro has faced several problems in relation to non-compliance of users to dental treatment that relate to the difficulty of access of rural communities to the health facility , lack of guidance on oral health care and lack of access to clean water and fluoridated , which motivated the development of an action plan for addressing the problem. The aim of this study was to report the plan of action for non-compliance of users to dental treatment due to difficulty of access to basic health unit . The action plan was prepared following the method of Strategic Planning situational studied the module on Planning and Evaluation of Health Actions in the Specialization Course in Primary Care Family Health . The Oral Health Team decided to prioritize the problem of non-adherence to users of dental treatment due to difficulty of access to basic health unit , identified during the course of the Situational Diagnosis of the area covered by the " PSF " Barreiro . It was concluded that oral health actions should be based on the principles of universality , comprehensiveness and equity , and to non-compliance of users to dental treatment is necessary investments to improve the provision of public transport to rural locations , expand access families of the promotion and prevention of oral health and also continuing education for oral Health Team .

Keywords: Family Health Strategy; Oral Health; *Health Services Accessibility;*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CDI – Distrito Industrial

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NESCON – Núcleo Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PMA2 – Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação – Complementar

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PSF - Programa Saúde da Família

SCIELO – *Scientific Electronic Library Online*

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SSA2 – Relatório da Situação e Acompanhamento das Famílias na Área

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Aspectos Demográficos.....	14
1.2	Aspectos Ambientais.....	15
1.3	Aspectos Sócio-Econômicos.....	16
1.4	Aspectos Epidemiológicos.....	17
1.5	Outros Problemas Identificados.....	17
2	JUSTIFICATIVA.....	22
3	OBJETIVOS.....	23
3.1	Objetivo Geral.....	23
3.2	Objetivo Específico.....	24
4	METODOLOGIA.....	24
5	REVISÃO LITERATURA.....	25
5.1	Acesso aos Serviços de Saúde.....	28
5.2	Localização Geográfica e Acessibilidade.....	29
5.3	Planejamento em Saúde Bucal.....	29
5.4	Educação em Saúde.....	26
6	PLANO DE AÇÃO.....	29
6.1	Priorização do Problema.....	30
6.2	Como o Problema foi Identificado.....	30
6.3	Descrição e Caracterização do Problema.....	31
6.4	Nós Críticos.....	32
6.5	Desenho das Operações.....	32
6.6	Projeto “Kombi Amiga”.....	36
6.7	Projeto “Trabalhando Saberes”.....	36
6.8	Projeto “Água Santa”.....	36
6.9	Projeto “Protocolo Correto”.....	37
7	DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS.....	38
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Dessa forma, possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde com potenciais para reconstrução das práticas. Nessas, o cuidado deve considerar o princípio da integralidade e o usuário como protagonista. Pressupõem ainda a presença ativa do outro e as interações subjetivas, ricas e dinâmicas, exigindo ampliação dos horizontes da racionalidade que orienta tecnologias e agentes das práticas. (AYRES; MINAYO; COIMBRA, 2005).

Para Merhy (1998) o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Com a expansão e estruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em que os municípios têm assumido a responsabilidade pela atenção à saúde de seus munícipes, sobretudo, da rede de Atenção Básica, o debate sobre o acesso a essas ações e serviços ganhou nuances qualitativas.

As análises e alternativas de soluções para o problema de acesso, em bases estritamente quantitativas, como número de atendimentos e rendimento profissional, deslocam-se para tendências que buscam qualificá-lo no ato da recepção do usuário. A questão não se restringe ao número de portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, interroga-se sua qualidade.

Starfield (2004) discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.

Travassos (2004) faz uma distinção entre acesso sócio-organizacional do acesso geográfico. O primeiro inclui recursos que facilitam ou dificultam os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento, como preconceitos sociais menos explícitos como idade, raça ou classe social, ou alguma forma de pagamento. O acesso geográfico, por outro lado, envolve as características relacionadas à distância e ao tempo para alcançar e obter os serviços.

A sede da unidade de saúde do PSF Barreiro dista nove quilômetros do centro da cidade de Itabira. Possui duas microáreas na área urbana e três microáreas na região rural com uma extensão territorial muito grande e uma densidade populacional muito pequena. A atual sede está implantada numa casa alugada e adaptada e a inauguração ocorreu no início de 2010.

A população da área de abrangência é de 2028 pessoas, abaixo do mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde que é de 2400 pessoas. Na zona rural a equipe atende em um distrito chamado Candidópolis. Já o atendimento odontológico se dá exclusivamente na sede.

Na formação da equipe temos quase todos os funcionários efetivos e há mais de três anos estamos com a equipe completa: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 dentista, 02 auxiliares de enfermagem, 05 agentes comunitários de saúde, 01 oficial administrativo, 01 auxiliar de limpeza e 01 auxiliar de saúde bucal.

Em nosso bairro temos uma associação comunitária muito ativa, uma igreja católica, duas igrejas protestantes e duas escolas - uma na zona rural e outra na zona urbana. Não contamos com praças ou outros locais para lazer e também não há creches.

A seguir estão gráficos e tabelas que sintetizam os dados da equipe de PSF do Barreiro. Os dados foram obtidos a partir da análise das fichas PMA 2, SSA 2, SIAB, observação ativa e entrevistas com informantes-chave.

1.1 Aspectos Demográficos

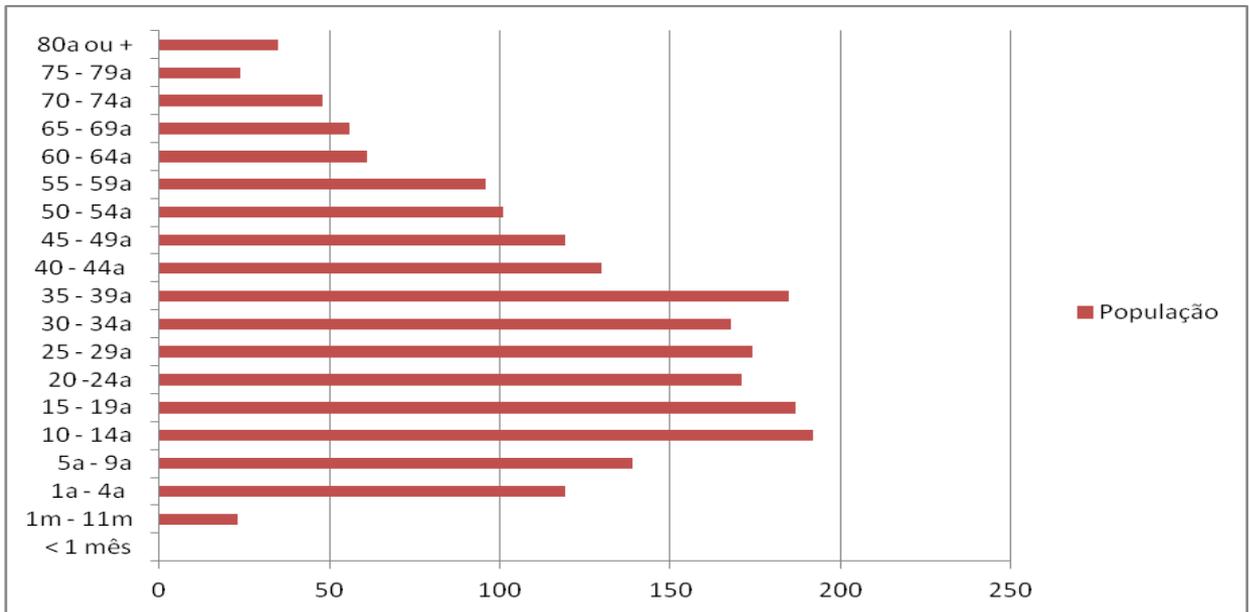


Figura 1: População total de acordo com a faixa etária, 2012.
Fonte: SIAB (2012)

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	Número	%	Número	%
Menor de 01 ano	12	0,59	11	0,54
1 a 4 anos	52	2,56	67	3,30
5 a 9 anos	73	3,59	66	3,25
10 a 14 anos	94	4,63	98	4,83
15 a 19 anos	101	4,98	86	4,24
20 a 49 anos	486	23,96	461	22,73
50 a 59 anos	94	4,63	103	5,07
60 anos e +	120	5,91	104	5,12
Total	1032		996	

Figura 2: População segundo a faixa etária na área de abrangência segundo o sexo
Fonte: SIAB (2012).

1.2 Aspectos Ambientais

Na região Peri urbana a estrutura do saneamento básico existe em algumas poucas casas, sendo que na área próxima ao córrego o esgoto é despejado diretamente no mesmo. Já a coleta de lixo ocorre em todo o bairro três vezes na semana, e também há coleta seletiva dos resíduos recicláveis que ocorre uma vez na semana. Temos um dos menores índices de concentração do *Aedys aegypti* do município, mas devido às condições do esgoto no ano de 2012 houve 12 notificações de esquistossomose.

Por estarmos dentro do Distrito industrial temos uma grande emissão de gases tóxicos na atmosfera sem o uso de filtros de ar e odores desagradáveis.



Figura3: Poluição pela fábrica de borracha no CDI
Fonte: Pesquisa Documental

Fig Abastecimento de água	Número	%
Rede pública	388	41,28
Poço ou nascente	539	57,34
Outros	13	1,38

Figura 4: Famílias cobertas por Abastecimento de Água segundo a modalidade no ano 2012
Fonte: Pesquisa Documental

Abastecimento de água	Número	%
Sistema de esgoto	279	29,68
Fossa	290	30,85
Céu aberto	371	39,47

Figura 5: Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade, no ano de 2012
Fonte: Pesquisa Documental

Destino do lixo	Número	%
Coleta pública	446	47,45
Queimado/Enterrado	394	41,91
Céu aberto	100	10,64

Figura 6: Destino do lixo segundo a modalidade, no ano de 2012.
Fonte: Pesquisa Documental

1.3 Aspectos Socio-Ecômicos

A população economicamente ativa trabalha em sua maioria no CDI – Distrito Industrial – que possui empresas de vários ramos econômicos e que está estabelecida no próprio bairro. Temos empresas da indústria têxtil, restaurantes, metalurgia, fábrica de borracha, entre outras. Na área rural temos vastas florestas de eucalipto que são utilizadas na carvoaria e para comércio da Cenibra. Não há produção de gêneros alimentícios em grande escala, apenas para subsistência.

1.4 Aspectos Epidemiológicos

Acompanhamento de alguns indicadores odontológicos do PSF Barreiro no ano de 2012		
Indicador	Número	%
Primeira consulta Programática	183	18,26
Tratamento Concluído	107	10,67
Urgência	94	9,38
Atendimento a gestantes	32	3,19
Faltas	119	11,87
Visitas Domiciliares	67	6,68

Figura 7: Índices Odontológicos
Fonte: Pesquisa Documental

1.5 Outros Problemas Identificados

a) Doenças de Notificação Compulsória – casos notificados em 2012:

Esquistossomose = 7 casos;

Varicela = 12 casos.

b) Observação Ativa:

Grande número de adolescentes grávidas;

O bairro é cortado por uma rodovia estadual;

Faltam locais para lazer.

c) Principais Problemas identificados:

Falta de opções de lazer;

Grande número de adolescentes grávidas;

Falta de transporte público coletivo;

Alto índice de alcoolismo;

Água não tratada e fluoretada.

Acompanhamento de alguns indicadores, PSF Barreiro, no ano de 2012.	
Indicador	2012
Nº de recém-nascidos	22
% RN pesados	100
% RN peso < 2.500 gramas	18,1
% aleitamento exclusivo em crianças < de 4 meses	91,1
% de < 1 ano com vacina em dia	97,5
% de < 1 ano desnutridas	3,8
Nº médio de gestantes cadastradas	9
% de gestantes < 20 anos	25,9
% de gestantes acompanhadas	100
% de gestantes vacinadas	100
% consultas no 1º trimestre	92,5

Figura 8: Indicadores de Cobertura
Fonte: Pesquisa Documental

Consultas médicas pelo PSF Barreiro no ano de 2012	
Indicador	2012
Total de consultas médicas	2405
Média mensal	200,4
Consulta habitante/ano	1,18
Atendimento aos programas pelo PSF Barreiro no ano de 2012	
Indicador	2012
Puericultura	300
Pré-natal	96
Prevenção câncer cérvico-uterino	233
Diabetes	193
Hipertensão	757
Hanseníase	0
Tuberculose	0
Procedimentos realizados pela equipe do PSF Barreiro no ano de 2012	
Procedimento	2012
Atendimentos individuais do enfermeiro	1633
Consultas médicas	2405
Atendimentos individuais do Cirurgião-dentista	1002
Atendimento coletivo do Cirurgião-dentista	2140
Inalações	93
Injeções	421
Retirada de pontos	71
Grupo de educação saúde	8
Curativos	154

Figura 9: Produção da Equipe do “PSF” Barreiro, no ano de 2012
Fonte: Pesquisa Documental

Os problemas enfrentados pela ESB do PSF Barreiro estão principalmente relacionados à uma demanda reprimida com sérios problemas de saúde bucal, dificuldade de acesso das comunidades rurais à unidade de saúde e ao centro de referência para atenção secundária no centro da cidade, à falta de orientação quanto aos cuidados com a saúde bucal e falta de acesso à água tratada e fluoretada por parte da população.

Tendo em vista o relatado acima, a ESB achou por bem priorizar a elaboração de um plano de ação para enfrentar o problema da dificuldade de acesso das comunidades rurais à unidade de saúde propondo ações de saúde bucal para serem desenvolvidas no município, sempre atentos às condições sociais, culturais e econômicas da população adscrita, e com isso buscar a prática de uma assistência odontológica humanizada e resolutiva na unidade de saúde, capaz de criar vínculo com a comunidade e conseguir assim melhorar a qualidade de vida da população atendida.

2 JUSTIFICATIVA

O acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores, divididos em determinantes da oferta e da demanda. Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser relacionados à necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença); aos usuários (características demográficas, sócio-econômicas, culturais e psíquicas); aos prestadores de serviços (características demográficas, tempo de graduação, especialidade, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento); à organização (recursos disponíveis, características da oferta, modo de remuneração, acesso geográfico e social); e à política (tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Por pertencer à zona rural de Itabira os usuários do “PSF” Barreiro enfrentam o problema do deslocamento até a UBS; e este tem sido um dos maiores problemas enfrentados pela equipe de saúde bucal para a adesão dos mesmos ao tratamento clínico e de prevenção em saúde bucal.

A falta de transporte público coletivo e a distância muito grande de algumas localidades da UBS se tornam fatores dificultadores para a adesão dos usuários ao tratamento preventivo e aos grupos operativos, fazendo com que os mesmos na maioria das vezes abandonem o tratamento ou somente o procuram em casos de urgência.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para melhoria do acesso da população ao atendimento odontológico, em especial aos que moram na zona rural de Morro do Chapéu, Vista Alegre, Palmital e Candidópolis, localidades pertencentes à área de abrangência do PSF - Barreiro.

3.2 Objetivos Específicos

a) Realizar um levantamento de necessidades em saúde bucal na população da área de abrangência;

Melhorar as condições de saúde bucal da população da área de abrangência;

b) Organizar o fluxo de atendimento dos pacientes, respeitando os princípios da equidade e integralidade;

c) Quebrar antigos paradigmas sobre o tratamento odontológico;

d) Trabalhar multidisciplinarmente em parceria com a ESF, no contexto familiar e social da população;

e) Gerar mobilização da população da área de abrangência quanto aos interesses políticos da região.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho partiu durante a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) no desenvolvimento das atividades do módulo de Planejamento das ações em Saúde (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

O problema escolhido pela ESB e ESF para este plano de intervenção, executado pelo método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), foi fruto de um diagnóstico situacional realizado pela ESB em parceria com a ESF. Feito pelo método de estimativa rápida, que utilizou três fontes de coleta de dados: os registros escritos, entrevistas com informantes - chave utilizando-se de questionário semiestruturado, e observação ativa da área. Este método tem a vantagem de ser rápido, ter baixo custo, participação popular e envolvimento de toda a ESF.

Foram utilizados os dados da Biblioteca Virtual de Saúde nas bases Lilacs e Scielo. Os descritores utilizados foram: “Acesso e acolhimento na atenção básica”, “utilização dos serviços de saúde”, “intercalados aos termos saúde da família e saúde bucal”. Foram consultadas também artigos da biblioteca virtual do CRO-MG no período de 2008 a 2010, textos da Biblioteca virtual do Núcleo de educação em Saúde Coletiva (NESCON) e os dados secundários da Secretaria Municipal de Saúde de Itabira.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Acesso aos Serviços de Saúde

As diferentes abordagens de análise sobre acesso aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade do tema, considerando que: "acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde" (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 20).

A acessibilidade assemelha-se à descrita por Unglert¹⁸, caracterizada pela relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos. Adequação funcional é "entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade destes em acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos" (ABREU, 2010, p. 15). Associando-se aos fatores capacitantes, tendo como recorte de análise a capacidade financeira dos serviços e a relação entre os custos e a sua oferta. E, finalmente, a aceitabilidade, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde e práticas destes serviços.

Ainda segundo Unglert (1987) o acesso geográfico é caracterizado pelo tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, seguindo o conceito de acessibilidade geográfica e de territorialização. O acesso econômico é caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento como forma e custos de deslocamento, de procedimentos e obtenção de medicamentos e condição social atual.

Ressalta-se ainda, a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises dos vários aspectos (geográficos socioeconômicos entre outros. No contexto atual de construção do SUS, é fundamental que sejam

potencializados caminhos trilhados e experimentados, a exemplo da proposta de acolhimento, como diretriz operacional dos serviços de saúde.

Segundo Franco *et al.* (1999) o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios:

- a) Atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal;
- b) Reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional;
- c) Qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica.

O acolhimento tem uma grande importância na atenção básica de saúde e toma, como referência, algumas de suas características, como destaca Starfield (2004): a porta de entrada, a integração aos demais níveis do sistema e a coordenação do fluxo de atenção. Configura ainda como um momento tecnológico com potencialidades para imprimir qualidade nos serviços de saúde, sendo reafirmado por Matumoto (1998) que não se limita apenas ao ato de receber, mas se compõe de uma seqüência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho, na relação com o usuário, dentro e fora da unidade.

A literatura aqui visitada reforça a importância do acesso e do acolhimento como categorias potentes e estratégicas para o planejamento, organização e produção de ações e serviços de saúde. Configuram-se em elementos centrais de qualificação da atenção à saúde, sobretudo no contexto atual de sua expansão e reestruturação.

5.2 Localizações Geográficas e Acessibilidade

A localização geográfica é um pré-requisito para se garantir o acesso da população aos serviços de saúde.

Essa acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1990, p. 445).

Do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém ainda com um papel proporcionalmente pequeno. Os próprios dados da PNAD/1998 mostraram que o atendimento odontológico se diferencia fortemente do atendimento médico, com uma proporção muito mais alta de atendimentos financiados de próprio bolso, e muito menos atendimentos financiados por planos de saúde e pelo SUS (IBGE, 2000).

5.3 Planejamento em Saúde Bucal

O planejamento das atividades de atenção à saúde, sejam elas preventivas, educativas ou curativas, numa abordagem individual ou coletiva, necessita ser baseado em informações e dados, o mais realistas possível, fornecendo um panorama da quantidade e intensidade com que um determinado problema atinge os diferentes grupos que compõe a população à qual se destina o programa de atendimento. Com a finalidade de conhecer as características da manifestação das doenças e dos agravos à saúde em uma população, o planejador de levantamentos epidemiológicos que deverão determinar as ações e as atividades a serem desenvolvidas no programa proposto (SILVEIRA *et al.*, 2002).

Conhecer os hábitos, crenças, valores, a organização da comunidade onde os indivíduos estão inseridos, além do conceito de qualidade de vida e processo saúde/doença, permite a elaboração de estratégias coerentes com esta realidade, que poderão propiciar a aquisição e manutenção da saúde como um todo (GUARIENTI *et al.*, 2009).

Além de identificar algumas limitações na abordagem das ações de prevenção e promoção em saúde, verifica-se que, na saúde bucal, ainda são incipientes a utilização de estudos avaliativos e levantamento epidemiológico como norteador do planejamento e realização das ações (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Assim, o Ministério da Saúde (2006) expõe que a avaliação é essencial na atenção básica, sendo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) instrumentos de gestão importantes para subsidiar as tomadas de decisões e formação dos sujeitos envolvidos nos processos.

5.4 Educação em Saúde

O objetivo principal da educação em saúde bucal é o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença. Deve fornecer instrumentos, apoio e orientação ao usuário para se tornar independente na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, no acompanhamento e manutenção da sua saúde bucal, e para acessar o serviço de saúde quando julgar necessário (MINAS GERAIS, 2007). Sua finalidade é difundir elementos, repetindo a cultura local, que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, sua vida, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Observa-se que, na maioria das abordagens utilizadas em educação para a saúde bucal, existe grande preocupação em descrever os aspectos biológicos das doenças mais prevalentes da cavidade bucal, desprezando a importância de se questionar, compreender e aceitar o contexto da vida humana na qual esse fenômeno está ocorrendo (ALVES *et al.*, 2004).

A educação, por ser um instrumento de transformação social, propicia a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores, assim como a melhora na autoestima. No caso específico da promoção de saúde em crianças, é imprescindível motivar os pais para que se conscientizem da real importância da saúde bucal para a saúde geral de seus filhos. É importante enfatizar a corresponsabilidade dos pais na promoção e manutenção das condições de saúde bucal de seus filhos, uma vez que é comum o fato de alguns pais ao levarem as crianças para avaliação odontológica sentirem-se livres das responsabilidades com

os cuidados de higiene bucal, transferindo para o dentista toda a responsabilidade de promover sua saúde bucal (ALVES *et al.*, 2004).

É preciso alertar os profissionais para a necessidade de repensar as estratégias de promoção de saúde prestadas meramente na transmissão de informações, pois estas, só terão sentido na vida das pessoas se forem constituídas de particularidades presentes em seus contextos sociais e familiares. Assim, é interessante proporcionar aos pais espaços de falas e exposições de ideias e dúvidas, para construir ações e orientações coerentes à suas realidades e às necessidades de seus filhos (MASSONI *et al.*, 2010).

No entanto, a mudança de atitudes é mais facilmente adquirida quando estas informações são obtidas por meio de profissionais qualificados e capacitados. Estes poderão ser capazes de construir junto com os pais e/ou responsáveis a melhor forma de colocar em prática as informações recebidas, ao passo que as informações obtidas através da mídia podem não ser exatas ou específicas, sofrer distorções ou dificuldades de entendimento (GUARIENTI *et al.*, 2009).

Para promover saúde, exige-se dos profissionais uma transição do olhar curativo para o preventivo. É importante também abandonar a postura coercitiva, muitas vezes presente na educação para a saúde, e adotar uma postura de aconselhamento e apoio, visando à autonomia do próprio indivíduo (SOUSA *et al.*, 2007).

A escola é uma importante instituição de educação, que colabora na formação de cidadãos promovendo a melhoria da qualidade de vida da sociedade. Um ambiente escolar saudável incentiva as crianças a agirem como agentes transformadores da realidade em benefício de suas próprias vidas. Portanto, em razão do seu constante convívio com escolares, professores podem colaborar com a educação em saúde, promovendo educação quanto aos cuidados com a saúde bucal, atuando como parceiro da saúde nos programas preventivos e educativos.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são os membros da equipe de saúde que atuam em maior proximidade com a comunidade e desempenham relevante papel

como veículo multiplicador de conhecimentos e informações, mediando o saber popular e o técnico científico (NUNES *et al.*, 2002). Em face de sua ligação com a comunidade onde atua, o ACS imprime novas cores ao fazer saúde e, em especial, ao fazer saúde pública e coletiva (BUCHABQUI *et al.*, 2006). A visita domiciliar é uma das principais atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para os ACS, pois é por meio dela que o agente conhece melhor as necessidades das famílias e, principalmente, desenvolve o trabalho educativo (BRASIL, 2001).

6 PLANO DE AÇÃO

Foi escolhido para o diagnóstico o método da Estimativa Rápida. Foi montada uma equipe formada por profissionais da equipe de saúde que foi subdividida em dois grupos, ficando cada grupo responsável por realizar atividades dentro da proposta de planejamento.

Foi realizada uma reunião com a equipe onde dois grupos foram formados e as tarefas distribuídas. O grupo 1 ficou responsável por realizar uma entrevista com informantes chave do município e o grupo 2 ficou encarregado pelo levantamento de dados secundários e pela observação ativa.

Os principais problemas identificados na área de abrangência foram:

- a) Falta de opções de lazer;
- b) Grande número de adolescentes grávidas;
- c) Falta de transporte público coletivo;
- d) Alto índice de alcoolismo;
- e) Água não tratada e fluoretada.

6.1 Priorização do Problema

Priorização dos Problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de opções de lazer	Média	4	Fora	3
Gravidez na adolescência	Alta	5	Parcial	2
Falta de transporte público	Alta	5	Fora	1
Alto índice de alcoolismo	Alta	5	Parcial	4
Água não tratada e fluoretada	Alta	4	Fora	5

Figura 9: Priorização dos problemas pela ESF do “PSF” Barreiro
Fonte: Pesquisa Documental.

A falta de transporte público coletivo foi o problema selecionado pela equipe de saúde bucal pois é o principal dificultador da adesão dos usuários ao tratamento odontológico; e para os demais problemas já existem ações sendo colocadas em prática.

6.2 Como o Problema foi Identificado

O problema priorizado foi identificado à partir da observação ativa da equipe de saúde bucal quanto à dificuldade de acesso dos usuários das comunidades rurais à unidade de saúde e ao centro de referência para atenção secundária, para tratamento clínico e preventivo em odontologia, devido à falta de transporte público coletivo.

6.3 Descrição e Caracterização do Problema

“Descrever um problema é caracterizá-lo para se ter uma ideia de sua dimensão e de como ele se apresenta em uma determinada realidade” (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

A equipe considera que a não adesão dos usuários ao tratamento odontológico se deve principalmente à falta de orientação quanto aos cuidados com a saúde bucal, à falta de acesso a água tratada e fluoretada por parte da população e principalmente à falta de transporte público coletivo em algumas localidades e ainda à localização geográfica dessas localidades; o que dificulta o atendimento odontológico clínico e preventivo e também o vínculo dos profissionais com a comunidade.

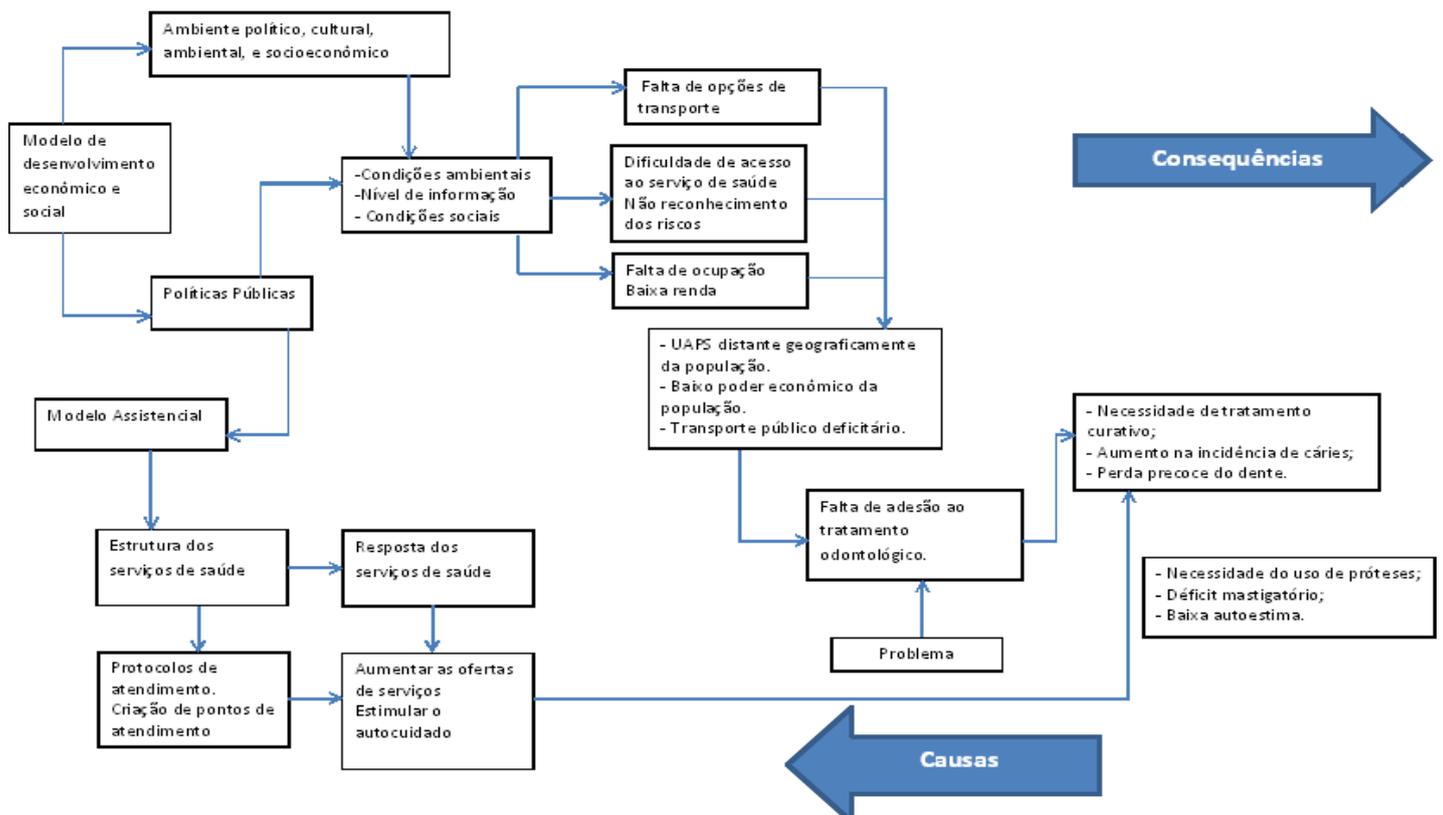


Figura 10: Organograma mostrando as causas e consequências do problema da não adesão dos usuários ao tratamento odontológico devido à acesso à unidade básica de saúde do “PSF” Barreiro.

Fonte: Pesquisa Documental

6.4 Nós Críticos

Na fase de descrição e caracterização do problema da não adesão dos usuários ao tratamento odontológico devido à dificuldade de acesso à unidade básica de saúde, identificamos algumas causas que culminaram no problema priorizado, que foi levantado a partir do diagnóstico situacional realizado por meio do método do PES, desenvolvido por Carlos Matus (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Artmann (2000, p. 03) conceitua o PES da seguinte maneira:

O PES é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida como no caso daqueles bem estruturados. É importante destacar que, embora se possa partir de um campo ou setor específico, os problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões - política, econômica, social, cultural, etc. e em sua multissetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específica e sua solução dependem, muitas vezes, de recursos extras setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação.

Selecionaram-se como “nós críticos” situações relacionadas com o problema priorizado, onde as equipes têm alguma possibilidade de ação direta e que podem trazer impacto sobre o problema escolhido.

Dentre as causas diretamente relacionadas com o problema priorizado, podemos citar:

- a) Falta de transporte público coletivo;
- b) Cultura local;
- c) Ausência de água fluoretada;
- d) Processo de trabalho da equipe de saúde bucal.

6.5 Desenho das Operações

A partir dos nós críticos foi desenhado o plano de ação para enfrentar e impactar as causas mais importantes do problema (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

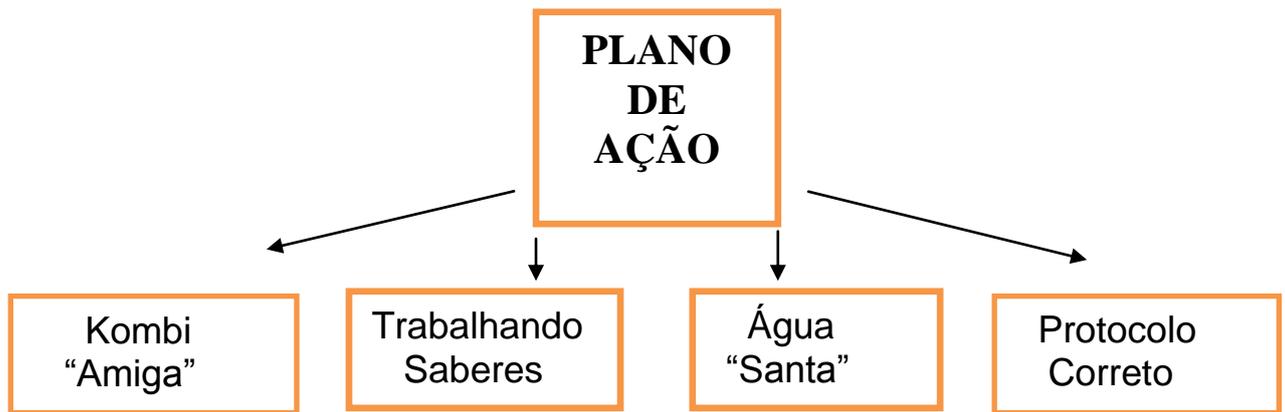


Figura 11: Organograma do Plano de Ação.
Fonte: Pesquisa Documental

Operação/Projeto	Recursos críticos
"Kombi Amiga"	Político – Conseguir apoio da secretaria de transporte e secretaria municipal.
Trabalhando Saberes	Organizacional – Mobilização da comunidade em relação importância da prevenção e mudança de hábitos alimentares. Político – Articulação intersetorial para a realização das oficinas. Financeiro – Financiamento das oficinas.
"Água Santa"	Político – Conseguir apoio do poder executivo e secretaria municipal de saúde. Financeiro – Para tratamento e fluoretação da água de abastecimento.
Protocolo Correto	Político – Articulação entre setores da saúde e adesão da equipe de saúde bucal.

Figura 12: Recursos críticos para colocar em prática os projetos para resolver o problema da não adesão dos usuários ao tratamento odontológico devido à dificuldade de acesso à unidade básica de saúde.

Fonte: Pesquisa Documental

Operação/ projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
“Kombi Amiga”	Político – Conseguir apoio da secretaria de transporte e municipal.	Secretário do transporte	Favorável	Não é necessário.
Trabalhando Saberes	Organizacional – Mobilização da comunidade em relação a importância da mudança de hábitos alimentares.	Secretário da educação, direção da escola e equipe de professores.	Favorável	Não é necessário.
	Político – Articulação intersetorial(Parceria com setor da Educação) e mobilização social.	Secretário de educação	Favorável	
“Água Santa”	Político – Mobilização social em torno da questão do problema de abastecimento.	Líderes políticos e lideranças comunitárias	Favorável	Apresentar projeto e sensibilizar lideranças e comunidade.
	Financeiro – para a ampliação da rede de abastecimento.	Poder executivo, Secretaria de obras e Companhia de abastecimento.	Indiferente	
Protocolo Correto	Político – Articulação entre setores da saúde e adesão da equipe de saúde bucal.	Secretário de Saúde e coordenação de odontologia.	Favorável	Não é necessário.

Figura 13: Análise de viabilidade dos projetos propostos para solucionar o problema da não adesão dos usuários ao tratamento odontológico devido à dificuldade de acesso à unidade básica de saúde.
Fonte: Pesquisa Documental

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
“Kombi Amiga”	Cobertura de atendimento clínico e preventivo a 100% da população adscrita.	Implantar uma rotina de transporte alternativo para levar os usuários à UBS para tratamento odontológico.	Mobilizar lideranças da comunidade em torno da questão do problema da falta de transporte público.	Secretário de transporte	3 meses para início das atividades.
Trabalhando Saberes	Construção compartilhada do conhecimento sobre o processo saúde-doença bucal e de Práticas de higienização	Realização de palestras educativas nas escolas pela ESB; Aumentar o nível de informação dos usuários sobre saúde bucal; Capacitação de ASB, ACS e professores.	Viabilizar o conhecimento sobre o processo saúde-doença através de capacitação dos atores sociais envolvidos.	Equipe de Saúde Bucal	3 meses para início das atividades
“Água Santa”	Ampliar a rede de abastecimento de água do município	Criação de uma comissão para estudar formas de se viabilizar a ampliação da rede de abastecimento; Ampliação da rede de abastecimento	Mobilizar lideranças da comunidade em torno da questão do problema de abastecimento; Solicitar junto à companhia de abastecimento a elaboração de um projeto de ampliação da rede de abastecimento	Equipe de Saúde	3 meses para início das atividades de mobilização; 1 mês para fazer a solicitação à companhia de abastecimento; 4 meses para apresentação do projeto; 1 ano para execução das obras.
Protocolo Correto	Cobertura de atendimento clínico e preventivo a 100% da população adscrita.	Protocolo de Saúde bucal implantado; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha do cuidado implantada	Oficinas para capacitação da ESB.	Cirurgião Dentista e Superintendência operacional da saúde	Início em 2 meses e finalização em 12 meses.

Figura 14 :Operação do Plano
Fonte: Pesquisa Documental

6.6 Projeto - “Kombi Amiga”

6.6.1 Descrição:

Implantar um transporte alternativo; para levar os usuários que moram em localidades rurais distantes e onde não há transporte público coletivo à UBS para o atendimento clínico e preventivo em odontologia.

6.6.2 - Produtos Esperados:

- a) Adesão de 100% dos usuários ao tratamento clínico e preventivo em odontologia.
- b) Melhoraria do nível de autocuidado dos usuários em relação à saúde bucal.

6.7 Projeto “Trabalhando Saberes”

6.7.1 Descrição

Facilitar ações educativas através de abordagem individual e abordagens grupais; Encontrar estratégias para que a equipe saiba acolher as pessoas da comunidade para que um vínculo seja criado entre a ESB e os usuários.

6.7.2 Produtos esperados:

- a) Aumentar o nível de informação dos usuários sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal
- b) Capacitação de ASB, ACS e professores

6.8 Projeto “Água Santa”

6.8.1 Descrição:

Estudar formas de se ampliar a rede de abastecimento de água do município;

Encontrar formas alternativas que façam com que toda a população do município tenha acesso à água fluoretada.

6.8.2 Produtos esperados:

- a) Criação de uma comissão para estudar formas de viabilizar a ampliação da rede de abastecimento de água do município;
- b) Ampliação da rede de abastecimento de água do município.

6.9 Projeto “Protocolo Correto”

6.9.1 Descrição:

Implantar o protocolo clínico em odontologia.

6.9.2 Produtos esperados:

- a) Gestão da linha do cuidado implantada
- b) Recursos humanos capacitados

7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS

A Constituição brasileira de 1988 trata a saúde como um direito social universal. No seu artigo 196 afirma que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998, p. 133).

Ao Estado compete, conforme o artigo 197, regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços de saúde, a serem exercidos diretamente, através de terceiros ou por pessoa física e jurídica de direito privado. Os serviços públicos, por sua vez, serão organizados, segundo o artigo 198, em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, caracterizado pela descentralização, atendimento integral (com prioridade para as atividades preventivas) e participação da comunidade (IBID, 1998).

As diretrizes da política nacional de saúde bucal (BRASIL, 2004) se baseiam no conceito de cuidado, para reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, procurando envolver a comunidade e os diversos setores produtivos da sociedade, na elaboração e construção de ações e propostas baseadas e fundamentadas na realidade vivida pela população para que haja uma resposta eficaz aos anseios de todos os usuários na promoção da boa qualidade de vida e humanização do atendimento.

Garantir acesso aos usuários da zona rural aos serviços de saúde bucal é um problema de elevada amplitude para a Equipe do “PSF” Barreiro, uma vez que o acesso ainda é deficiente devido à falta de transporte público para algumas localidades rurais; assim a grande maioria dos usuários não dá a devida importância ao tratamento clínico e preventivo em odontologia, ficando a demanda restrita ao atendimento de urgência. A ESB utiliza os atendimentos de urgência para a detecção de indivíduos com maior vulnerabilidade, fazendo a classificação de risco bucal dos mesmos.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é também uma das formas de reorganização do SUS, através da busca do conhecimento por parte dos profissionais a partir da necessidade de resolução de problemas vivenciados e identificação dos temas sobre os quais necessita de aperfeiçoamento. E é através destes cursos (muitos à distância) que os profissionais estão em constante processo de aprendizado, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender.

O cirurgião-dentista deve estar preparado para orientar e passar conhecimentos sobre a importância de procedimentos preventivos e visitas regulares ao consultório odontológico. Além disso, é o maior responsável em transmitir informações sobre saúde bucal.

A proposição de um plano de intervenção para a não adesão dos usuários ao tratamento odontológico devido à dificuldade de acesso à unidade básica de saúde proporcionou um repensar das práticas em saúde bucal e das estruturas organizacionais ao que concerne à Equipe de Saúde Bucal, mostrando a necessidade de a equipe refletir sobre suas ações e que o planejamento, monitoramento e avaliação dessas ações é preciso.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante promover estratégias de promoção e de prevenção para aproximar o usuário e a ESB, bem como capacitar os profissionais que trabalham no município e orientá-los quanto à necessidade de ações preventivas na comunidade.

Através da Política Nacional de Saúde Bucal muito tem sido feito no sentido de melhorar a condição de saúde bucal da população brasileira nos últimos anos.

Em Itabira faz-se necessário maiores investimentos para melhorar e ampliar o acesso da população aos serviços odontológicos. A ESB do “PSF” Barreiro tem se esforçado para desenvolver ações que sejam realmente efetivas frente aos problemas enfrentados pela população, merecendo destaque a não adesão dos usuários ao tratamento odontológico devido à dificuldade de acesso à unidade básica de saúde.

Para que se tenham ações de saúde bucal fundamentadas nos preceitos da universalidade, integralidade e equidade, capazes de tornarem o serviço odontológico ofertado a população da zona rural de Itabira realmente eficaz e resolutivo, é necessário investimentos no sentido de melhorar a oferta de transporte público a essas localidades, ampliando o acesso das famílias as ações de promoção e prevenção de saúde bucal.

Com base na literatura revista e discutida, relacionada “À não adesão dos usuários ao tratamento odontológico devido à dificuldade de acesso à unidade básica de saúde”, concluiu-se que:

- a) É sumamente importante realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal desenvolvidas pela ESB para atender a população rural e é imprescindível que a cultura da avaliação seja incorporada à rotina dos serviços;
- b) O conhecimento da área de abrangência onde se atua é de fundamental importância, pois é mais fácil se planejar as ações quando se conhece a realidade de determinada população;

- c) O plano de ação em saúde bucal pode ser um instrumento de utilidade no diagnóstico coletivo, simples e valioso na organização da atenção;
- d) Toda a equipe de saúde juntamente com a população deve ser mobilizada para que a implantação do plano de intervenção proposto consiga resultados favoráveis;
- e) Ações intersetoriais são de extrema importância para que sejam somados esforços para se enfrentar os problemas a serem solucionados;
- f) A abordagem familiar é muito importante, de forma que as famílias tenham uma participação ativa no controle das principais doenças bucais;
- g) A co-responsabilidade sobre a saúde bucal dos usuários da área de abrangência da equipe passa a ser também da equipe de saúde, tornando-se essencial a vigilância à saúde, a detecção de risco e a busca ativa;
- h) É necessário que o profissional domine não apenas conhecimentos e habilidades voltadas para a reparação de dentes e cura de doenças bucais;
- i) Os profissionais de Odontologia precisam aprender análise sócio-política, engajamento social, comunicação, educação, desenvolvimento comunitário, pesquisa participativa, avaliação e autorreflexão para poder falar de fato em uma nova concepção de saúde pública que atenda as reais necessidades dos indivíduos;
- j) Mais do que nunca é preciso que os dentistas assumam novos papéis. O profissional exigido para os novos tempos precisa de novas habilidades;
- l) É absolutamente fundamental que a odontologia seja concebida como um importante elemento dentro de um conjunto amplo de instrumentos e iniciativas de promoção da saúde bucal, o que significa atuar sobre o contexto em que "a boca" está inserida - os seres humanos e seu ambiente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. **Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo.** Cad. Saúde Pública, v.24, n.9, set. 2008.

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial.** In: Cadernos da OFICINA SOCIAL Nº 3: DESENVOLVIMENTO SOCIAL. COPPE/UFRJ, 25 p., 2000.

ALVES, M. U.; VOLSCHAN, B. C. G.; HAAS, N. A. T. **Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 47-51, jan./abr. 2004.

AYRES, JR. JRCM. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 91-108.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

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

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos – Brasília, 1.^a edição – 1.^a reimpressão – 2008. 91 p.

BUCHABQUI, J. A.; CAPP, E.; PETUCO, D. R. S. **Convivendo com Agentes de Transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde.** Rev Bras Educ Med, v.30, n.1, p.32-38, 2006.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 110p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@ online. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

GUARIENTI, C. A.; BARRETO, V. C.; FIGUEIREDO, M. C. **Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.9, n.3, p.321-325, set./dez. 2009.

MANFREDINI, M. A. Saúde bucal na perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do século XXI. 2011. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-02032011-081852/>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

MASSONI, A. C. L. T.; PAULO, S. F.; FORTE, F. D. S.; FREITAS, C. H. S. M.; SAMPAIO, F. C. **Saúde bucal infantil: conhecimento e interesse de pais e responsáveis.** Pesq Bras Odontoped Clin Integ, João Pessoa, v.10, n.2, p.257-264, maio/ago. 2010.

MERHY, EE. **A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** In: Campos CR, organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.** Cad. Saúde Publica, v.18, n.6, p.1639-1646, 2002.

SILVEIRA, J. L. G. C. da; OLIVEIRA, V; PADILHA, W. W. N. **Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças.** Pesqui. Odontol. Bras, São Paulo, v.16, n. 2, Abr/June 2002.

SOUSA, E. M.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C. **Promoção da Saúde: uma estratégia para o fortalecimento das práticas em saúde bucal.** RFO, v.12, n.2, p.20-26, maio/agosto 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

TRAVASSOS. Desigualdades geográficas e sociais no acesso 08 jul. 2013

UNGLER, T, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Rev. Saúde pública, São Paulo, 24:445-52, 1990. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415- Acesso em: 08 jun. 2013.