

BIANCA NATIVIDADE SABATINO

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE BUCAL COM A INCLUSÃO DE
ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL E PRIORIZAÇÃO DE
ATENDIMENTO**

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: Professor Bruno Leonardo de Castro Sena

Governador Valadares / Minas Gerais

2013

BIANCA NATIVIDADE SABATINO

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE BUCAL COM A INCLUSÃO DE
ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL E PRIORIZAÇÃO DE
ATENDIMENTO**

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: Professor Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

Professor Bruno Leonardo de Castro Sena - Orientador

Professora Dr^a. Mara Vasconcelos – Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 14/09/2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me ajudou em todos os momentos dessa caminhada, é por Ele que a vitória é alcançada.

Dedico esse trabalho à população do município de Jampruca/MG, que fez parte desta construção diante das necessidades e percepções apreendidas.

À minha família e amigos que em vários momentos para que eu me dedicasse à conclusão do curso me incentivaram.

Ao NESCON/UFMG que ofereceu este curso de especialização que abriu novos horizontes para o trabalho em saúde da família.

A todos os tutores e em especial ao orientador Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena e Fernanda Magalhães Duarte Rocha pelo comprometimento e empenho no processo da construção do saber e a conclusão deste trabalho.

RESUMO

O trabalho teve como objetivo elaborar um plano de ação para contribuir na melhoria da qualidade de vida e acesso da população ao serviço de saúde bucal, priorizando os casos de maior necessidade na rede pública de Jampruca/MG. O projeto de intervenção é, portanto, uma ação planejada com vistas às tomadas de decisão, para que se possa chegar aos objetivos desejados. Para a fundamentação deste estudo foi realizada uma busca no SciELO (Scientific Electronic Library Online), na Biblioteca do CRO/MG. Pesquisas também foram realizadas em sites especializados na temática como os do Ministério da Saúde/DAB (Departamento de Atenção Básica), NESCON (Núcleo Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina). Para a construção do plano de ação, procuramos seguir o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), envolvendo diversos setores sociais e gestores municipais na identificação das suas necessidades e problemas. A ênfase do estudo foi o acolhimento como estratégia no processo de trabalho. O acolhimento não é um local, mas uma postura ética, uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços de saúde. O profissional deve escutar a queixa do paciente, identificar o problema e encaminhar para resolução do mesmo. Para isso é necessária uma escuta qualificada e trabalho em equipe, evitando filas e proporcionando satisfação ao usuário. O conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. O acesso do usuário aos serviços de saúde é uma das principais preocupações do SUS, profissionais da saúde e gestores. Alguns caminhos estão sendo estudados para tornar o acesso mais humanizado. Priorizando o que deve ser priorizado, atendendo tanto a demanda espontânea, as urgências e as ações programadas pela equipe. Esse trabalho teve o objetivo de propor ações que vão colaborar para que a Equipe de Saúde da Família II de Jampruca tenha um processo de trabalho adequado, melhorando assim a qualidade do atendimento. O Acolhimento, implementado na rede pública de Jampruca/MG, colocou-se enquanto estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, procurando mudar as relações entre profissionais e usuários e dos membros da equipe entre si, levando à reflexão várias questões como: o grau de cooperação da equipe de saúde, a humanização das relações interpessoais, a sensibilidade de escuta às demandas dos usuários.

Palavras-chave: “Acolhimento”, “Demanda de Atendimento”, “Plano de ação em Saúde Bucal”, “Planejamento em Saúde Bucal” e “Priorização do Atendimento”.

ABSTRACT

The study aimed to develop a plan of action to contribute towards improving the quality of life and people's access to oral health services, prioritizing the cases of greatest need in the public Jampruca / MG. The project intervention is therefore a planned action aimed at decision-making, so that we can reach the desired goals. For the rationale of this study was carried out a search at SciELO (Scientific Electronic Library Online), the Library of CRO / MG. Searches were also conducted at sites specialized in the theme as the Ministry of Health / DAB (Department of Primary Care), NESCON (Core Health Education, Faculty of Medicine). For the construction of the action plan, we follow the method Situational Strategic Planning (ESP), involving various social sectors and municipal managers in identifying their needs and problems. The emphasis of the study was the host as a strategy in the work process. The host is not a place but an ethical stance, an action that should occur in all places and times of health services. Professionals should listen to the patient's complaint, identify the problem and refer to the same resolution. For this you need a qualified listening and teamwork, avoiding queues and providing satisfaction to the user. The concept is realized in the daily host of health practices and capacity agreement between the user demand and the possibility of service response. User access to health services is a major concern of the NHS, health professionals and managers. Some paths are being studied to make access more humanized. Prioritizing what should be prioritized, given both the spontaneous, emergencies and the actions planned by the staff. This work aimed to propose actions that will contribute to the Family Health Team II Jampruca have a proper work process, thus improving the quality of care. The Reception, implemented in public Jampruca / MG, put up as a strategy for changing the work process in health, seeking to change the relationships between professionals and clients and team members with each other, leading to several reflection questions as: degree of cooperation of the health team, the humanization of interpersonal relations, sensitivity to listen to the demands of users.

Keywords: "Home", "Customer Demand", "Action Plan on Oral Health", "Planning for Oral Health" and "Prioritization of Service."

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: População da Área de Abrangência da Equipe de Saúde da Família II de Jampruca/MG, segundo a faixa etária.	13
QUADRO 2: População da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família II de Jampruca/MG segundo a faixa etária e sexo.	14
QUADRO 3: População da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família II de Jampruca/MG, segundo a faixa etária e microárea.	15
QUADRO 4: População da Área de abrangência da Equipe de Saúde da Família II de Jampruca/MG, segundo a faixa etária e microárea.	16
QUADRO 5: Fatores de risco e protetores das pessoas e nas famílias	25
QUADRO 6: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico de Jampruca	33
QUADRO 7: Matriz lógica do plano de intervenção (por indicador) a ser construída de forma participada.	45
QUADRO 8: Quadro Ações propostas pelo CONASS	45
QUADRO 9: Agenda da semana ESB II	47
QUADRO 10: Ações propostas para o PSF II	47

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Algoritmo de Atendimento do Paciente com Urgência Odontológica	26
FIGURA 2: Fluxograma Atendimento População adstrita	36
FIGURA 3: Fluxograma Atenção Programada	38
FIGURA 4: Fluxograma do Acolhimento	39
FIGURA 5: Formulando o Acolhimento	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ASB** – Auxiliar em saúde bucal
- AEC** – Atividade Extra clínica
- AP** – Atenção Primária
- CEABSF** – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
- CLS** – Comissão Local de Saúde
- CMS** – Conselho Municipal de saúde
- CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CPO-D** – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados.
- CRAS** – Centro de Referência da Assistência Social
- CRO** – Conselho Regional de Odontologia
- DAB** – Departamento de Atenção Básica
- ESB** – Equipe de Saúde Bucal
- ESF** – Equipe de Saúde da Família
- EPS** – Educação Permanente em Saúde
- INANPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social
- MS** – Ministério da Saúde
- NB** – Necessidades Bucais
- NESCON** – Núcleo Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG
- PES** – Planejamento Estratégico Situacional
- PNH** – Política Nacional de Humanização
- PSF** – Programa Saúde da Família
- RASs** – Redes de Atenção Saúde
- RB** – Risco Biológico
- RS** - Risco Social
- SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- TCC** – Trabalho de Conclusão de Curso
- TSB** – Técnico em saúde bucal
- VD** – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA.	17
3. OBJETIVOS	18
3.1 - Objetivo Geral	18
3.2 - Objetivos Específicos.	18
4. METODOLOGIA	19
5. REVISÃO DE LITERATURA	20
5.1. Acolhimento	20
5.3. Planejamentos em Saúde	22
5.3. Processo de Trabalho	23
5.4. Sistemas de Atenção à Saúde	24
5.5. Avaliação de Risco	25
5.6. Educação em Saúde	26
5.7. Educação Permanente	29
6. PLANO DE AÇÃO	31
6.1 - Problema priorizado	32
6.2 - Como o problema foi identificado	32
6.3 - Descrição e explicação do problema	33
6.4 - Nós críticos	33
6.5 - Desenho das Operações ESB / ESF PSFII	36
6.5.1 – Diagnóstico Situacional do Município de Jampruca	40
6.5.2 - Fluxo Atendimento da ESF / ESB PSF II	40
6.5.3 – Estratégia	42
6.5.4 – Normas Operacionais	42
6.5.4.1 - Horário	42
6.5.4.2 – Numero de pacientes agendados	43
6.5.4.3 – Faltas	43
6.5.4.1 - É Considerada Urgência	44
6.6 Ações e agendas	46
7. DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS	53
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57

1. INTRODUÇÃO

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) acontece a cada dia com o avanço do processo de descentralização desencadeado pelo Ministério da Saúde o que implica em aprimorar a gestão dos serviços de saúde. O município passa a ser de fato o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população e das exigências de intervenções em seu território.

O acesso universal, a equidade, a integralização das ações, a hierarquização dos serviços, a descentralização além do controle social são atribuições que coexistem com as diversas organizações de saúde. É, portanto indiscutível a necessidade de reorganização das praticas sanitárias para a construção de novo modelo de atenção. (BRASIL, 2001)

A inclusão da ESB como parte do Programa Saúde da Família foi definida efetivamente a partir da Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000). Onde foi estabelecido incentivos financeiros e critérios para a inclusão de uma ESB para cada duas equipes de PSF, objetivando à reorganização da Atenção Básica odontológica na esfera do município, procurar a melhoria da qualidade de vida da população assim como seu perfil odontológico.

Considerando-se a saúde bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla - enquanto qualidade de vida – adquire maior importância à busca de mecanismos que ampliem as suas ações, e viabilizem a melhoria do quadro epidemiológico no Brasil.

Jampruca é uma cidade com 5067 habitantes, com uma área de 517.094 km², densidade demográfica 9,8 (IBGE, 2010). A grande extensão territorial e a população distribuída neste território é um fator que constitui desafio na cobertura adequada de 100% desta população. Quando falamos em cobertura da atenção primária, o município é 100% coberto pelo PSF, porém o acesso ao serviço de saúde é dificultado pelas grandes distâncias assentamentos e, fazendas e outros dificultadores. Possui um distrito denominado São Sebastião do Barroso com uma população de 348 pessoas, segundo SIAB (2010, 2011), pois os dados da ficha A não foram atualizados em 2011. Por isso, nesse diagnóstico os dados serão de 2010 e 2011.

Quanto à questão política a cidade, não apresenta uma população ativa e consciente, a maioria não entende de política, vivem num sistema de troca de favores. A cidade vive basicamente da agricultura familiar e da pecuária de subsistência.

Apresenta o pior índice de Desenvolvimento - IDH que é de 0,609, segundo Atlas de Desenvolvimento Humana/PNUD (2010), um dos menores da região do Vale do Rio Doce, Leste de Minas e até mesmo de Minas Gerais..

É uma população miscigenada, com diferentes níveis de poder econômico e com necessidades diferentes. A parte da população urbana, na sua maioria possui melhor poder econômico do município. Muitos vivem do comércio local e de emprego público.

A população alfabetizada é de 3.650 habitantes e o município possui apenas escolas públicas de ensino fundamental e médio (IBGE, 2010).

Na área da saúde Jampruca possui atendimento de nível primário (atendimento básico), oferecido atualmente, por duas unidades básicas de saúde na sede e uma unidade de apoio no distrito do Barroso. São duas equipes de Saúde da Família composta por seis ACS, uma ASB uma CD, uma enfermeira e um médico, não contamos com TSB em nenhuma das duas equipes ESF, e uma equipe básica composta por duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, um clínico, uma psicóloga, duas fisioterapeutas, uma assistente social e um ginecologista. As duas unidades têm assistência farmacêutica são dois farmacêuticos/bioquímicos, além de duas técnicas de laboratório, para a coleta de material, os exames todos são realizados em Governador Valadares, não contamos com pronto atendimento, hospitais ou atendimentos de médio e / ou alta complexidade. Na Unidade Centro de Saúde de Jampruca funciona a equipe básica e que o PSF I, microáreas de 01 a 06 e uma equipe básica, e a Unidade José Laviola Matos, onde está implantada a equipe PSF II, com as microáreas 07 a 12. No distrito de São Sebastião do Barroso há também uma unidade de saúde, denominada Unidade São Sebastião do Barroso, onde também atende a equipe PSF II. Há uma cobertura de 100% da população, em números, porém o acesso ao serviço é difícil as grandes distâncias e a pobreza da região o que o torna praticamente 100% SUS dependente.

A área de abrangência da equipe PSF II é composta por 710 famílias e 2800 pessoas sob a sua responsabilidade, e atende uma parcela da população urbana (405 famílias), uma parcela da área rural nos córregos Limeira e Bananal (199 famílias) e a população do único distrito do município, São Sebastião do Barroso que apresenta 348 moradores, (SIAB 2010). A equipe de PSF II possui duas Unidades sob sua responsabilidade: a Unidade José Laviola Matos situada na zona urbana e a Unidade São Sebastião do Barroso, situadas no distrito de São Sebastião do Barroso.

A cidade sede da micro e macrorregião é município de Governador Valadares. Itambacuri e Frei Inocência juntamente com Governador Valadares são as cidades para onde

são referenciados as consultas e exames de média e alta complexidade, atendimento de urgência e emergência.

Temos vários problemas decorrentes das políticas públicas, condições de saneamento, modelo de desenvolvimento econômico e social, hábitos e estilo de vida, nível social, econômico e cultural, estrutura dos serviços de saúde inadequada, processo de trabalho inadequado. As familiares não estão classificadas por risco social, perfil demográfico nem por fatores de risco ou condições pré-estabelecidas. É elevado o uso do tabaco, álcool e uso de drogas. Quanto ao serviço de saúde bucal até 2011, aparentemente não era trabalhada a Promoção de Saúde e Prevenção, sendo um atendimento voltado ao atendimento da demanda espontânea em detrimento ao planejamento, com elevados índices de tratamentos mutiladores.

Jampruca só conta com atenção primária em saúde e a rede dos serviços de saúde não é definida claramente. Depara-se com dificuldades de referenciar os pacientes para especialidades odontológicas, não temos uma rede de saúde organizada e, portanto a contra-referencia é praticamente inexistente, pois não há nenhum fluxo de atendimento traçado com a cidade polo da nossa micro.

Uma das características do trabalho organizado da ESB no PSF é entender que há vários espaços e diferentes níveis de complexidade no trabalho que exigem programação da agenda de trabalho. Apesar de a equipe estar implantada há vários anos, sempre se trabalhou a urgência em detrimento as ações de prevenção e promoção à saúde. É de suma importância a introdução do “acolhimento” como um instrumento de trabalho porque, ao incorporar as relações humanas, oferece uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário, invertendo a lógica de organização e otimizando o funcionamento do serviço de saúde.

A demanda organizada ou atenção programada é caracterizada por pessoas cadastradas na área de maior vulnerabilidade sem excluir os usuários que buscam a demanda espontânea. Os indivíduos que apresentarem doença ativa são agendados para atendimento individual na Unidade de Saúde, ou para receber atenção em espaços extra clínicos, como os domicílios (pessoas com necessidades especiais ou acamadas) ou escolas e creches. Os indivíduos sem atividade de doença podem ser incluídos em grupos de controle ou manutenção de saúde bucal coletiva.

O acolhimento é uma maneira de humanizar e organizar o trabalho das equipes de saúde e os demais setores de serviço. Este processo se expande além do simples ato de receber um paciente, mas sim é caracterizado como um conjunto de ações e atitudes que compõem os processos deste trabalho.

Acolher não significa a solução completa dos problemas citados pelo usuário, mas a atenção empregada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de sua fala, e até mesmo o que se comunica sem as palavras, e perceber as necessidades individuais ou coletivas.

O usuário do serviço de saúde busca obter no “acolhimento”, uma relação de compromisso por parte do trabalhador de saúde, e a priorização problema/necessidade que o leva ao SUS, esperando a atenção, a escuta e o respeito, por parte dos membros da equipe.

QUADRO 1: População da Área de Abrangência da Equipe de Saúde da Família II de Jampruca/MG, segundo a faixa etária.

<i>FAIXA ETÁRIA</i>	<i>2010</i>		<i>2011</i>	
	Nº	%	Nº	%
Menor de 1 ano	0	0	0	0
1 a 4 anos	24	0,9	16	0,6
5 a 9 anos	196	7,5	162	6,2
10 a 14 anos	250	9,6	242	9,3
15 a 19 anos	258	9,9	263	10,1
20 a 49 anos	1183	45,6	1202	46,3
50 a 59 anos	230	8,9	243	9,4
60 anos e mais	457	17,6	470	18,1
TOTAL	2598	100	2598	100

Fonte: SIAB (2010, 2011).

QUADRO 2: População da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família II de Jampruca/MG segundo a faixa etária e sexo

<i>FAIXA ETÁRIA</i>	<i>2010</i>				<i>2011</i>			
	MASCULINO		FEMININO		MASCULINO		FEMININO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor 1 ano	0	0	0	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	12	0,9	12	0,9	8	0,6	8	0,6
5 a 9 anos	99	7,6	97	7,5	86	6,7	76	5,9
10 a 14 anos	129	10	121	9,3	121	9,3	121	9,3
15 a 19 anos	125	9,7	133	10,2	126	9,7	137	10,5
20 a 49 anos	604	46,6	579	44,5	620	47,8	582	44,7
50 a 59 anos	112	8,6	118	9	114	8,8	129	9,9
60 anos e +	215	16,6	242	18,6	221	17,1	249	19,1
TOTAL	1296	100	1302	100	1296	100	1302	100

Fonte: SIAB (2010, 2011).

QUADRO 3: População da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família II de Jampruca/MG, segundo a faixa etária e microarea.

<i>FAIXA ETÁRIA</i>	<i>MICRO 7</i>	<i>MICRO 8</i>	<i>MICRO 9</i>	<i>MICRO 10</i>	<i>MICRO 11</i>	<i>MICRO 12</i>	TOTAL
Menor 1 ano	0	0	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	2	0	3	9	7	3	24
5 a 9 anos	41	31	50	19	26	29	196
10 a 14 anos	49	50	53	34	23	41	250
15 a 19 anos	53	40	60	34	33	38	258
20 a 49 anos	239	197	282	170	145	150	1183
50 a 59 anos	40	65	42	30	28	25	230
60 anos e +	107	90	89	56	53	62	457
TOTAL	531	473	579	352	315	348	2598

Fonte: SIAB (2010).

QUADRO 4: População da Área de abrangência da Equipe de Saúde da Família II de Jampruca/MG, segundo a faixa etária e microárea.

<i>FAIXA ETÁRIA</i>	<i>MICRO 7</i>	<i>MICRO 8</i>	<i>MICRO 9</i>	<i>MICRO 10</i>	<i>MICRO 11</i>	<i>MICRO 12</i>	TOTAL
Menor 1 ano	0	0	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	1	0	0	8	6	1	16
5 a 9 anos	34	20	44	14	20	30	162
10 a 14 anos	49	48	52	32	27	34	242
15 a 19 anos	52	47	62	31	29	42	263
20 a 49 anos	242	200	284	176	151	149	1202
50 a 59 anos	46	62	47	33	28	27	243
60 anos e +	107	96	90	58	54	65	470
TOTAL	531	473	579	352	315	348	2598

Fonte: SIAB (2010, 2011).

2. JUSTIFICATIVA

A escolha do tema deste Trabalho de Conclusão de Curso, "Planejamento em saúde Bucal com a inclusão de acolhimento em Saúde Bucal e Priorização de atendimento", tem como anseio que o atendimento da população seja realizado de forma mais humanizada e adequada respeitando os princípios do SUS. É importante identificar os nós da minha área de abrangência sejam eles biológicos, sociais, culturais, em relação à saúde pública e individual.

O Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde (MS), iniciado em 1994, se configura como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Considera -se a saúde bucal como um dos componentes da Estratégia da Saúde da Família, que adquire maior importância na busca de mecanismos que ampliem o acesso da população a essas ações e viabilizem a melhoria do quadro epidemiológico (BRASIL, 2000).

Esta mudança leva também a uma melhora na qualidade do serviço de saúde e suas especialidades como a eficácia, eficiência, efetividade, oportunidade, continuidade, acessibilidade, otimização, legitimidade e ética, procurando sempre o melhor atendimento para determinada hora, principalmente para determinar que algumas vezes não somos capazes de dar ao usuário do sistema o que ele realmente necessita ou mesmo o que quer que muitas vezes não afinar-se assim com as obrigações a serem priorizadas pela equipe e gestores.

Sendo assim, é imperativo pensar metodologias de trabalho que incluam o acolhimento nas práticas de saúde da Equipe de Saúde II de Jampruca/MG.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para melhorar o acesso da população ao serviço de saúde bucal da Equipe de Saúde II de Jampruca, priorizando os casos de maior necessidade.

3.2 - Objetivos Específicos

- ✓ Propor um plano de ação que observe ações que ajudem a priorizar os casos mais urgentes realizando um planejamento contínuo;
- ✓ Reduzir o tempo de espera para tratamento odontológico;
- ✓ Sensibilizar os outros membros da equipe quanto à necessidade de uma avaliação criteriosa dos cuidados com a sua saúde bucal;
- ✓ Distribuir regularmente escova e creme dental fluoretado;
- ✓ Adequar à forma de organização da demanda: atenção à livre demanda; atenção às urgências; atenção programada e a manutenção ou retorno programado;
- ✓ Oferecer de forma integral ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com a necessidade, investindo na melhoria da oferta de serviços de atenção especializada em saúde bucal, de forma a garantir essa integralidade de ações.

4. METODOLOGIA

Para ter uma fundamentação para a concretização deste TCC foi realizada uma busca na internet na base de dado SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), e na Biblioteca do CRO/MG em textos que tivessem relação com o tema proposto, sendo utilizados os seguintes descritores: “saúde bucal”, “planejamento em saúde bucal”, “inclusão de acolhimento em saúde bucal” e “priorização de atendimento”. Pesquisou-se também em sites especializados na temática como os do Ministério da Saúde e do NESCON entre outros. Além disto, recorri aos Trabalhos de módulos anteriores deste curso de especialização com o intuito de fornecer embasamento teórico e relevância ao TCC.

Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010, p. 20).

Assim buscou-se a preparação de um plano de ação, para enfrentamento do problema, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Este método envolve os diversos setores sociais e gestores municipais na identificação das suas necessidades e problemas, facilitando o trabalho intersetorial e apoiando o processo de planejamento participativo.

A Equipe de Saúde resolveu priorizar o planejamento para tornar o atendimento odontológico mais humanizado com um processo de trabalho mais adequado e produtivo.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Acolhimento

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que entendemos o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS.

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gérias (2010, p. 14):

O acolhimento implica ainda em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando necessário, o paciente e sua família a outros serviços de saúde visando à continuidade da assistência e estabelecendo articulações que garantam a eficácia desses encaminhamentos.

Segundo a Cartilha da PNH – Política Nacional de Humanização, Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde do Ministério da Saúde:

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2006, p.16).

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável, ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Ambas as noções têm sua importância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo (BRASIL, 2010, p.14).

O acolhimento como dispositivo técnico-assistencial permite a ponderação e a mudança dos modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. Na avaliação de risco e de vulnerabilidade, não podem ser desconsideradas as percepções do usuário (e de sua rede social) acerca do seu processo de adoecimento. Avaliar os riscos e a vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois

muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade do que outros pacientes aparentemente mais necessitados (BRASIL, 2010, p.25).

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorecem a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira. Na consulta de acolhimento, além de serem realizadas atividades educativas, de comunicação e de interação, são também definidos os grupos para assistência coletiva e/ou individual.

Aqueles que chegam à unidade de saúde por livre demanda também podem participar da consulta coletiva de acolhimento.

A livre demanda ou demanda espontânea é caracterizada por pessoas que buscam o atendimento por sua autopercepção ou por alguma intercorrência clínica (MOYSES, 1997).

Sempre que possível, o acolhimento para esse tipo de demanda deve ser diário e ofertado nos dois turnos de trabalho, devendo ocupar no máximo 50% do tempo clínico (CURITIBA, 2004). O usuário pode ser encaminhado ao pronto-atendimento quando em situação de urgência ou à atenção coletiva quando necessitar de orientações, ou, ainda, ser agendado quando identificada a necessidade de tratamento.

5.2. Planejamentos em Saúde

O planejamento é um processo que depende essencialmente de conhecer profundamente a situação atual de um sistema e definir aquele a que se pretende chegar. Certamente não existem regras para a abordagem da população-alvo quanto às ações odontológicas em cada contexto. A equipe deverá conhecer a realidade e, com base nela, planejar a intervenção.

O dialogo entre Alice e o Gato do livro “Alice no País das Maravilhas”, Lewis Carroll (2002, p. 19), faz-nos pensar e refletir. Vejamos:

O senhor poderia me dizer, por favor, qual o caminho que devo tomar para sair daqui? Isso depende muito de para onde você quer ir! respondeu o Gato. Não me importo muito para onde... retrucou Alice. Então não importa o caminho que você escolha, disse o Gato.

E da mesma forma devemos saber a onde queremos chegar, para depois nos debruçarmos no planejamento das ações.

O instigante na implementação do SUS é a exigência cada vez maior da utilização de tecnologias e ferramentas que promovam a identificação dos principais problemas de saúde de nossa área de abrangência e a definição de intervenções eficientes e eficazes. O Planejamento é uma dessas ferramentas.

A programação das ações deve contemplar todos os grupos etários de forma a efetivamente intervir na realidade de saúde das famílias. Levando em consideração o trabalho multidisciplinar, as ações educativo-preventivas devem ser valorizadas e priorizadas no planejamento, uma vez que se compõem em ações de baixa complexidade e alta abrangência populacional. Para realizar o planejamento do sistema de trabalho e do desenho de intervenção, é preciso contrapor primeiramente questões básicas que auxiliam na organização: o que será realizado, onde será realizado, quem realizará, para quem e quais as ferramentas e métodos de trabalho.

Para subsidiar o planejamento com dados da realidade populacional recomenda-se a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco. Esse processo, no entanto, precisa ser acompanhado utilizando um sistema de informação que disponibilize os dados, produzindo informações consistentes, capazes de gerar novas ações.

O planejamento é um processo que depende fundamentalmente de conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir aquele a que se pretende chegar (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1999).

É importante que a agenda da ESB procure compatibilizar as ações intra e extra clínicas em todos os turnos de trabalho, para atendimento da demanda da área adstrita (SILVEIRA FILHO, 2002).

Importante destacar a questão do monitoramento de nossas ações em saúde. Muitas vezes planejamos e executamos, mas não tomamos o cuidado de verificar todos os resultados alcançados. O feedback da população é muito importante para podermos reorganizar nossas estratégia de intervenção.

5.3. Processo de Trabalho

O trabalho em equipe é essencial no processo da organização da atenção primária em saúde bucal. O trabalho centrado em ações individuais e redirecionado para ações conjuntas, tanto no nível da própria equipe de saúde bucal como no nível da equipe de saúde. Quanto à odontologia, as dificuldades de integração com o restante da equipe de saúde ainda são imensas, muitas vezes nós mesmos nos isolamos dentro dos nossos consultórios e não somos chamados a participar do processo de decisão. Na maior parte das vezes ficamos a parte quanto ao planejamento das ações.

O processo de trabalho da ESB está orientado para a atenção a usuários/famílias prioritários e não prioritários. Esta etapa de planejamento deve ser amplamente discutida, envolvendo toda a ESF, coordenação e Conselho Municipal de Saúde, já que não existe Comissão Local de Saúde além das lideranças comunitárias. Os processos de trabalho devem ser reorganizados pela equipe multiprofissional que se incumbe da escuta e da responsabilização pelo atendimento, para dar respostas às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, valorizando sua cultura, saberes e capacidades de avaliar riscos.

Os profissionais de saúde bucal devem ser preparados para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas. As atividades assistenciais têm maior cobertura e melhor qualidade quando realizadas com participação de todos os membros da equipe. Além disto, na rotina da atenção, a Equipe de Saúde deve estar atenta a sinais de risco em saúde bucal, que exigem encaminhamento ao CD. O que muitas vezes não acontece, alguns casos claramente de responsabilidade da saúde bucal, diversas vezes são encaminhados aos profissionais médicos e enfermeiros.

Queremos com isso construir novos processos de trabalho voltados às famílias, valorizando a intersetorialidade e o controle social, além da responsabilização do usuário pela atenção.

Os profissionais de saúde bucal devem estar voltados à promoção da saúde, controle e tratamento das doenças bucais. É indispensável que ações com esta finalidade atinjam toda a população adstrita e que se faça uso de recursos epidemiológicos para identificar e agir segundo critérios de risco. Devemos considerar a condição individual avaliando os níveis de atividade das doenças e classificando os indivíduos segundo critérios de risco. Este enfoque consiste essencialmente em produzir ações considerando três objetivos populacionais a serem atingidos concomitantemente.

Quanto à adscrição dos usuários, relação serviço / território / população, temos um território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família/ESF, o conhecimento do território, não só territorialmente, mas como espaço do processo de trabalho e do processo de saúde / doença e acessibilidade aos serviços. Somente uma equipe adstrita a um território, e que conhece este território, é capaz de identificar as situações de risco e vulnerabilidade tanto individuais como coletivos para traçar diretrizes para abordagem esses indivíduos ou coletividades sujeitas à maior probabilidade de danos à sua saúde deverão receber abordagem diferenciada, já que "Esse território apresenta, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção" (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 07).

Para a equipe trabalhar de forma adequada, deve conhecer a sua população, a sua cultura, sua história, os problemas sociais, nível educacional, o meio ambiente, entre outros, para assim poder planejar as ações de promoção, prevenção e reabilitação que vão ter melhor resultado naquela determinada população em determinado tempo.

5.4. Sistemas de Atenção à Saúde

A reorganização da Atenção Básica deve contribuir, ainda, para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de assistência, por meio da implantação de um novo modelo de atenção.

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média e alta complexidades. Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que se respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais (MENDES, 2012).

A atenção primária à saúde hoje é vista como reordenadora do SUS e como coordenadora das redes de atenção à saúde, e passa por reformas intensas para solucionar os problemas existentes. Na prática, acontece com na estratégia da implantação e implementação do PSF e hoje como uma Estratégia de Saúde da família (ESF) (MENDES, 2012).

5.5. Avaliação de Risco

O Acolhimento com avaliação de Risco é uma reversão da lógica do atendimento por ordem de chegada, possibilitando a identificar e priorizar usuários em situação de emergência/maior risco e vulnerabilidades.

A seleção dos usuários/famílias prioritários para a atenção odontológica programada no ESF será feita através da Avaliação de Risco, que tem como objetivo verificar as necessidades de tratamento do(s) mesmo(s) e a ordem de prioridade em relação aos demais usuários.

Segundo Brasil (2012, p. 08):

A estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Na Atenção Básica, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento após a primeira escuta, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção imediata se faz necessária. Por outro lado, é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado. E a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades podem ser bastante úteis nesse sentido.

Segundo o Ministério da Saúde são analisados pacientes prioritários os usuários/famílias que apresentam condição de Risco Biológico (pela presença de doenças crônicas, acamados, gestantes, etc.), Risco Social e Necessidades Bucais que afiancem um atendimento preferencial em relação a indivíduos que não apresentam tais condições. A determinação dos grupos prioritários e não prioritários deve ser um processo em avaliação constante já que a realidade local é dinâmica.

Porém não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas, e que o acolhimento é uma grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado – pois é um momento em que o usuário busca ajuda e, em geral, está mais acessível e com o intuito de ter um diálogo com a equipe de saúde. Para análise de vulnerabilidade, deve-se observar o modo de vida das pessoas, o acesso dessas pessoas à informação e a capacidade de incorporá-la ao cotidiano, transformando seu estilo de vida, por meio da aquisição de novos hábitos como práticas de prevenção.

Para uma ação eficaz da ESF é fundamental, com base no cadastro familiar e no diagnóstico dos fatores de riscos e protetores, deve-se elaborar uma classificação de riscos familiares. Essa classificação tem como objetivo identificar os fatores de risco presentes nas famílias e fazer a classificação dessas famílias em: sem riscos, baixos riscos, médios riscos e altos riscos. Os critérios de riscos expressam-se nas prioridades de atendimento das famílias, de tal forma que há que se discriminarem positivamente as de maiores riscos.

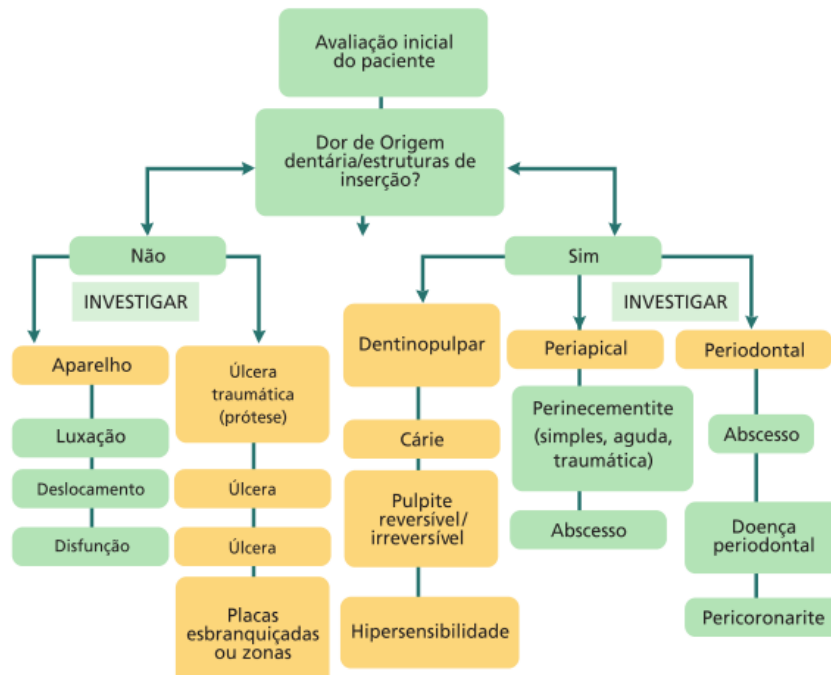
QUADRO 5: Fatores de risco e protetores das pessoas e nas famílias

FATORES	RISCOS	PROTETORES
PESSOAIS	Desnutrição, gravidez precoce, adições, depressão, desemprego, baixa autoestima, atividade sexual precoce e tendências a evitar os problemas ou ao fatalismo	Autoestima, autoeficácia, empatia, capacidade intelectual, capacidade de planejamento e de resolução de problemas
FAMILIARES	Família uniparental, separação dos pais, abuso sexual, gravidez precoce, negligência dos pais, baixa renda, filhos com deficiências, doença terminal, ausência de planejamento familiar	Ambiente cálido, coesão familiar, estrutura sem disfuncionalidade importante, adaptabilidade e flexibilidade, relação estável com pai ou mãe e pais estimuladores
SOCIAIS	Ausência de apoio social ou de modelos sociais positivos e ausência de redes institucionais	Apoio social, redes institucionais, clima educacional ou laboral positivo e modelos sociais

Fonte: Ministerio de la Salud de Chile ⁽⁷⁵¹⁾

O trabalho da ESF deve levar em conta a classificação de riscos das famílias adscritas às equipes do programa. O trabalho com famílias em situações de risco tem um percurso dinâmico em contínua transformação, constituído por tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelos sujeitos acompanhados.

Quando o paciente chega á unidade para o atendimento de urgência é acolhido pela equipe e avaliado de acordo com o fluxo abaixo.

FIGURA 1: Algoritmo de Atendimento do Paciente com Urgência Odontológica

Fonte: Brasil (2011).

5.6. Educação em Saúde

A Educação em Saúde abrange ações de interação da ESB com o usuário/comunidade ter em vista causar mudanças de comportamento em relação à saúde bucal, tornando-os ativos e responsáveis no processo de promoção de saúde, seja individual ou coletivamente. Fundamentado no conhecimento progressivo dos indivíduos ou comunidade, ampliando o vínculo de respeito e confiança mútua, possibilitando a coparticipação na solução dos problemas.

Promover saúde é mais do que contar para o paciente que cárie pode ser prevenida através da utilização correta de produtos contendo flúor, da limpeza adequada dos dentes e da racionalização do consumo de açúcar. Promoção de saúde é uma ação global, objetivando a melhoria na qualidade de vida das pessoas. Neste contexto, [...] é apenas uma parte do todo. É qualquer esforço planejado para construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes que apoiem o esforço individual e comunitário de ser saudável, fortalecer ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais ou reorientar os serviços (BUISHI, 2003 apud FLORIANÓPOLIS, 2006, p. 05).

O conhecimento técnico-científico deve ser compartilhado e dispor-se à interação com a cultura popular, ampliando as visões de ambos os lados, num processo de construção

compartilhada do saber respeitar a opinião do usuário é de extrema importância, dando oportunidade para que o mesmo manifeste o seu modo de ver a situação.

Segundo o Protocolo de Atenção à Saúde Bucal “As ações educativas para promoção de práticas saudáveis e do auto cuidado e as atividades extra clínica devem ocupar de 15% a 20% das atividades da equipe de saúde bucal” (FLORIANÓPOLIS, 2006, p. 6).

Segundo a Linha Guiado Estado de Minas Gerais, caderno da Atenção à Saúde Bucal:

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, 2006, p.80).

A educação em saúde bucal individual deve acontecer a partir do acesso ao tratamento individual. Tem uma conotação individualizada, em que haverá uma análise da situação de risco do usuário e também serão discutidas medidas que se adaptem à sua realidade (MINAS GERAIS, 2006, p.83).

O que concordo plenamente, apesar de achar a atividade coletiva bastante proveitosa, algumas nuances do processo são individuais.

A capacitação dos profissionais de saúde bucal em práticas e atitudes que os ajudem neste processo são prioritárias, integrando-as à equipe de saúde, e melhorando o vínculo com a comunidade/usuário. Preparados com tecnologias diversas e participando das questões mais amplas da sociedade, como por exemplo: educar e informar as pessoas sobre os efeitos da dieta. As visitas e os atendimentos domiciliares são instrumentos importantes na medida em que possibilita uma ação pró-ativa na identificação dos problemas e, portanto, na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

A comunicação com a comunidade na maioria das vezes ainda é verticalizada, com os saberes dos profissionais, sem dar muita importância para o saber popular, este quadro tende a uma reversão, pois a cada dia mais membros da equipe dão importância aos saberes, as dúvidas e entendimentos da população. Ainda funcionam avisos nas paredes e avisos levados as residências pelos agentes, porém não temos um espaço para ouvir a comunidade adequadamente, como o Conselho Local de Saúde, Conselho Municipal de saúde, e muitas vezes ainda, durante o atendimento individual há um excesso de informações que não são absorvidas pelo usuário.

O processo de educação em saúde vai além da transmissão de informação, significa promover entendimento e sustentar o desenvolvimento de habilidades individuais, comunitárias e políticas que levem os indivíduos realizarem ações para promover saúde.

As atividades de educação em saúde necessitam ser estruturadas e direcionadas a público-alvo e gradualmente a comunidade apresenta-se mais consciente da responsabilidade para com a saúde e de seus direitos. As atividades de educação em saúde têm como objetivo a transformação de caráter prático e a inclusão de hábitos de vida saudáveis pelos indivíduos/famílias/comunidade.

5.7. Educação Permanente

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

Segundo a ESP-MG (2011, p. 11):

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. No campo dos sistemas de saúde, os debates acerca da educação e do desenvolvimento dos recursos humanos levaram a contrastar os paradigmas das denominadas “Educação Continuada” e “Educação Permanente”. A Educação Continuada, tradicional recurso no setor de Saúde, se caracteriza por:

- representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização; conceituar tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários, que se situa no final ou após o processo de aquisição de conhecimentos. Por este fato se produz uma distância entre a

prática e o saber (compreendido como o saber acadêmico) e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática;

- ser uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: são cursos periódicos sem seqüência constante;
- ter sido, em seu desenvolvimento concreto, dirigida predominantemente ao pessoal médico e alcançado, com menos ênfase, o grupo de enfermagem. Centrada em cada categoria profissional, praticamente desconsiderou a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores. O enfoque da Educação Permanente, ao contrário, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo:
 - incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
 - modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;
 - colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
 - abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
 - ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.

A proposta é de ruptura com a dialética da aquisição e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por transformações e avanço institucional fundamentado na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aponta a interface da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde.

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

6. PLANO DE AÇÃO

Organizar a unidade de saúde com adscrição dos usuários, vínculo com responsabilização, trabalho em equipe e gestão participativa, entendendo-se o acolhimento como prática intrínseca e inerente ao atendimento da equipe de saúde. Superando assim a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica e na realização de procedimentos em detrimento da perspectiva humana na interação e na constituição de vínculos entre profissionais de saúde e usuários.

Ampliar a qualificação técnica das equipes em qualidade e habilidades relacionais de escuta qualificada, de modo a estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade, bem como o reconhecimento e a atuação em problemas de saúde de natureza aguda ou relevantes para a saúde pública.

Elaborar protocolos, sob a ótica da intervenção multi e inter-profissional na qualificação da assistência, legitima a inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência na identificação de risco e na definição de prioridades, contribuindo, assim, para a formação e o fortalecimento da equipe.

O acolhimento articulado com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde. É importante não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade, como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o apreendemos como um caminho para o acolhimento nos processos de produção de saúde.

O projeto de intervenção é, portanto, uma ação planejada com vistas às tomadas de decisão, para que se possamos chegar aos objetivos desejados.

Devemos atender todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, garantindo acessibilidade universal. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de deslocar o eixo central do processo curativo para o mais amplo de Promoção e Prevenção em Saúde.

É extremamente importante qualificar a relação trabalhador / usuário, tendo por base parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O acolhimento busca atender o indivíduo em suas necessidades, independentemente do diagnóstico, do nível de complexidade da demanda, ou da percepção do profissional ao qual se apresenta. Necessidade é uma legítima exigência física ou psicológica para o bem estar físico, social ou psicológico de uma pessoa. Devemos sempre tratar as pessoas como importantes, não aceitar desrespeito, querer o bem do outro como a você mesmo.

O processo de trabalho deve envolver a equipe na atenção à saúde, a Equipe deve conhecer o impacto causado pelas suas ações de saúde, a vigilância, a abordagem dos grupos com maiores riscos de adoecimento assim como a atuação no território adstrito, com vistas à produção da saúde, e a criação do vínculo que vai se estreitando, conforme este conhecimento se trona maior dos problemas enfrentados por essa população. A integração da equipe e a ação intersetorial, através da multiterritorialidade, beneficiariam a modificação da realidade local e logo, do espaço geográfico A ESF busca visualizar o território na direção de uma perspectiva multiterritorial.

6.1 - Problema Priorizado

Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais, o que deve ser amplamente discutido entre usuários e trabalhadores de saúde. Compreende-se como o universo de atenção à saúde bucal, toda população da área de abrangência, famílias, grupos e que deverá ser desenvolvida no espaço da Unidade Básica de Saúde e também nos diferentes espaços sociais existentes.

6.2 Como o problema foi identificado?

O problema de acesso ao serviço de saúde bucal é identificado claramente nos atendimentos diários, nos grupos operativos e principalmente nos corredores das unidades de referência da Equipe PSF II.

6.3 Descrição e explicação do problema

O problema no acesso é um dos grandes desafios na saúde, pode ser observado nos serviços de saúde e com grande visibilidade na saúde bucal, principalmente em cidades como Jampruca que não conseguiram adequar um processo de trabalho adequado, o acolhimento não existia e um número restrito de atendimentos diários.

6.4 - Nós Críticos

O processo de trabalho da equipe é inadequado, não existe um protocolo clínico nem organizacional, os hábitos e estilo de vida da população não colaboram para melhorar suas condições de saúde, assim como o nível social, econômico e cultural, pois são bastante arraigados, com muitos mitos a respeito do processo saúde doença, alto índice de tabagismo e alcoolismo, assim como um aumento do número de outras drogas e de modelos puramente curativos.

O serviço de saúde não é devidamente estruturado, não existe planejamento para as ações, a questão gerencia é complicada, envolvimento político é grande.

QUADRO 6: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico de Jampruca

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Aumento de % de RN Peso < 2.500kg	Alta	7	Parcial	1
Aumento da incidência de Gravidez na adolescência	Alta	7	Parcial	2
Inexistência do acolhimento	Alta	7	Parcial	3
Inexistência de planejamento para as ações, principalmente	Alta	7	Parcial	4

no Nível Central, o que dificulta o planejamento no nível local e aumenta as diferenças entre as ações das Equipes				
Falta de protocolo Clínico e de Normas e Rotinas	Alta	7	Parcial	5
Higiene precária tanto pessoal quando nas casas ou ruas	Alta	6	Parcial	6
Alto índice de alcoolismo	Alta	7	Parcial	7
Higiene precária tanto pessoal quando nos domicílios ou ruas	Alta	6	Parcial	8
Educação em saúde deficiente	Alta	6	Parcial	9
Higiene precária tanto pessoal quanto nas casas e ruas	Alta	6	Parcial	10
Dificuldades de acesso aos serviços	Alta	5	Parcial	11
Alta incidência de usuários de drogas inclusive	Alta	5	Parcial	12
Alto índice de pacientes com problemas neurológicos / psiquiátricos / com problemas de audição	Média	4	Parcial	13
Número alto de pessoas sedentárias	Alta	4	Parcial	14
Água não fluoretada	Alta	6	Fora	15
Dificuldade com o transporte	Alta	6	Fora	16

dos membros da equipe para o atendimento na zona Rural e / ou atendimento domiciliar				
Dificuldades com o transporte, e ao acesso ao serviço	Alta	6	Fora	17
Educação Continuada para os profissionais de saúde deficiente	Alta	6	Fora	18
Esgoto a céu aberto, e rede de escoamento deficitária	Alta	5	Fora	19
Alta taxa de Desemprego	Alta	5	Fora	20
Baixa escolaridade em todas as faixas etárias, principalmente entre os mais idosos	Alta	5	Fora	21
Inexistência de uma rede de atenção, principalmente odontológica	Média	4	Fora	22
Poucas opções de lazer	Média	4	Fora	23

Fonte: Autoria Própria (2013).

Para trabalhar o tema escolhido “Planejamento em saúde bucal com a Inclusão de acolhimento em saúde bucal e Priorização de atendimento” resolveu-se priorizar os nós críticos do Processo de trabalho, pois observando o quadro acima fica claro e bem correlacionado os nós: Inexistência do acolhimento, Inexistência de planejamento para as ações, principalmente no Nível Central, o que dificulta o planejamento no nível local e aumenta as diferenças entre as ações das Equipes, Falta de protocolo Clínico e de Normas, Dificuldade com o transporte dos membros da equipe para o atendimento na zona Rural e / ou atendimento domiciliares e Rotinas, Educação em saúde deficiente; Dificuldades de acesso aos serviços; Dificuldades com o transporte, e ao acesso ao serviço.

Então como melhorar o acesso? Como melhorar o acolhimento? Acredita-se que conhecendo o território, conhecendo a população e suas necessidades através de do diagnóstico já levantado no Módulo de Planejamento, um levantamento epidemiológico a ser realizado, melhorará o processo de trabalho, proporcionando educação em saúde para a população e educação continuada aos profissionais de saúde.

O planejamento na maior parte das vezes é feito de forma intuitiva e de forma pouco sistematizada como é demonstrado no módulo de Planejamento e avaliação das ações de saúde, quando se pretendem alcançar objetivos mais complexos e fazê-lo coletivamente torna-se mais evidente o quanto é importante planejar e como é imprescindível contar com um método de planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.5 Desenho das Operações ESB / ESF PSF II

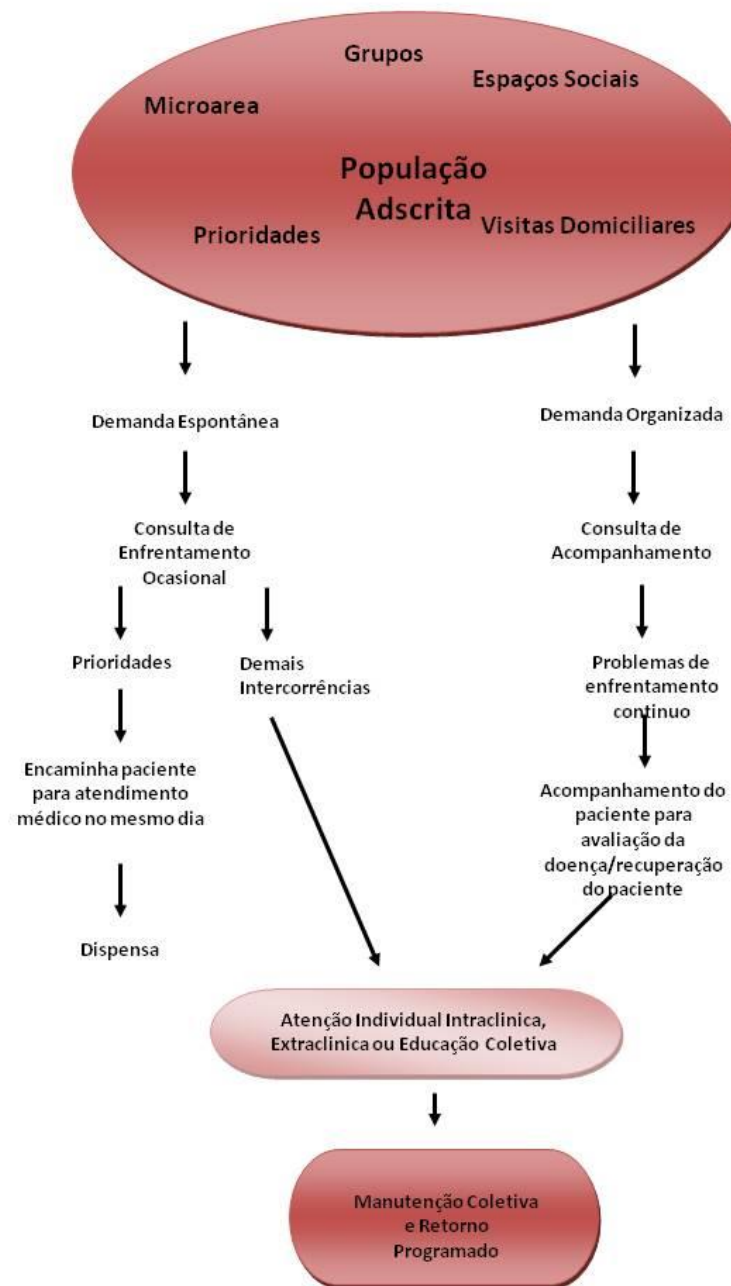
Montagem de grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo de usuário na unidade, reconhecendo-o como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde, realizar um levantamento e análise do modo de organização do serviço e problemas enfrentados. Portanto fica claro, a importância do planejamento participativo e estratégico; a cogestão e a corresponsabilidade dos diferentes atores (usuários, trabalhadores de saúde e gestores) e resolução de situações de conflitos entre estes atores.

Todo plano essencialmente vem de uma necessidade, das mais diversas possíveis, algumas muito simples, outras mais complexas, algumas vezes dependem mais da ESF do que de outras esferas gerenciais, Secretários municipais de saúde e prefeitos umas demandam mais tempo e elaboração.

A comunidade muitas vezes não dá a importância devida a alguns problemas de saúde que estão tão presentes. O que para nós requer um olhar mais cauteloso, para eles não é visto dessa forma. Porém, a verdade em uma comunidade onde faltam os recursos básicos condicionantes e determinantes a uma boa qualidade de vida como água, emprego e segurança, dificilmente haverá preocupação com o diabetes ou hipertensão. Afinal suas necessidades básicas não são satisfeitas. Para gerenciar este problema os profissionais da saúde, tem um trabalho muito maior que a adesão ao tratamento destas doenças de base. É necessária uma visão dinâmica de cada situação vivenciada. Não se pode cometer o grave erro de pensar que só nós estamos planejando ou que o outro pensa como eu. Imprescindível refletir sobre a importância de reforçar o Conselho Municipal e Local de Saúde, pois a

participação popular é de importância preterta, pois pode levar a educação em saúde com seus processos construídos juntos e entendidos no dia a dia. Ficando mais fácil a responsabilização, pois parte também da participação.

FIGURA 2: Fluxograma Atendimento População Adscrita



Fonte: ESP-MG (2006).

Solicitar á Secretaria Municipal de saúde, educação permanente para toda a Equipe e proporcionar aos demais membros da equipe a Educação Permanente em Saúde

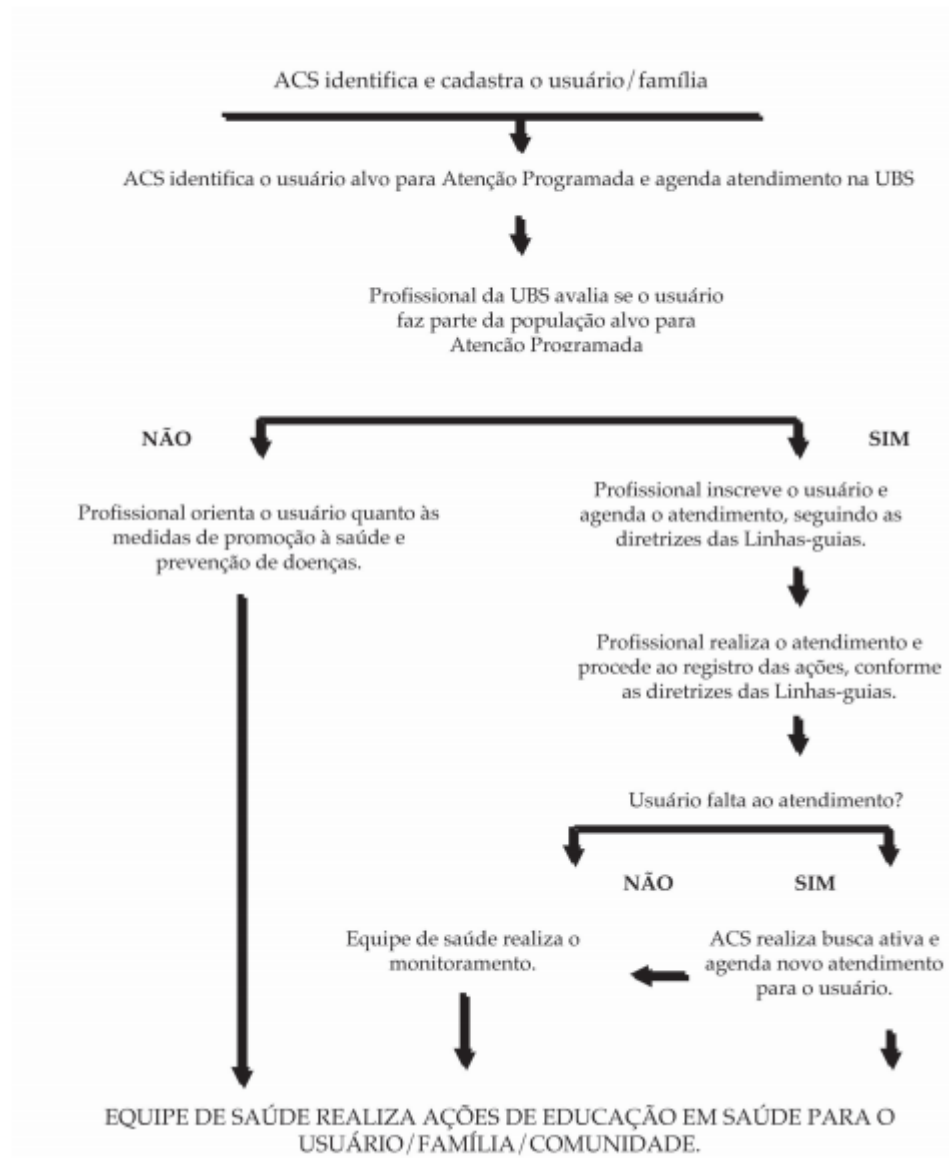
(EPS) e Capacitação, através de reunião, seminários e rodas de conversas, pois é uma proposta de intervenção que estará ancorada em uma perspectiva de educação enquanto possibilidade de construir espaços coletivos para reflexão e avaliação das ações produzidas durante o processo de trabalho das equipes.

Elaborar um projeto junto ao Ministério da Saúde e Estado um Projeto para a aquisição de Consultório odontológico móvel na qual estão acoplados os instrumentos comuns a um consultório comum, para o atendimento da população rural e necessidades especiais melhorando assim o acesso ao Serviço. Ampliando os procedimentos que poderão ser realizados em VD Poderão ser realizados: extrações dentárias, restaurações, profilaxias, remoções de cálculos, etc.

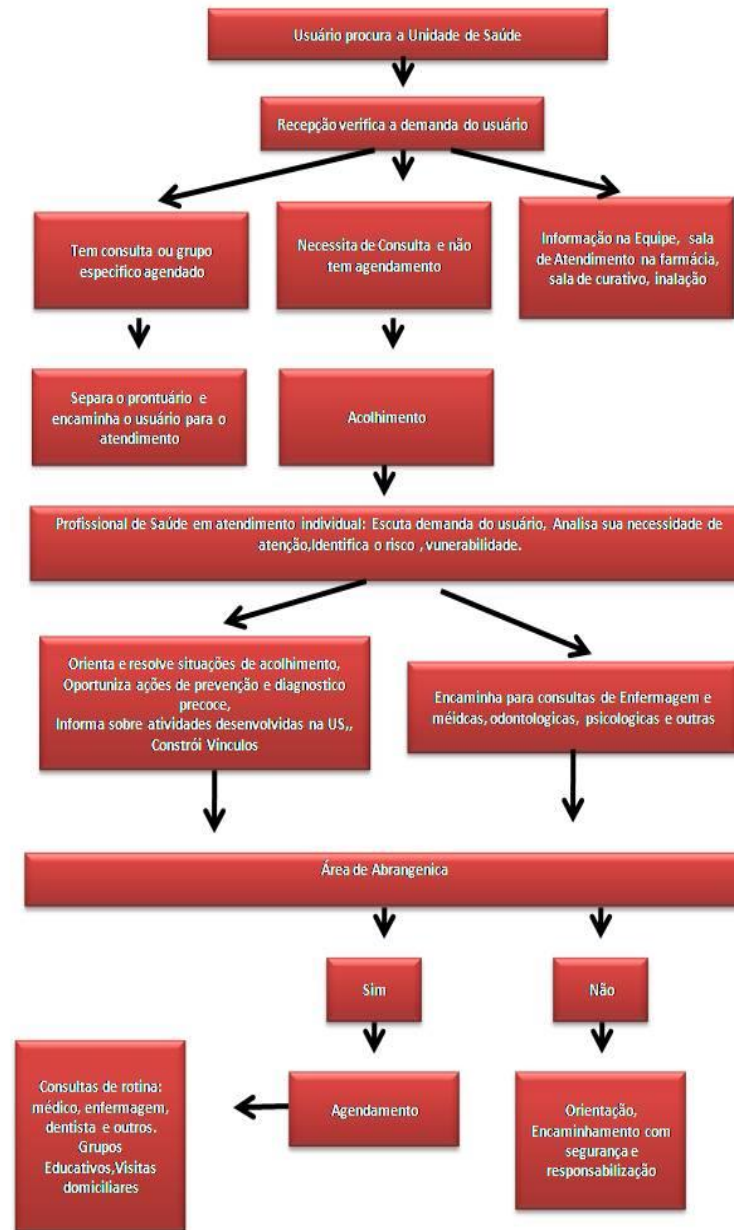
Construção de rodas de conversação para produção de estratégias, equipe e usuários, ampliando a participação de outros setores da prefeitura como representantes da sociedade civil.

Em relação ao fluxo da saúde bucal existe varias maneiras de acessar os serviços, desde o cadastro do usuário em sua residência pelo ACS para a atenção Programada, ou quando o mesmo busca o serviço para acessar o tratamento, ou para um atendimento de urgência, para cada momento existe um fluxo de atendimento.

FIGURA 3: Fluxograma Atensão Programada
ATENÇÃO PROGRAMADA



Fonte: ESP-MG (2006).

FIGURA 4: Fluxograma do Acolhimento

Fonte: ESP-MG (2006).

6.5.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE JAMPRUCA

Segundo Perfil do Município de Jampruca, MG Atlas de desenvolvimento Humano no Brasil (2013, p.53):

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Jampruca é 0,609, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento

Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,181), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,157), seguida por Longevidade e por Renda. Em 2010, 54,25% dos alunos entre 6 e 14 anos de Jampruca estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Em 2000 eram 37,46% e, em 1991, 23,11%. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 15,65% estavam cursando o ensino médio regular sem atraso. Em 2000 eram 5,50% e, em 1991, 0,00%. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 6,55% estavam cursando o ensino superior em 2010, 0,00% em 2000 e 1,52% em 1991. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Jampruca é 0,609, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,181), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,157), seguida por Longevidade e por Renda.

6.5.1. FLUXO DE ATENDIMENTO DA ESB / PSF II JAMPRUCA

Crianças de 0 a 6 anos: São encaminhadas através da ESF/UBS. Os pais procuram o Serviço de saúde bucal de referência, portando documento de identidade da criança e comprovante de endereço para o preenchimento do cadastro bucal e aguardam o agendamento.

Crianças em idade escolar: Recebem o tratamento preventivo através do bochecho com flúor que é realizado nas escolas do município semanalmente. E trimestralmente é realizada aplicação tópica através de escovação com flúor gel. Para o tratamento curativo são agendadas através da escola.

Tratamento em pacientes adultos: Gestantes e nutrizes, pois ao amamentar nutrem a criança, são consideradas prioritárias pelas condições de saúde, além de ser um grupo extremamente importante para trabalhar não só o tratamento restaurador curativo, mas trabalhar a prevenção e principalmente a promoção à saúde, já que esta futura mãe e esta amamentando são um público extremamente interessado no bem estar do seu bebê e, portanto muito atendo para absorver informações importantes a saúde destes. Portanto são encaminhadas através da ESF. As gestantes até o 2º trimestre de gravidez portando o cartão de pré-natal e as lactentes até o bebê completar 5 meses de vida.

Os grupos abaixo relacionados são encaminhados através dos programas da ESF a partir do momento que estejam adequadamente acompanhados pela equipe.

- ✓ Pacientes Diabéticos: - Diabetes tipo I;
 - Diabéticos tipo II;
 - Insulinos Dependentes;
- ✓ Pacientes Imunos-suprimidos;
- ✓ Pacientes em Terapia Medicamentosa – Sofrimento Mental;
- ✓ Pacientes com riscos de endocardite bacteriana:
 - Alto risco
 - Válvulas cardíacas;
 - Endocardite bacteriana prévia;
 - Doenças cardíacas congênitas;
- ✓ Pacientes hipertensos;

Sendo assim o tratamento de um adulto fora dos grupos de riscos segue as orientações abaixo:

- ✓ Agendados após cadastro de acordo com disponibilidade de vagas e a classificação de risco bucal;
- ✓ O tratamento é realizado com agendamentos consecutivos até a conclusão do mesmo, o paciente que tiver 3 faltas não justificadas nos últimos 3 anos ou 2 faltas não justificadas no período entre o exame clínico e o tratamento completado (TC) o tratamento é cancelado;
- ✓ O atendimento de urgência é realizado todos os dias sem agendamento prévio no início do expediente de trabalho. É considerado urgência dor aguda intensa, geralmente advinda de processo infeccioso ou inflamatório agudo (abscesso dentoalveolar, pulpites, pericoronarites, entre outros), trauma (dentário, ósseo, de tecidos moles ou ATM), hemorragias e situações que incapacitem o usuário para a realização de suas atividades diárias.

6.5.3- ESTRATÉGIAS

Do ponto de vista gerencial, a ESF apresenta diversos problemas que devem ser superados: o processo de territorialização que não é realizado de forma adequada, a gerência com base na oferta político partidária, a fragilidade regulatória, a ausência de gestão da clínica e a baixa profissionalização dos gestores em todos os níveis da gestão.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, portanto é uma das estratégias primordiais para o sucesso das ações e serviços de saúde.

Devem-se identificar grupos e áreas de atuação dos Grupos restritos ou clientela cativas. Ex: Escolas, grupos religiosos, espaços de trabalho, etc. Grupos operativos de maior risco: Tabagistas, diabéticos, gestantes, hipertensos, cardiopatas, 3ª idade, etc. Áreas ou indivíduos sob risco social, com abordagem familiar, em domicílio Atuar intersetorialmente, estabelecendo parcerias. Ex: Saúde e escola. Trabalhar de forma multidisciplinar na prevenção de doenças, planejando as ações educativas de forma integrada com as demais áreas de saúde Utilizar abordagem de fator de risco comum.

6.5.4 - Normas Operacionais do Programa

6.5.4.1 - Horário

- ✓ Os usuários deverão ser agendados de meia em meia hora.
- ✓ Início Manhã: 7:30 e último horário as 10:30
- ✓ Início Tarde: 12:30 ou 13:30 e último horário 15:00 horas.

6.5.4.2 - Número de pacientes para atendimento odontológico:

Deverão ser agendados no período de atendimento para CD:

- ✓ Número de agendados: 10 pacientes, sendo:
 - ✓ Bebês: 3 pacientes
 - ✓ Crianças e adolescentes
 - ✓ Com procedimentos restauradores ou cirúrgicos: 3 pacientes
 - ✓ Sem procedimentos restauradores ou cirúrgicos: 3 pacientes
 - ✓ Gestantes: 1 paciente, com horário marcado ou reservar um período da semana para atendimento das mesmas, agendando 5 pacientes.
- ✓ Casos de urgência serão avaliados no início de cada turno de trabalho.

6.5.4.3 - Faltas

✓ Faltas: abonadas apenas as faltas justificadas ou avisadas com antecedência.

✓ Condições que justificam ausência ao tratamento: Doença do paciente confirmada, sempre que possível, por atestado ou apresentação da prescrição de medicamento que comprove o atendimento; Falecimento na família; Prova ou atividade escolar intransferível; Outras situações que serão analisadas pela equipe, como: Condições climáticas desfavoráveis no dia ou no momento da consulta, acidentes, entrevista para emprego, doença na família, teste de habilitação de trânsito, etc. Falta não justificada:

✓ Durante o tratamento na ocorrência de 3 faltas não justificadas nos últimos 3 anos ou 2 faltas não justificadas no período entre o exame clínico e o tratamento completado (TC), o usuário deverá ser excluído do atendimento. Em ambos os casos, sua nova entrada no programa fica condicionada à abertura de vagas ou realização de nova reunião.

6.5.4.4 - É considerada urgência

- ✓ Dor aguda intensa, geralmente advinda de processo infeccioso ou inflamatório agudo (abscesso dentoalveolar, pulpites, pericoronarites, entre outros).
- ✓ Trauma (dentário, ósseo, de tecidos moles ou ATM).
- ✓ Hemorragias
- ✓ Situações que incapacitem o usuário para a realização de suas atividades diárias Os usuários que apresentarem as condições supracitadas deverão ser avaliados e atendidos pelo CD durante o período de trabalho do mesmo, independente do horário de chegada do paciente.

A Equipe de Saúde Bucal/ESB deverá reservar no mínimo 4 horas semanais (ou um período por semana) para Atividades Extra Clínicas (AEC), como Avaliação de Risco, Visita Domiciliar VD, entre outras. Sugere-se que no início do período reservado para as AEC(s) seja realizada a avaliação das Fichas A com o Agente Comunitário de Saúde/ACS da microárea em questão.

Solicitar ao ACS de uma das microáreas que separe com antecedência em média 5 Fichas A de usuários que se encaixem nos critérios de prioridade para análise. De posse da Ficha A, a ESB e o ACS avaliam o Risco Biológico (RB) e Risco Social (RS) de cada usuário, aferindo notas, conforme os critérios a seguir. Para facilitar esta tarefa, foi desenvolvida a Ficha de Avaliação de Risco (Apêndice B) que deve ser parcialmente preenchida neste momento. Após a avaliação dos usuários pré-selecionados, solicitar ao ACS que agende a VD. No dia da VD, a ESB e o ACS, tendo em mãos a Ficha de Avaliação de Risco, devem checar as notas previamente aferidas a RB e RS, ratificando ou retificando os dados conforme a situação encontrada. Em seguida, avaliar as Necessidades Bucais (NB) de cada indivíduo presente na residência, atribuindo nota para este item. Nesta tarefa, realizar exame bucal utilizando espátula de madeira e luz natural. Ao final do período, deve-se calcular a nota do usuário/família. Elaborar uma lista de usuários/famílias a serem convocados para o atendimento, em ordem decrescente de notas. Sempre que possível abranger não só o indivíduo afetado, mas sim toda a sua família. Crianças entre 3 e 14 anos, pertencentes a famílias priorizadas através da Avaliação de Risco, deverão ser preferencialmente incluídas no atendimento odontológico.

6.6 - AÇÕES E AGENDAS

Seguindo sugestão de trabalho do CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde realizar sistematização dos conteúdos e elaborar uma proposta de programação de atenção a demanda espontânea e de implantação de classificação de risco para urgência e emergência no município de Jampruca. Elaboração de uma programação das UBS/ESF para a atenção no ciclo de vida das pessoas e das condições crônicas mais prevalentes (diabetes e hipertensão) com estratificação de risco.

QUADRO 7: Matriz lógica do plano de intervenção (por indicador)
a ser construída de forma participada.

Data	Resultado do indicador	Problema (s) identificado para o alcance de metas	Atividades propostas para melhorar/ resolver o(s) problema (s)	Recursos necessários	Responsáveis

Fonte: CONASS (2011).

QUADRO 8: Ações propostas para o PSF II Jampruca

RESULTADO	ATIVIDADE	PARAMETRO	RESPONSAVEL	QUANTITATIVO	META
Ação Coletiva de Higiene Bucal Supervisionada.	Realizar escovação supervisionada para crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 14 anos cadastrados e para os participantes dos grupos definidos.	100% das crianças e dos adolescentes cadastrados e dos participantes dos grupos definidos realizam a escovação supervisionada			
Coletiva de Bochecho Fluorado.	Realizar bochecho fluorado coletivo em crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 14 anos ou em grupos de adultos sob risco de acordo	100% da população com necessidade recebendo este procedimento			

	com necessidade local.				
Ação Coletiva de Aplicação Tópica de Flúor Gel.	Realizar aplicação tópica coletiva de flúor gel em crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 14 anos ou em grupos de adultos sob risco de acordo com necessidade local.	100% da população com necessidade recebendo este procedimento			
Cobertura de Primeira Consulta (atenção programada).	Realizar Primeira Consulta Odontológica com finalidade de tratamento odontológico prioritariamente para os usuários do grupo R1.	100% dos usuários do grupo R1 recebem tratamento odontológico programado gradualmente.			

Fonte: CONASS (2011).

Como a promoção da saúde é o objetivo principal no trabalho dos profissionais da ESF, além da resolubilidade imediata da queixa trazida pelo indivíduo existe a necessidade de construir um novo processo de trabalho que permita à população identificar os problemas e potencialidades, reconhecendo as condições e os fatores envolvidos na produção da queixa, do sofrimento e da saúde, buscando deixar espaço para esses procedimentos construímos uma agenda, que facilita o trabalho de promoção á saúde, e além disto, pode ser mudada a qualquer tempo conjuntamente equipe e comunidade.

QUADRO 9: Agenda da semana ESB II

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
07:30 às 11:30 Atendimento clínico de Hipertensos e Diabéticos, + emergências	07:30 às 11:30 Atendimento no Distrito de Atendimento clínico de escolares: creches, PNE crianças até 14 anos das escolas da área de abrangência, + emergências.	07:30 às 11:30 Atendimento clínico de bebês e crianças+ emergências	07:30 às 11:30 Atendimento clínico de gestantes, nutrizes + emergências	07:30 às 11:30 Atendimento clínico de escolares: creches, PNE crianças até 14 anos das escolas da área de abrangência, + emergências
12:30 às 16:00 Atendimento clínico de escolares: creches, PNE crianças até 14 anos das escolas da área de abrangência, + emergências l	12:30 às 16:00 Atendimento do Distrito São Sebastião do Barroso	12:30 às 16:00 Participação nas atividades dos grupos estabelecidos na Equipe e/ou Visita domiciliar: priorizar famílias em risco biológico e social	12:30 às 16:00 Atendimento a população e + emergências geral	12:30 às 16:00 Produção Reunião de Equipe

Fonte: Autoria Própria (2013).

A agenda pode ser alterada de acordo com a necessidade da equipe e / ou comunidade.

QUADRO 10: Atividades Programadas ESF II PSF II

<i>ATIVIDADES</i>	<i>RESPONSÁVEL</i>	<i>PRAZO</i>
Acolhimento diário no início dois turnos	CD ASB	Contínuo
Realizar a Classificação de Risco	CD ASB Enfermeira Médico ACSs Técnicos de Enfermagem	De Junho De 2013 A Dezembro De 2013
Classificação de Risco Bucal, inicialmente realizar com pacientes provenientes da Demanda Espontânea. A seleção dos usuários/famílias prioritários para a atenção odontológica programada no PSF será feita através da Avaliação de Risco, que tem como objetivo verificar as necessidades de tratamento do(s) mesmo(s) e a ordem de prioridade em relação aos demais usuários	CD ASB	Imediatamente
Classificação de Risco Bucal, juntamente com as ACSs como descrito anteriormente. A seleção dos usuários/famílias prioritários para a atenção odontológica programada no PSF será feita através da Avaliação de Risco, que tem como objetivo verificar as necessidades de tratamento do(s) mesmo(s) e a ordem de prioridade em relação aos demais usuários	CD ASB ACSs	Junho de 2013 a Dezembro 2013
Levantamento Epidemiológico	CD ASB ACSs	Junho de 2013 a Dezembro de 2013

<p>Entrar em contato com a Coordenação Estadual de Saúde Bucal para a implantação de estações de tratamento de água com fluoretação, que é recomendada pela OMS e é uma prioridade governamental em nosso país, instituída pela lei 6050 de 1974. De acordo com essa lei, todos os municípios com abastecimento público de água onde existe estação de tratamento devem fazer a fluoretação. A Portaria Federal/MS nº 635 de 26/12/75 aprova as normas e padrões sobre fluoretação da água</p>	<p>CD</p>	<p>Junho de 2013</p>
<p>Planejamento e construção de material para a Capacitação da Equipe - Capacitação em saúde bucal do restante da equipe</p>	<p>CD ASB</p>	<p>Junho de 2013 a Junho de 2014</p>
<p>Identificar grupos e áreas de atuação dos Grupos restritos ou clientela cativas. Ex: Escolas, grupos religiosos, espaços de trabalho, etc. Grupos operativos de maior risco: Tabagistas, diabéticos, gestantes, hipertensos, cardiopatas, 3ª idade, etc. Áreas ou indivíduos sob risco social, com abordagem familiar, em domicílio Atuar intersecretorialmente, estabelecendo parcerias. Ex: Saúde e escola. Trabalhar de forma multidisciplinar na prevenção de doenças, planejando as ações educativas de forma integrada com as demais áreas de saúde Utilizar abordagem de fator de risco comum</p>	<p>CD ASB Enfermeira Médico ACSs Técnicos de Enfermagem Secretaria Municipal de Saúde Secretaria Municipal de Assistência Social Secretaria Municipal de Educação</p>	<p>Junho de 2013 a dezembro de 2013</p>
<p>Atividades em escolas, creches e PNE,</p>	<p>CD</p>	<p>Mensalmente</p>

Secretaria de Assistencial Social realizando palestras, orientações sobre saúde bucal para as crianças (revelação de placa, escovação supervisionada) escovação com flúor gel e bochechos com flúor	ASB ACSs	
Aplicação tópica através de escovação com flúor gel, nas escolas da área de abrangência	CD ASB Técnicos de Enfermagem	Trimestralmente Junho de 2013 Setembro 2013 Dezembro 2013
Levantar as faixas etárias de risco de grupos prioritários em conjunto com a ESF (Equipe Saúde da Família), priorizando as áreas de maior risco, ou através de suas patologias de base, planejando o plano de tratamento de acordo com a priorização da demanda (hipertensos, diabéticos, gestantes, etc)	CD ASB Enfermeira Médico ACSs	Junho de 2013 a Dezembro de 2013
Participação nas atividades dos grupos estabelecidos na Equipe nos grupos de Gestantes, Nutrizes, Diabéticos, Hipertensos	CD ASB Enfermeira Médico ACSs	Semanalmente
Visita domiciliar: priorizar famílias em risco biológico e social. Realizar visitas domiciliares quando necessário ou solicitado pela ESF ou ACS (Agente Comunitário de Saúde).	CD ASB ACSs	Quinzenalmente

Fonte: Aatoria Própria (2013).

FIGURA 5: Formulando o Acolhimento

Se o acolhimento pudesse ser expresso numa
formula, seria:

$$A_c = (A_{cs} + A_t) H$$

Em que:

A_c = Acolhimento

A_{cs} = Acessibilidade

A_t = Atendimento

H = Humanização

Fonte: ESPMG (2006).

7. DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS

É importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve se traduzir em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Gentileza, paciência, carisma, facilidade em se comunicar, são alguns dos principais requisitos para se trabalhar com gente, e principalmente o trabalho em Serviço de saúde, porém isso pode ser treinado, apreendido, existem técnicas e costumes que podem fazer grande diferença no dia a dia de quem atende o usuário que geralmente se encontra em situação adversa, ou seja, com algum problema do qual não tem a solução facilmente.

Garantir acesso à demanda espontânea aos serviços de saúde bucal é um problema de elevada amplitude para a Equipe do PSF II de Jampruca, devem ser organizados de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência, e dar respostas às necessidades sentidas da população, sendo um importante caminho para resolutividade da atenção, o que contribui para a legitimidade da equipe na comunidade em que está inserida, porém o acesso a demanda espontânea ainda é deficiente. A ordem de chegada não é o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente, além, dos pacientes previamente agendados, pois procuramos priorizar o atendimento a qualquer urgência, quando esta estiver ocasionando dor ou sofrimento ao usuário. Devemos utilizar os atendimentos de urgência para a detecção de indivíduos com maior vulnerabilidade, fazendo a classificação de risco bucal dos mesmos.

O Acolhimento deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço, não devendo limitar-se ao recebimento da demanda espontânea para identificação de risco ou definição de urgências. Procuramos receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar, valorizar as particularidades de cada caso, buscar uma forma de compreendê-lo e solidarizar-se com ele.

Quanto às ações de prevenção e promoção à saúde: com atenção voltada a todos os moradores da área adstrita, através da demanda organizada segundo critério local estabelecido previamente pela equipe, com programação de agenda. São ações que podem ser executadas na UBS (Unidade Básica de Saúde), nos domicílios, escolas, creches, sedes

comunitárias, associações, sindicatos, etc. ações como: Educação em saúde; Escovação supervisionada; Evidenciação de placa bacteriana; Aplicação terapêutica com flúor; Aplicação de selante e cariostático; Orientação dietética; Detecção precoce de lesões de mucosa e tecidos moles.

Segundo a Cartilha da PNH – Política Nacional de Humanização, Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde do Ministério da Saúde:

A sistemática do acolhimento pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, e a avaliação da necessidade do usuário em função de seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Dessa maneira, exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2010, p. 16).

Há de se pensar que o indivíduo pode e deve ser acolhido em sua casa - Visita Domiciliar, principalmente nos casos de pacientes com necessidades especiais, acamados e outros de acordo com o fluxo de atendimentos. Além da aquisição de Unidades móveis com consultórios montados dentro de veículos que são alternativas para levar um atendimento a domicílio mais completo e eficaz, além de poder atender uma parte da população que tem dificuldades de vir ao Serviço, já que a distancia é outro dificultador ao acesso.

Em relação ao processo de trabalho é de extrema importância a valorização do saber dos usuários e de cada categoria profissional, otimizando suas potencialidades e ampliando a satisfação no trabalho e a resolubilidade da atenção.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de consolidação do SUS acontece lentamente em Jampruca, de uma forma incipiente, o município como o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população assim como das exigências de intervenções em seu território, ainda não tem pessoal técnico para a progressão mais rápida do SUS. Além disto, existe uma cultura de “favores”, que emperra o deslanchar das políticas publicas de saúde em municípios menores como é o caso.

Já apresenta um avanço a cobertura de 100% da população pela ESF, porém um dificultador é a grande extensão territorial.

A ESF implica o trabalho em equipe como uma forma de concretizar a sugestão de alteração do modelo, porém não é uma tarefa fácil. Precisa-se saber ouvir, adquirir conhecimentos, compreender o trabalho de cada membro e a sugestão do trabalho conjunto. É necessário que cada um anseie transformar-se e tenha vontade de modificar hábitos e costumes enraizados. Exige, dos gestores, a competência de encarar as categorias profissionais e os vícios para administrar as mudanças indispensáveis ao processo de trabalho, neste novo modelo assistencial.

É importante salientar que um trabalho de equipe juntamente com a comunidade poderemos:

- ✓ Ter um plano de ação que observe ações que ajudem a priorizar os casos mais urgentes e que seja feita a priorização de acordo com critérios de risco ou necessidade, ou seja, priorizando os usuários mais necessitados;
- ✓ Reduzir o tempo de espera para tratamento odontológico;
- ✓ Membros da equipe de saúde trabalhando verdadeiramente em equipe: ACS, ACD, enfermeira, médico, técnicos de enfermagem e CD. Tendo reuniões semanais com todos os membros;
- ✓ Proporcionar um serviço de saúde bucal mais estruturado, buscando um atendimento mais eficiente, humanizada e capaz de criar vínculo com a comunidade;
- ✓ Distribuir regularmente escova e creme dental fluoretado;
- ✓ Melhorar o processo de trabalho, incluindo o planejamento constante do serviço oferecido;

- ✓ Ter uma atenção baseada no cuidado, na escuta, que leve à responsabilização conjunta pela saúde e à criação de vínculo, além de maior adesão ao tratamento;
- ✓ 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;
- ✓ Proporcionar um tratamento de qualidade, resolutivo, com oferta de procedimentos mais resolutivos com intervenções adequadas;
- ✓ Apresentar fluxos de atendimento de forma a organizar o atendimento dentro das unidades de saúde;
- ✓ Elaborado um cronograma mensal de AEC que contemple os ACS(s) de todas as microáreas, utilizando-se o Cronograma de AEC;
- ✓ As Avaliações de Risco a principio deverão ocorrer com mais freqüência (Ex: Uma vez por semana) a fim de se selecionar um número suficiente de pacientes. Entretanto, com o passar do tempo, estas poderão ocorrer com intervalos maiores para que não se gere uma fila de espera e não se sobrecarregue a agenda, ocasionando um intervalo de tempo muito grande entre um atendimento e outro;
- ✓ Na VD, a ESB deverá estar preferencialmente acompanhada do ACS da microárea. Ressalta-se que a VD não visa somente à realização da Avaliação de Risco, por isso a ESB deve aproveitar este momento para estabelecimento de vínculo com o usuário/família, esclarecimento de dúvidas, realização ações educativas, entre outras. Procurar priorizar a(s) microáreas mais vulneráveis, reservando uma proporção maior de vagas para essas. a ESB, as microáreas deverão se proporcionalmente divididas, levando-se em consideração a realidade demográfica, socioeconômica.

REFERÊNCIAS

1. ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, **Ranking do IDH dos Municípios do Brasil 2010 Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**, acesso em 21/08/2013.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2011. 436 p. – (CONASS Documenta 23).
3. BRASIL. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
4. BRASIL. Lei 8.080/90 – Lei 8.142/90 Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de Saúde, Cartilha PNH*. Brasília, 2004.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Incentivo à participação popular e controle social no SUS*. Brasília: IEC, 1994.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília, 2011. 92 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica*, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA N.º 1.444, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2.000, Publicada no DOU de 29/12/00, seção 1, pg. 85.

14. CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.
15. CARROL, L. **Alice no País das Maravilhas**. Trad. Clélia Regina Ramos. Editorial Arara Azul. 2002. Versão para e-book disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/alicep.html>. Acesso 20/05/2013.
16. FARIA, H. P. *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2010. 67 p.
17. FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde, Diretor do Departamento de Saúde Pública, **Protocolo de Atenção à Saúde Bucal**. Florianópolis (SC), 2006.
18. FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, DF, 2001. (Normas e Manuais Técnicos, n. 135)
19. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: www.ibge.gov.br, acesso em 11/05/2013, 19:00;
20. ITURRIAGA, M. V. Chile. *IN:* RAMOS, S.; VINOCUR, P. **Diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado**. Buenos Aires: CEDES/FLACSO; 2000.
21. LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Manual de Saúde Bucal**.- Prefeitura do Município; Domingos Alvanhan e Cristiane de Andrade Janene Gonini; coordenadores.- 1. ed. Londrina, PR: [s.n], 2009. 550p. : il, color.;
22. MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais Guia Curricular. Curso Técnico em Saúde Bucal: Módulo III – **Participando do controle e incidência das doenças bucais**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. – Belo Horizonte: ESPMG, 2011. Manual do Docente 88.; il.
23. MINAS GERAIS. **Implantação do Plano diretor da Atenção Primária à Saúde: análise da Atenção Primária à Saúde e Diagnóstico Local** / Escola de Saúde pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESPMG, 2009.
24. MINAS GERAIS. **Implantação do Plano diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde** / Escola de Saúde pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESPMG, 2009.
25. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Política de Humanização**. Documento Base, 2008.
26. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Saúde Bucal – Atenção Primária. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006, 290 p.
27. MONKEN, M, Barcellos C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Cad. Saúde Pública 2005; 21: 898-906.
28. MOYSES, S. J. O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. *IN:* KRIEGER, L. *et al.* **Planejamento em Saúde**. : Fundação Petrópolis, 1999. v. 2. (Série Saúde & Cidadania)

29. PALMIER, A. C. *et al.* **Saúde Bucal: Aspectos Básicos e Atenção ao Adulto.** NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.32-34p.
30. PEREIRA, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2003. 440 p.
31. SÃO PAULO. Secretária Municipal de Saúde, Coordenador de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada, Gerente do Projeto Prioritário Acolhimento, **2º Caderno de Apoio ao Acolhimento - Orientações, Rotinas e Fluxos Sob a Ótica do Risco / Vulnerabilidade:** 2004, 252 p.
32. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro Técnico de Saúde Bucal: **Condições de saúde bucal no estado de São Paulo em 2002.** São Paulo: Secretaria do Estado de São Paulo; 2002.
33. SIAB, Base Municipal de Jampruca MG, 2011; Acesso em 10/10/2012;
34. SILVEIRA FILHO, A. D. **A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática.** Revista do Programa Saúde da Família, Brasília, DF, p. 36-43, dez. 2002.
35. SOUZA, D. S. *et al.* **A inserção da saúde bucal no Saúde da Família.** Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 7-31, dez. 2001.
36. TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H.G. **Planejamento em saúde.** São Paulo: Fundação Petrópolis, 1999. v. 2. (Série Saúde & Cidadania)