

IARA SOARES LIMA

**PLANEJANDO O ACESSO EQUÂNIME DE USUÁRIOS AOS CUIDADOS EM
SAÚDE BUCAL À LUZ DO PROCESSO DE TRABALHO DO PSF**

DIVINÓPOLIS

2012

IARA SOARES LIMA

**PLANEJANDO O ACESSO EQUÂNIME DE USUÁRIOS AOS CUIDADOS EM
SAÚDE BUCAL À LUZ DO PROCESSO DE TRABALHO DO PSF**

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

Orientador: Maria Terezinha
Gariglio

DIVINÓPOLIS - MG

2012

Quando se tem uma meta, o que era obstáculo passa a ser uma das etapas do plano.

Gerard Erich Boehme

RESUMO

O município de Divinópolis/MG tem hoje duas realidades na prestação de assistência à saúde bucal na rede pública: Unidade Básica de Saúde (UBS) e Programa de Saúde da Família (PSF). As divergências filosóficas e operacionais entre os dois processos de trabalho são evidentes e identifica-se nas UBS a dificuldade de organizar o processo de trabalho para que o acesso do usuário seja universal e equânime. **Objetivo:** Traçar um plano de intervenção para qualificar a organização da assistência odontológica prestada nas UBS do município. **Metodologia:** Foi utilizado para a elaboração do plano de intervenção o método de Planejamento Estratégico Situacional. **Resultados:** Elaborou-se um plano de intervenção para qualificar a assistência odontológica prestada nas UBS em consonância com os princípios da universalidade e equidade nos moldes do processo de trabalho já executado no PSF. **Conclusão:** O plano de intervenção proposto é simples, exequível, concebido para ser executado em etapas e pretende colaborar na construção de um modelo que atenda a demanda crescente da população buscando qualidade, equidade e humanização do atendimento.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Saúde Bucal; Equidade; Serviços de Saúde; Planejamento Estratégico; Saúde Pública; Programa de Saúde da Família

SUMMARY

The city of Divinópolis / MG now has two realities in providing oral health care in public: Basic Health Unit (BHU) and Health Program (PSF). The philosophical and operational differences between the two work processes are evident and acknowledged the difficulty of UBS in the process of organizing work so that user access is universal and equitable. **Objective:** The objective of this paper is to outline a plan of action to qualify the organization of dental care provided in the municipality UBS. **Methodology:** It was used for the preparation of the intervention plan strategic situational planning method. **Results:** We developed an intervention plan to qualify the dental care provided at UBS in line with the principles of universality and equity in the manner of the work process already running in the PSF. **Conclusion:** Intervention Plan proposed is simple, practicable, designed to be implemented in stages and intends to collaborate in building a model that meets the growing demand of people looking for quality, equity and humanization of care.

Key words: primary health care, oral health; equity, health services, strategic planning, public health, the family health program

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. JUSTIFICATIVA	15
3. OBJETIVO	17
4. METODOLOGIA	18
5. DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE INTERVENÇÃO.....	19
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
7. REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no município de Divinópolis, Minas Gerais (MG) vem, ao longo dos tempos, em processo de constante evolução do entendimento sobre o processo saúde e doença, no sentido de atingir sua meta principal de promover condições de assistência de qualidade para a população.

A política de saúde bucal de Divinópolis, apesar de já ter sido importante referência para vários municípios, encontra-se em um momento de necessidade de redirecionamento, de definições de metas e de implantação de um sistema ágil e eficiente para o acompanhamento e avaliação de novas e importantes ações.

As ações e serviços de saúde oferecidos à população devem resultar do conhecimento da realidade, da eleição de prioridades de assistência segundo critérios de importância epidemiológica e da ampliação do atendimento, possibilitando o acesso gradativo a todas as faixas etárias.

A assistência à saúde bucal no município é organizada de forma diferente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Programa de Saúde da Família (PSF) evidenciando divergências filosóficas e operacionais de cada modelo de atenção e não há perspectivas reais de mudanças imediatas que definam por uma política única de atenção à saúde no município.

O presente trabalho pretende colaborar, por meio de um Plano de Intervenção, para a qualificação da assistência odontológica prestada nas UBS do município com vistas a garantir o acesso dos usuários aos cuidados em saúde bucal utilizando informações disponíveis como cadastro populacional, classificação de risco social e biológico, estabelecendo grupos populacionais prioritários como estratégia operacional, nos moldes do processo de trabalho já executado no PSF.

1.1 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS / MG

O município de Divinópolis localiza-se na região centro-oeste do estado de Minas Gerais. A economia gira em torno da indústria de confecções e do setor metalúrgico.

Possui uma população de 213.016 habitantes, constituída predominantemente por adultos, ou seja, 59,4% da população tem entre 20 a 59 anos, seguida de 16,3% de

adolescentes de 10 a 19 anos, 14,3% de crianças de 0 a 9 anos e, por fim, 10,0% de idosos, maiores de 60 anos (IBGE,2010).

Foi habilitado na gestão plena do Sistema Único de Saúde em 1998 e desde então vem se organizando em rede para atender à demanda crescente da população sob sua responsabilidade buscando qualidade, otimização dos recursos e humanização do atendimento.

O município encontra-se dividido em 12 Distritos Sanitários e organiza-se em um sistema híbrido de atenção à saúde, contando atualmente com 14 UBS, 17 PSF e 03 Unidades de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Conta ainda com uma Policlínica de especialidades médicas, Pronto Socorro Regional, Serviço de Referência em Saúde Mental, Centro de Apoio Diagnóstico, Laboratórios de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Serviço de Controle e Avaliação, Assistência Farmacêutica, Saúde Coletiva e Central de Regulação para internações hospitalares.

Através da Norma Operacional da Atenção à Saúde (NOAS, 2001), o município foi classificado como pólo de micro e macro região atuando efetivamente como membro importante na rede de serviços na região centro-oeste do estado de Minas Gerais.

Divinópolis é referência para os municípios: Carmo do Cajuru, Cláudio, Conceição do Pará, Perdígão, São Gonçalo do Pará, São Sebastião do Oeste, consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Itapeçerica (CISVI) inaugurado em Junho de 1995.

O CISVI é uma sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos que realiza serviços de exames gráficos e de imagem como endoscopia, eletroencefalograma, eletrocardiograma, ultrassonografia, mamografia e consultas nas especialidades: neurologia, oftalmologia, angiologia e dermatologia, atendendo inúmeros usuários do SUS dos municípios consorciados.

A partir de 1991 implantou-se o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Distritais. Em 1999, com a implantação das equipes do PSF, implantou-se também, os Conselhos Locais de Saúde.

O PSF é uma realidade no contexto de mudança de modelo assistencial de saúde em Divinópolis, porém sua cobertura é de apenas 26% da população, o que caracteriza baixa visibilidade de impacto nos indicadores de saúde.

O setor odontológico do município é gerenciado por uma Equipe de Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde e conta na atualidade com a seguinte estrutura organizacional e recursos humanos:

Quadro 1: número de equipes de saúde bucal

Equipes de Saúde bucal em UBS	15
Equipes de Saúde Bucal em PSF	17

Fonte: RH/Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis- 2011

Quadro 2: recursos humanos disponíveis nas equipes de saúde bucal

CD - Cirurgiões Dentistas	47
TSB -Técnicos em Saúde Bucal	07
ASB -Auxiliares de Saúde Bucal	15

Fonte: RH/Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis- 2011

1.2 EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EM DIVINÓPOLIS

Vários modelos de atenção à saúde bucal se sucederam na evolução da assistência odontológica no município de Divinópolis, na busca de melhoria da condição de saúde da comunidade, do resgate do caráter coletivo da prática da Odontologia e respeito aos princípios democráticos do SUS.

Não foi encontrada documentação formal que se caracterizasse como fonte de referência para descrever os modelos de atenção implantados no município. Portanto, as observações sobre a atenção odontológica neste município feitas a seguir são baseadas na experiência da autora.

Na década de 80, seguindo uma tendência nacional, implantou-se no município de Divinópolis o Sistema Incremental, modelo assistencial em saúde bucal, que surgiu como proposta de prestação de serviços odontológicos de forma diferenciada, programada e sistemática.

Segundo Narvai, (1992), desde o seu aparecimento nos Estados Unidos e a sua replicação nos anos 50 no Brasil, este sistema de atendimento experimentou algumas

variações que acabaram por caracterizar os diferentes modelos de incremental, mas esteve voltado, basicamente, para populações em idade escolar (6 a 14 anos). Difundiuse com tal intensidade a ponto de se tornar sinônimo de programas odontológicos escolares.

Isto fez recair sobre este sistema de atendimento uma série de críticas que, na maioria das vezes, estão dirigidas, efetivamente, não ao sistema de atendimento em si, mas à precariedade gerencial, à falta de recursos e à ausência de enfoque epidemiológico dos programas.

O objetivo do Sistema Incremental era tratar as necessidades acumuladas da população definida como prioritária: escolares de 6 a 14 anos, faixa etária escolhida por possuir maior incidência de cárie com lesões em fase inicial e por dispor de um grupo, na maioria das vezes, constante para o atendimento.

Ainda segundo Narvai, (1992), os recursos preventivos do Sistema Incremental restringiam-se à fluoretação de água de abastecimento ou à recomendação de aplicações tópicas de fluoreto de sódio a 2% nas crianças de acima de 7 anos.

Portanto, mesmo caracterizado como misto (preventivo e curativo), enfatizava-se a ação restauradora e colocavam-se em segundo plano as ações educativas e preventivas.

Outros pontos negativos deste modelo eram a não preocupação com o fator de risco de desenvolvimento da cárie e o fato de se caracterizar excludente, já que atendia somente escolares de 6 a 14 anos. Com isto, a população fora desta faixa etária permanecia sem assistência odontológica.

Apesar das críticas, o modelo incremental teve sua importância porque foi, em todo o Brasil, um marco da programação dos serviços públicos odontológicos.

No final da década de 70, um conjunto de pessoas com idéias comuns no campo da saúde iniciaram discussões sobre transformações necessárias nos modelos assistenciais vigentes, num movimento importante que se denominou Reforma Sanitária.

Segundo Arouca (1988):

“A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.”

O movimento da Reforma Sanitária criou uma nova alternativa que rediscutiu o conceito saúde-doença e, conseqüentemente, as novas ações de saúde, em vez de tratar apenas da relação médico/paciente. Iniciam-se nesta época os projetos de saúde comunitária como clínicas de família e pesquisa comunitária com treinamento de pessoal que fazia este tipo de política pública em todo o país (AROUCA, 2003).

O SUS foi criado e aprovado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde, que teve como um dos seus principais objetivos a definição do papel de cada esfera de governo e a determinação de seus princípios doutrinários: universalidade, integralidade da assistência, equidade, descentralização político-administrativa e participação da comunidade (FIGUEIREDO, 2009).

O SUS, a mais ambiciosa e abrangente política pública de saúde já formulada no país, emerge completamente sitiado pela disposição da relação estado/sociedade nesse momento histórico (COHN; ELIAS, 2003).

Em Divinópolis, seguindo a tendência nacional que reorientou os modelos assistenciais através das propostas da Reforma Sanitária e dos princípios do SUS, o Sistema Incremental deu lugar a um novo modelo de atenção à saúde bucal.

Nos anos 90, implantou-se no município o Projeto Divinópolis de Sorriso Novo com o objetivo de levar assistência odontológica de qualidade utilizando filosofia preventiva estendida em seus vários níveis de promoção e recuperação de saúde bucal dos indivíduos.

O projeto buscou adequar-se às diretrizes e princípios do SUS procurando organizar-se utilizando dados epidemiológicos como subsídio para planejamento das ações.

Estendeu-se o cuidado em saúde bucal para a população até 18 anos e implantou-se a Odonto-Família e a Bebê-Clínica: atendimento à gestante, ao recém-

nascido e ao seu grupo familiar, visando prevenção da doença cárie e sinalizando para a ampliação da assistência à saúde bucal da população.

Segundo vivência profissional da autora, o Projeto Divinópolis de Sorriso Novo, implantado nos anos 90, constituiu-se em um marco da assistência odontológica em Divinópolis e representou muitos avanços na conquista da saúde bucal da população, já que avançou nos sentidos de ampliar a faixa etária de cobertura e de buscar qualidade na assistência, mas não conseguiu reorganizar a prática assistencial em saúde bucal a partir dos princípios da equidade e universalidade.

1.2.1 CRIAÇÃO DO PSF E A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Inspirado em experiências já consolidadas de países como Cuba, Inglaterra e Canadá, o PSF foi criado na década de 90. Ele veio como uma estratégia de reversão da então atual prestação de serviço de proteção à saúde, reorganizando a atenção básica e reorientando o modelo assistencial, focando a promoção da qualidade de vida e intervindo nos fatores que a colocam em risco (PEREIRA *et al.*, 2003).

Nesse contexto, o PSF apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer.

O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 e o documento que define as bases do programa destaca que, ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 1994).

O alinhamento de todos os profissionais da equipe em torno da filosofia que envolve a estratégia é vital para o desempenho do PSF e essa integração só é possível quando seus diversos integrantes articulam seus saberes específicos, organizando-os em relação ao objeto de trabalho. Assim, os diversos profissionais devem ter um objetivo comum, baseado na filosofia da promoção de saúde, quer nos aspectos preventivos, quer nos aspectos assistenciais (FURTADO, 2007).

Por longa parte da história, a saúde bucal foi tema tratado à parte do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente constata-se a formulação de

políticas públicas preocupadas em reverter esta tendência, observando-se o esforço de promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde. (BRASIL, 2006)

A inserção das equipes de saúde bucal demonstra o reconhecimento de que a saúde não pode ser cuidada por apenas um profissional específico e, sim, entendida como um objeto de todos os profissionais do PSF, em uma perspectiva inter e multidisciplinar, exigindo uma inter-relação de todos os profissionais da equipe (CARVALHO *et al.* 2004; SOUZA, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002):

“Por focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se através desta estratégia consolidar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos vigentes que ora se caracterizam como curativo-mutilador, ora meramente de promoção da saúde bucal da população infantil escolar. A inclusão das Equipes de Saúde Bucal no PSF surgiu como estratégia de reorganização da Atenção Básica à saúde, objetivando diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações odontológicas.”

Para a saúde bucal, esta nova forma de se fazer ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio, Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidade de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção de saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde, onde vislumbra-se uma possibilidade de aumento da cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população (BRASIL, 2004).

Em Divinópolis, o PSF foi implantado em 1998, mas a inserção das equipes de saúde bucal só se efetivou em 2000. As equipes de saúde bucal do PSF do município passaram a se organizar para a construção de uma Odontologia pública de maior eficácia e qualidade a fim de, finalmente, fazer valer para a população os princípios do SUS.

Neste sentido, visando um modelo de atenção que avançasse na oferta de acesso em direção à universalização, organizou-se nos anos 2000, em Divinópolis, em toda a rede de assistência odontológica, o atendimento por condições sistêmicas prioritárias, definindo o paciente hipertenso e o diabético como prioritários para receber atenção em saúde bucal.

Junto com esta ampliação da oferta aos serviços odontológicos, sinalizando para a atenção integral, instalou-se o serviço de atenção secundária para as especialidades: Endodontia e Periodontia.

Em meados de 2009, com vistas à reorganização da assistência à saúde, organizou-se nas equipes do PSF a estratégia de identificação dos fatores de risco que interferem no processo saúde-doença. Iniciou-se a implantação da classificação de risco biológico e social que teve suporte teórico metodológico do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde, implantado através da parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e Escola de Saúde Pública do estado de Minas Gerais (ESP-MG)

A classificação de risco é um processo dinâmico de classificação dos usuários de acordo com o potencial de risco, biológico e social e estabelece prioridades de atendimento por critérios epidemiológicos (MINAS GERAIS, 2008).

Esta forma de organização que norteia o processo de trabalho das equipes de saúde bucal no PSF estabelece o perfil da comunidade e as prioridades a serem atendidas, em consonância com o princípio da equidade.

2. JUSTIFICATIVA

A autora deste estudo é integrante de uma equipe de saúde bucal do PSF no município de Divinópolis/MG desde 2002, época da inserção da saúde bucal na estratégia de saúde da família.

Está inserida na saúde pública desde a década de 80, quando se integrou ao quadro de cirurgiões dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis através de concurso público.

Nestas duas décadas, vários modelos de atenção à saúde bucal foram adotados e a vivência profissional da autora nos dois modelos de atenção (PSF e UBS) colaborou para a confirmação da necessidade de aprimoramento dos conceitos de trabalho planejado para prestar atendimento universal e com equidade.

Segundo Berlinguer (1996), o surgimento do debate em torno da equidade surgiu, no mundo ocidental, nas últimas duas décadas. Os movimentos sociais, especialmente aqueles que lutam contra a discriminação racial e de gênero, foram seus principais precursores. Infelizmente, o princípio caiu em certo desuso, até mesmo como consequência dos abusos conceituais que sofreu. Recentemente, no entanto, sob outra roupagem, vem sendo reanimado particularmente pelas discussões em saúde, haja vista o encontro ocorrido em Genebra (março de 1997), sobre a revisão das metas da OMS acerca da proposta do programa "Saúde para todos no ano 2000". Neste encontro, o conceito de equidade foi retomado com vigor e este substantivo passou a constituir-se na palavra-chave para a saúde neste final de século. Basicamente, equidade significa a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um a partir de suas diferenças.

Segundo Rui Barbosa, na Oração dos moços de 1921:

"A regra da igualdade não consiste senão em aquinhoar desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigalam. Nesta desigualdade social, proporcionada à desigualdade natural, é que se acha a verdadeira lei da igualdade. Tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real. Os apetites humanos conceberam inverter a norma universal da criação pretendendo não dar a cada um na razão do que vale, mas atribuir o mesmo a todos, como se todos se equivalessem" (BARBOSA, 1997, p.21)

A assistência odontológica prestada nas UBS do município de Divinópolis ainda se organiza para atendimento à população sem os critérios necessários para estabelecer

prioridades, ou seja, atua ainda sem cadastro populacional, sem diagnóstico da realidade social e biológica da comunidade e sem planejamento de suas ações.

O atendimento das equipes de saúde bucal ocorre ainda, em grande parte, por demanda espontânea e é predominantemente curativo e individual (CERICATO, 2009).

Por outro lado, a assistência odontológica prestada no PSF procura utilizar ferramentas organizacionais para estabelecer prioridades através de critérios sociais, biológicos e epidemiológicos e busca planejar o processo de trabalho sinalizando para a qualidade da atenção.

Planejamento é uma forma de aproveitar melhor o tempo e os recursos disponíveis. É através do planejamento que os objetivos são alcançados de maneira benéfica. É preciso planejar sempre. Planejamento é o processo permanente que garante direção às ações, corrigindo os meios e os rumos em busca dos objetivos que se querem alcançar. (CARDOSO, 2008).

O presente estudo procura viabilizar, dentro de todas as UBS do município de Divinópolis, um planejamento da assistência em saúde bucal segundo o modelo que já é que é realizado no PSF, onde instrumentos de diagnóstico da situação de saúde como o cadastro e classificação de risco social e biológico passem a definir as prioridades da assistência.

3. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é traçar um Plano de Intervenção para qualificar a organização da assistência odontológica prestada em todas as UBS do município de Divinópolis.

4. METODOLOGIA

Foi utilizado, para a elaboração do Plano de Intervenção proposto, o método do Planejamento Estratégico Situacional apresentado na disciplina de Planejamento e Avaliação em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/CEABSF, realizado pela UFMG por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/NESCON.

O elemento norteador foi o diagnóstico da situação da assistência à saúde bucal de Divinópolis, concebido por uma comissão para reestruturação da assistência em Odontologia, criada em 2009, no início da atual gestão e composta por profissionais de saúde bucal inseridos nos dois modelos de atenção: UBS e PSF.

Nos grupos de discussão desta comissão, da qual a autora deste trabalho fez parte, identificou-se que a política de saúde bucal do município encontra-se em um momento de necessidade de ajuste do processo de trabalho realizado nas UBS e de fortalecimento das ações exitosas já realizadas nas unidades do PSF, na busca de um modelo de atenção que permita uma assistência universal, integral e equânime.

5. DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

O diagnóstico da assistência à saúde bucal do município de Divinópolis concebido pela comissão de reestruturação da assistência em odontologia evidenciou, como problema principal no processo de trabalho de todas as UBS, a falta de organização para o acesso da população aos cuidados em saúde bucal e as causas ou nós críticos a serem enfrentados são:

- Desmotivação dos profissionais das equipes de saúde bucal
- Demanda desorganizada: desconhecimento da população a ser atendida
- Ausência de diagnóstico de situação de saúde bucal
- Falta de critérios para estabelecer prioridades no atendimento
- Desconhecimento do impacto das ações na saúde bucal da população

Para intervir nesta realidade, este trabalho propõe um Plano de Intervenção para a assistência odontológica prestada nas UBS do município de Divinópolis com vistas a reorganizar o processo de trabalho através de ações que enfrentem e impactem os nós críticos detectados utilizando instrumentos que permitam conhecer a realidade, analisar os problemas, elaborar um diagnóstico da situação encontrada, construir estratégias para viabilizar os planos de ação e realizar monitoramento para avaliar o impacto das ações, segundo o modelo de atenção já executado no PSF.

As planilhas apresentadas a seguir, facilitam a visualização do Plano de Intervenção proposto:

PRIMEIRO NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO PROPOSTA	RESPONSÁVEL	RESULTADO ESPERADO	RECURSOS NECESSÁRIOS
Falta de motivação dos profissionais	Promover espaços de discussão: oficinas de sensibilização	Equipe da coordenação do setor odontológico da SEMUSA	Profissionais de saúde bucal envolvidos na construção de um novo modelo de assistência	Organizacionais: definição de facilitadores e agendamento das oficinas Cognitivos: definição de estratégias de comunicação Políticos: aprovação do Plano de Intervenção.

Com vistas a fomentar o processo de motivação, é importante criar espaços de discussão com os profissionais das equipes de saúde bucal das UBS na busca da mudança de conceitos, aprimoramento do processo de trabalho e, principalmente, no resgate do papel fundamental do profissional de Saúde Bucal no contexto da busca de qualidade no serviço público.

A metodologia prevista é a problematização, onde os nós críticos serão detectados e discutidos com o objetivo fornecer ferramentas para os ajustes necessários visando estabelecimento de padrão de atendimento das equipes de saúde bucal, através de linguagem única que guie, oriente e sistematize as ações.

Espera-se o rompimento com a prática assistencial essencialmente curativa, passando de uma atuação apenas cirúrgico-restauradora para uma visão mais ampla que consiga atuar sobre determinada realidade de saúde bucal.

SEGUNDO NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO PROPOSTA	RESPONSÁVEL	RESULTADO ESPERADO	RECURSOS NECESSÁRIOS
Desconhecimento da população a ser atendida	Cadastrar a população: 1ª fase: escolares e seu grupo familiar 2ª fase: usuários com condições sistêmicas prioritárias: hipertensão arterial e diabetes 3ª fase: outros usuários	Profissionais das equipes de saúde bucal das UBS e das instituições de ensino	Conhecimento das famílias residentes na área de abrangência	Organizacionais: -agendamento com instituições de ensino -levantamento da documentação das famílias dos escolares -levantamento dos hipertensos e diabéticos das UBS Cognitivo: informação sobre o Plano de Intervenção Político: articulação inter-setorial (educação/saúde)

O plano de intervenção proposto por este trabalho foi concebido para ser executado em etapas, e, neste sentido, a estratégia usada para direcionar a operação do cadastramento seria estabelecer populações prioritárias, já que as UBS tem um número muito elevado de usuários adscritos e, portanto, não estabelecer prioridades para a execução do cadastramento da comunidade inviabilizaria o processo.

Propõe-se estabelecer como população prioritária a ser inicialmente cadastrada os alunos matriculados em todas as instituições de ensino (creches e escolas) das áreas de abrangência das UBS, juntamente com seu grupo familiar.

Iniciar o cadastramento estabelecendo como população prioritária os escolares e seu grupo familiar é estratégia que alcança um número muito significativo em relação à cobertura da área de abrangência das UBS, além de operacionalizar as ações de maneira exequível.

A família é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados. (BRASIL, 2002)

O cadastramento será feito através da documentação das instituições de ensino gerando dados sócio-culturais e econômicos que serão ferramentas norteadoras da programação do atendimento.

Após esta primeira etapa de cadastramento dos escolares e seu grupo familiar, uma 2ª fase cadastraria os usuários com condições ou patologias crônicas definidas como prioritárias: hipertensão arterial e diabetes. Na 3ª fase, o cadastramento contemplaria os usuários que não se incluíram nas etapas anteriores.

Estas etapas pretendem, gradativa e organizadamente, cadastrar todas as famílias das áreas de abrangência de todas as UBS do município de Divinópolis.

TERCEIRO NO CRÍTICO	OPERAÇÃO PROPOSTA	RESPONSÁVEL	RESULTADO ESPERADO	RECURSOS NECESSÁRIOS
Ausência de diagnóstico da situação de saúde bucal da comunidade	Realizar exames clínicos para estabelecer risco biológico 1ª fase: escolares e seu grupo familiar 2ª fase: usuários com condições sistêmicas prioritárias: hipertensão arterial e diabetes 3ª fase:- outros usuários	Equipes de saúde bucal das UBS	Diagnóstico da situação de saúde bucal da comunidade	Organizacionais: -agendamento para os exames clínicos de escolares e seu grupo familiar e de usuários com condições sistêmicas prioritárias -organização de agenda da equipe Cognitivos: informação sobre o Plano de Intervenção e conhecimentos sobre levantamento epidemiológico e classificação de risco Político: articulação com comunidade escolar

Para conhecer as necessidades em saúde bucal da população cadastrada e, posteriormente, fazer um diagnóstico da situação encontrada, os profissionais das equipes de saúde bucal das UBS realizarão, na primeira fase, o levantamento de necessidades em saúde bucal dos escolares dentro do próprio espaço da instituição de ensino. O exame clínico dos outros componentes do grupo familiar será feito no consultório odontológico das UBS.

O objetivo de tal procedimento é conhecer a situação de saúde bucal dos escolares e de sua família, estabelecendo o risco biológico, partindo-se de uma perspectiva não exclusivamente clínica, e sim integrando aspectos sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos à situação encontrada.

Em seguida, de acordo com as etapas definidas anteriormente, toda a comunidade da área de abrangência das UBS seria examinada para o conhecimento da situação de saúde Bucal.

Esse conjunto de atividades pode ser denominado “entendimento da situação” ou “diagnóstico da comunidade” (TAVARES; TAKEDA, 1996).

Esta estratégia abandona o equivocado atendimento por faixa etária e é importante na decisão a respeito de uma assistência apropriada, subsidiada por informações que direcionam as ações de promoção de saúde, prevenção e recuperação, reabilitação e manutenção da saúde bucal desta comunidade.

QUARTO NO CRÍTICO	OPERAÇÃO PROPOSTA	RESPONSÁVEL	RESULTADO ESPERADO	RECURSOS NECESSÁRIOS
Falta de critérios para estabelecer prioridades de atendimento	1- Classificar a comunidade segundo risco social 2- Classificar a comunidade segundo risco biológico	Equipe multidisciplinar das UBS	Prestação da assistência odontológica através de eleição de prioridades de atendimento	Organizacionais: registro de dados sociais e biológicos para classificação de risco Cognitivos: elaboração de diagnóstico situacional Político Apoio/parceria com comunidade

Eleger prioridades significa hierarquizar problemas ou necessidades segundo critérios de importância epidemiológica e planejar acesso para as demandas em saúde bucal.

Para que o acesso seja equânime, o risco biológico detectado nos exames clínicos deve ser integrado ao risco social, ou seja, relacionado às condições de vida que interferem diretamente no processo saúde/doença.

Para operacionalizar a classificação de risco social, além de indicadores como moradia, grau de instrução e outros, será considerada de risco toda família beneficiária do Programa Bolsa Família: programa de transferência de renda que beneficia famílias em situação de pobreza (renda mensal de R\$70,00 a R\$140,00) e extrema pobreza (renda mensal por pessoa até R\$70,00).

Assim, com base nestes critérios, será feita uma classificação de risco social e com base no diagnóstico da situação de saúde bucal encontrada nos exames feitos anteriormente será feita a classificação de risco biológico das famílias dos escolares.

QUINTO NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO PROPOSTA	RESPONSÁVEL	RESULTADO ESPERADO	RECURSOS NECESSÁRIOS
Falta de planejamento para prestação da assistência odontológica	1-Definir objetivos e metas 2-Criar um sistema de registro da situação de saúde bucal encontrada: genogramas e classificação de risco social e biológico 3-Planejar assistência odontológica à população de acordo com as prioridades definidas 4- Planejar atendimento à demanda espontânea	Equipe de saúde bucal das UBS	Qualificação na prestação de assistência odontológica à comunidade através de planejamento das ações e organização do processo de trabalho	Organizacionais: confecção de sistemas de registro de situação Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e conhecimento sobre planejamento em saúde Político: articulação de ações intersetoriais e apoio da gestão municipal.

Várias ações são importantes no sentido de ajudar os profissionais a planejar o processo de trabalho para a prestação da assistência à saúde bucal da comunidade, como:

- Definir objetivos e metas: utilizar recursos epidemiológicos e desenvolver, articuladamente, ações assistenciais e de promoção de saúde sinalizando para a possibilidade de aumento gradual da cobertura e efetividade na resposta às demandas da comunidade.
- Organizar um Sistema de Registro da situação de Saúde Bucal encontrada através de Quadros de Gestão à vista (Eco-mapas) com Genogramas e Classificação de Risco Social e Biológico das famílias da área de abrangência da UBS.

- Planejar Assistência Odontológica educativa, preventiva e curativa aos escolares e seu grupo familiar, de acordo com as necessidades encontradas e com a priorização definida pela Classificação de Risco Biológico e Social.
- Planejar Assistência Odontológica aos outros grupos que compõem a população da área de abrangência da UBS, já que o Plano de Intervenção foi concebido para ser executado em etapas e outros grupos terão acesso gradativo à assistência em Saúde Bucal
- Garantir que qualquer usuário da UBS receba atendimento para alívio de dor (urgências odontológicas) através de demanda espontânea, independente da etapa implantada do Plano de Intervenção.

SEXTO NO CRÍTICO	OPERAÇÃO PROPOSTA	RESPONSÁVEL	RESULTADO ESPERADO	RECURSOS NECESSÁRIOS
Desconhecimento do impacto das ações de saúde bucal na comunidade	Criar um sistema de avaliação de indicadores de saúde bucal	Equipe de saúde bucal das UBS	Sistema de informações que possibilite o monitoramento e avaliação do impacto das ações implantadas	Organizacionais: sistematização do monitoramento Cognitivo: conhecimento sobre construção e utilização de sistemas de informação e definição do processo crítico/reflexivo Político: pactuação de responsabilizações.

Para verificar, ao longo do tempo, o impacto das ações de saúde bucal implantadas, é necessário definir estratégias de acompanhamento através da avaliação de indicadores na busca de resultados efetivos na transformação do processo de trabalho.

Compreende-se monitoramento como parte do processo avaliativo, que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica das informações e de indicadores

de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas segundo o planejado e estão tendo os resultados esperados. (BRASIL, 2005)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002):

“A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. È um processo contínuo e sistemático, cuja temporalidade é definida em função de âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora esta dimensão esteja presente, devendo ser entendida como um processo de negociação entre os atores sociais. Deve-se constituir, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades.

Novos espaços de discussão/oficinas de sensibilização alimentarão o processo de planejamento de novas ações e definirão ajustes necessários num constante re-fazer.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários são os aspectos que necessitam de reordenações no município de Divinópolis/MG que tem hoje duas realidades na organização de serviços de prestação de assistência à saúde bucal. As divergências filosóficas e operacionais entre os processos de trabalho nas UBS e nas unidades do PSF são evidentes.

É necessário uma reflexão crítica sobre a prática de cuidado em saúde bucal realizada nas UBS do município, no sentido de superar as dificuldades e limitações do processo de trabalho instalado, considerando as perspectivas da integralidade do cuidado e da equidade da assistência em saúde.

Até que se defina por uma política única de ações, algumas experiências exitosas do processo de trabalho no PSF podem ser adaptadas à realidade das UBS, com vistas a redefinir o modelo de atenção implantado nestas unidades, buscando a qualificação do atendimento.

O plano de intervenção proposto neste trabalho para organizar a assistência em saúde bucal nas UBS do município é simples, exequível, concebido para ser executado em etapas e permite aos profissionais passar de uma atuação apenas cirúrgico-restauradora para uma visão mais ampla que concebe o indivíduo na sua totalidade biológica e social.

Desta forma, este estudo pretende colaborar na construção de um modelo de atenção à saúde bucal que atenda a demanda crescente da população do município de Divinópolis, buscando a qualidade, equidade e humanização no atendimento.

Acredito que todos nós, profissionais de saúde, precisamos ter um olhar técnico e político mais ousado e assumir nossa responsabilidade na construção de um modelo de assistência que sinalize para o acesso universal, equânime e integral, indispensáveis para a construção de uma Odontologia pública de grande potencialidade transformadora na promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde bucal da população.

REFERÊNCIAS

AROUCA, A. S. S. A reforma sanitária brasileira. **Tema/Radis**, n. 11, p. 2-4, nov. 1988.

_____. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 268 p.

BARBOSA, R. **Escritos e discursos seletos**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1997.

BERLINGUER, G. **Ética da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Dentro de Casa. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF Fundação Nacional de Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família**: equipes de saúde bucal. Brasília, DF: Ed. MS, 2002. 24 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/02_1064.htm>

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento da Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília, DF: MS, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 17)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção básica- Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de atenção Básica; n. 24)

CARDOSO, Francisco Carlos; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 80 p. (NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, módulo 3)

CARVALHO, Danusa Queiroz de Carvalho *et al.* A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Boletim da Saúde**: Escola de Saúde Pública/RS, Porto Alegre, v.18, n.1, p.175-184, jan./jun. 2004.

CERICATO G. O. *et al.* A inserção do cirurgião dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo (RFO)**, v.12, n.3, p.18-23, set./dez. 2009.

COHN; ELIAS, 2003. COHN, A. **Previdência social e processo político no Brasil**. São Paulo: Moderna, 1980.

ESPMG - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**: Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte, 2008.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida *et al.* **SUS e PSF para enfermagem**: práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009

FURTADO, J. P. Equipes de referências arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface**: comunicação, saúde, educação [online], Botucatu, v.11, n. 22, p. 239-255, maio/ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/05.pdf>>. Acesso em 18 jul. 2011.

IBGE. *Cidades @*: Minas gerais: Divinópolis (Censo Demográfico 2010). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=312230> >. Acesso em 24 nov. 2011.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal: assistência ou atenção? **Odontologia em SILOS** - Sistemas Locais de Saúde. São Paulo: Rede CEDROS, set. 1992. 10 p. Disponível em: <http://www.ccs.ufsc.br/spb/os3_narvai.pdf>. Acesso em 18 jul. 2011.

PEREIRA, R. A. G. *et al.* **Manual para treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família - Salvador**: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente, 2003. 183 p. (Série Cadernos Técnicos, 2)

SOUSA, D. S. *et al.* A inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**, Brasília, v.2, n.2, p.7-29, jul./dez. 2001.

TAVARES, M.; TAKEDA, S. Organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R. (Ed). **Medicina ambulatorial**: condutas clínicas em Atenção Primária. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. p.22-28.

VASCONCELOS, M; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde. **Tecnologias para abordagem ao indivíduo família e comunidade**. Belo Horizonte. UFMG/NESCON, p.34-40, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>>. Acesso em 20 de jul. 2011.