

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ELIENE MARIA DE SOUSA**

**ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO
BÁSICA**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de
São Paulo para obtenção do Título de
Especialista em Saúde da Família.**

**Orientadora: Profa. Ma. Valéria Calil
Abrão Salomão**

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVOS	5
2.2 Gerais	5
2.2 Específicos.....	5
3. METODOLOGIA	6
3.1 Local	6
3.2 Participantes (público-alvo)	6
3.3 Ações.....	6
3.4 Avaliação e monitoramento.....	6
4. RESULTADOS ESPERADOS	7
5. CRONOGRAMA.....	8
6. REFERÊNCIAS.....	9

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da saúde (OMS), através da Declaração de Alma-Ata, Conferência (1978), traz os cuidados primários em saúde como a prioridade de um sistema de saúde de um país. Além disso, como afirmado por Starfield (2002), a Atenção Primária em Saúde (APS) é o alicerce que sustenta e define o trabalho dos demais níveis dos sistemas de saúde. É também o primeiro nível de atenção e o primeiro contato do usuário com o Sistema de Saúde e conduz sua necessidade até sua completa resolução.

Diante da importância da APS na Organização de um sistema de saúde de um país, é importante que sejam investidos esforços para otimizá-la.

Com esse propósito, em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF) para fortalecimento da APS no SUS com o objetivo de alcançar maior resolutividade, serviços mais integrais e principalmente mais humanizados. Inquestionavelmente, são enormes os ganhos agregados à saúde pública com o PSF que em 2006 foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF) (DALPIAZ; STEDILE, 2011), mas também um grande desafio para conseguir seu perfeito funcionamento.

Uma das dificuldades de organização do processo de trabalho na Estratégia saúde da Família (ESF) é garantir o cumprimento de todos os princípios e diretrizes do SUS, dentre eles, o princípio da equidade, que preconiza que “todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido segundo suas necessidades que, nesta formulação, são singulares e específicas a cada um” (SPINK, 2007). Para que se possa conhecer e respeitar essas singularidades, é importante valer-se de instrumentos como a classificação de risco, que, segundo a Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH):

[...] é um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente e não com a ordem de chegada ao serviço (ABBÊS; MASSARO, 2004).

Em outra cartilha Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS encontramos, reiterada, a importância da classificação de risco:

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe através da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

Outro documento que reforça esse conceito é a Carta dos direitos dos usuários da saúde, Brasil (2007), onde o primeiro princípio garante a todo cidadão o direito de ser atendido de forma ordenada e organizada, o que torna imperativa a necessidade dos serviços buscarem planejar suas ações para que possam alcançar esse fim.

A ausência de classificação de risco na APS está relacionada a uma prática que não leva em consideração as diferentes necessidades de saúde dos usuários do serviço, trazendo como consequência, a continuidade das desigualdades sociais e o agravamento

do quadro epidemiológico local. Além disso, essa forma de acesso sem classificação de risco contraria o princípio da equidade que busca reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país, além de contrariar também o disposto na lei 8080, Brasil (1990) que, no seu capítulo II (dos princípios e diretrizes), prevê a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática do processo de trabalho no SUS.

A classificação de risco estabelece mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS, reduz iniquidades e assegura um atendimento mais justo, organizado e humanizado.

Com base nessas informações, está evidente a importância da classificação de risco na rotina de trabalho da atenção básica e a importância de se priorizar tal estratégia, por isso, o presente estudo tem como objetivo propor a organização do processo de trabalho de uma equipe de saúde bucal de um município brasileiro com a implantação do acolhimento com classificação de risco.

A rede assistencial de Barueri, município brasileiro situado no Estado de São Paulo, com aproximadamente 262.000 habitantes, dentre os quais 43% (aproximadamente 112.000 pessoas) são dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS), é composta por 14 Unidades Básicas de Saúde e 34 equipes de saúde da família, além de outros profissionais não vinculados ao Programa Saúde da Família (PSF), mas que atendem aos pacientes no nível primário.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Amaro José de Souza em Barueri, atende mensalmente aproximadamente 7.932 pessoas e o serviço de odontologia atende aproximadamente a 1.235 pessoas. É uma unidade mista (UBS tradicional e Centro de Especialidades Odontológicas – CEO), onde os clínicos gerais atendem aproximadamente a 520 pessoas por mês com idade acima de 10 anos, e os especialistas, a aproximadamente 715 pessoas (sendo 557 pessoas com idade acima de 10 anos e 158 crianças com idade entre 0 e 5 anos).

No município não há sistematização do acesso aos serviços de odontologia e protocolo de acolhimento, somente sistema de referência e contra referência para a atenção secundária.

O acesso aos serviços de odontologia se dá basicamente de duas formas: procura espontânea, onde o usuário com e sem queixa procura a unidade de saúde para agendar uma consulta odontológica e agendamento online, onde o usuário com acesso à internet pode agendar sua consulta de qualquer local. Essa forma de acesso propicia um ambiente favorável à perpetuação das desigualdades de oportunidades, com consequente perpetuação das iniquidades sociais, motivo pelo qual o presente estudo propõe, através da capacitação da equipe de saúde bucal, a reorientação da prática na referida UBS, com a implantação do acolhimento com classificação de risco na sua rotina de trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1 Gerais

Organizar o processo de trabalho da equipe de saúde bucal da ESF no município de Barueri, resgatando o princípio da equidade.

2.2 Específicos

- 1- Organizar o processo de acolhimento da demanda espontânea com classificação de risco em saúde bucal.
- 2- Definir, entre os profissionais da ESB, os responsáveis pelo acolhimento com classificação de risco e dispensar um horário em sua agenda para este fim.
- 3- Elaborar protocolo técnico para hierarquização das necessidades de assistência e organização do fluxo de atendimento.
- 4- Elaborar instrumento para registro dos achados dos examinadores.
- 5- Elaborar instrumento para conhecer o impacto da proposta de organização do processo de acolhimento com classificação de risco em saúde bucal.
- 6- Estender e padronizar essa organização do processo de trabalho a todo município.

3. METODOLOGIA

3.1 Local

O projeto será realizado na Unidade Básica de Saúde Amaro José de Souza, Barueri, município de São Paulo.

3.2 Participantes do projeto

Usuários com idade acima de 10 anos, de ambos os sexos, pertencentes à área de abrangência da UBS Amaro José de Sousa que utilizam o serviço de odontologia dessa UBS.

3.3 Ações

1ª etapa: Disponibilizar profissional qualificado em saúde coletiva para oferecer capacitação na forma de cinco palestras sobre levantamento epidemiológico e sua importância em saúde bucal para os participantes do estudo, objetivando a sensibilização desses participantes quanto à importância de prestarem um serviço com equidade. Essas palestras terão duração de uma hora cada, uma vez por semana e serão realizadas na sala de reuniões da referida UBS.

2ª etapa: Realizar reuniões com cirurgiões-dentistas a fim de ajustar as interpretações dos parâmetros de risco. Inicialmente será feita uma capacitação teórica e depois uma capacitação prática, buscando com isso, uniformizar os resultados. A metodologia utilizada será a recomendada pela OMS (WHO, 1997) e dentre as condições orientadas, este estudo pesquisará: cárie dentária, necessidade de tratamento e condição periodontal.

3ª etapa: Apresentar o protocolo técnico aos participantes do projeto.

4ª etapa: Aplicar o instrumento para registro dos achados dos examinadores.

5ª etapa: Aplicar o instrumento de avaliação do impacto da nova organização do fluxo de atendimento ao público-alvo.

6ª etapa: Realizar reuniões com os outros cirurgiões-dentistas das demais UBS do município a fim de reproduzir essa organização do processo de trabalho nessas UBS.

3.4 Avaliação e monitoramento

O projeto será avaliado através do acompanhamento dos dados dos dois instrumentos propostos.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Profissionais qualificados para organizar a demanda de Saúde bucal através do acolhimento com classificação de risco.

5. Cronograma

Atividades	Out 2016	Nov 2016	Dez 2016	Jan 2017	Fev 2017	Mar 2017	Abr 2017
Palestras para a equipe	X	X					
Treinamento da equipe		X	X				
Implantação das ações			X	X			
Monitoramento e ajustes				X			
Análise dos dados				X	X		
Acompanhamento do projeto					X	X	X

Tabela 1 - Cronograma

6. REFERÊNCIAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estático no fazer em saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Textos básicos em saúde. Série B. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Lei **8.080 de 19/09/90**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. Color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE
Declaração de Alma-Ata. **Anais...** URSS. URSS, 6-12 de Setembro de 1978.

DALPIAZ, A.; STEDILE, N. Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011. Bacanga. **Trabalhos apresentados...** Bacanga: Unversidade Federal do Maranhão, agosto, 2011.

SPINK, Mary Jane P. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.1, p. 18-27, Jan-Abr , 2007.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da saúde; Unesco, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health Surveys**: basic methods. 4. ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.