

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma experiência brasileira que ao longo dos dezessete anos da sua implantação e implementação, foi concebido como uma estratégia para a reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde. Criado em março de 1994 como um programa, o PSF evoluiu dessa condição e vem assumindo o status de uma política nacional e consolidou-se como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (FRANCO, MERHY, 2004).

Partiremos do pressuposto de que a Atenção Básica constitui-se em um conjunto de ações que dão consistência prática ao conceito de Vigilância em Saúde, referencial que articula conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, redefinindo as práticas em saúde, articulando as bases de promoção, proteção e assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado (SANTANA; CARMAGNANI, 2001). Concomitante, a ESF é um modelo que procura reorganizar a Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 1997) e com o apoio do NASF, estrutura vinculada à Atenção Básica de Saúde que busca ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de saúde da família e ampliando sua resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado (COSTA; CARBONE, 2009).

O caráter substitutivo da ESF em relação à "atenção básica tradicional" orienta-se pelos seguintes princípios (ELIAS, COSTA, 2009):

- 1) Adscrição de clientela: referente ao novo vínculo que se estabelece de modo permanente entre os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde;
- 2) Territorialização: é a relação que se estabelece entre a definição do território e da população, baseado no mapeamento e na segmentação da população por território;
- 3) Diagnóstico da situação de saúde da população: admite a análise da situação de saúde do território, através do cadastramento das famílias e dos indivíduos e a geração de dados epidemiológicos;
- 4) Planejamento baseado na realidade local: proporciona a programação de atividades orientadas segundo critérios de risco à saúde, priorizando a solução dos problemas.

As equipes de saúde da família são multiprofissionais e compostas por, no mínimo: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal, e agentes

comunitários de saúde, que são responsáveis por cuidarem em média de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de quarenta horas semanais (SOUSA e HAMMAN, 2009). Na UBS Marinheiro Marcílio Dias contamos com 2 ESF com, 2 enfermeiras, técnicos de enfermagem, clínico geral e profissional do Mais Médicos, dois dentistas que não fazem parte da saúde da família, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, médicos especialistas como (ginecologista, ortopedista, pediatra). Dificultando ainda mais, não contamos com ASB ou TSB o que não proporciona a dinâmica do trabalho odontológico.

A dificuldade de acolhimento dos usuários, principalmente pela grande lotação da Unidade Básica nos horários de chegada e a sobrecarga de atividades nesses horários para os recepcionistas (agendar, organizar a demanda, orientar, separar prontuários) é uma problemática constante no desenvolvimento das atividades da ESF. A agenda realizada pela ASB utiliza o acolhimento e a classificação de risco para garantir um atendimento humanizado e de maior agilidade.

Os processos de trabalho das equipes multiprofissionais são constituídos necessariamente, pela interdisciplinaridade, vinculação, competência cultural, intersetorialidade e fortalecimento de uma gestão local que deve ser participativa e democrática. Sendo assim, a intenção é que a conversão do modelo faça a diferença na forma de pensar e de fazer no cotidiano, a saúde das famílias, tanto nos aspectos da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos (SOUSA e HAMMAN, 2009).

E, objetivando a reorganização dos processos de trabalho das equipes de saúde da família, a construção de uma agenda de forma a organizar os serviços sem ferir o princípio da garantia dos direitos dos usuários à saúde torna-se fundamental, uma vez que a demanda de usuários do Sistema Único de Saúde está cada vez maior e a efetividade do serviço oferecido gira em torno do equilíbrio entre demanda espontânea e a oferta organizada, reorganização do trabalho em saúde e a padronização de condutas, definindo protocolos e utilizando tecnologias de acolhimento e avaliação com classificação de risco, de forma a viabilizar um atendimento humanizado e de maior agilidade (SPINK, 2007).

As respostas dos serviços de saúde ao usuário devem traduzir em qualificação da produção de saúde juntamente com a responsabilização daquilo que não pode ser respondido de imediato, mas direcionando de maneira ética e resolutiva, garantindo a segurança e acesso ao usuário (FRANCO, MERHY, 2004).

Desta forma o acolhimento com classificação de risco conduzirá a intervenções na reorganização e na realização de promoção a saúde, pois transcorre da problematização realizada pela própria equipe de saúde (BECK, MINUZI, 2008). Com base nesses pressupostos, o presente estudo tem como objetivo proporcionar a reorganização do processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB) e implantar o acolhimento.

Outro fator relevante será a mudança de paradigmas dos profissionais existentes na rede e secretários de saúde em disponibilizar recursos para saúde bucal na contratação de profissionais e inserir os dentistas na ESF que promoveria melhorias no atendimento e a disponibilidade de verbas do governo destinadas á saúde bucal do município.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo

Elaborar um plano de trabalho para reorganizar o atendimento odontológico, conforme o modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família na UBS Marinheiro Marcílio Dias - Iperó – SP.

Método:

Local: O Projeto de Intervenção em questão será realizado na Unidade Básica de Saúde de George Oetterer, município de Iperó, Estado de SP.

Público-alvo e Participantes: O público que será beneficiado pelo PI, serão os munícipes que procurarem o atendimento odontológico.

Ações:

Elaboração do plano de ação para organizar o atendimento odontológico da UBS onde se apresente as seguintes ações:

- Maximizar o atendimento na saúde bucal, isto é, agilizar os atendimentos prioritários, trabalhar com equipe unida, por conseguinte o dentista obter um atendimento mais resolutivo com plano de ação dirigida a melhorar a situação de saúde existente..
- Realização de treinamento dos profissionais no acolhimento dos pacientes com queixa odontológica.
- Organizar a agenda para estabelecer um dia de atendimento para trabalho preventivo e triagem dos pacientes.
- Sensibilizar os gestores para a importância de Incluir o cirurgião dentista e o ASB na ESF do município
- Monitoramento e Avaliação de indicadores de saúde bucal (estabelecer os indicadores ex: (Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas, Cobertura de primeira consulta odontológica programática, ou outros) proporção de após implantação do projeto para conhecer o impacto do trabalho realizado.

Avaliação e Monitoramento:

A avaliação e monitoramento serão realizados da seguinte forma:

A elaboração da agenda será baseada no acolhimento com classificação de risco, e por fim, a elaboração de uma agenda que acolha e direcione a demanda espontânea e programática.

Os agendamentos serão diários e com horário fixo, sendo realizados pela Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) preferencialmente no final da manhã (à partir das 9:30 horas) e da tarde (após às 15:30 horas). A ASB receberá treinamento e orientações para aprender a exercitar o acolhimento durante o agendamento. As consultas serão divididas por categorias, sendo disponibilizadas consultas agendadas por período e consultas de urgência sem número fixo. As categorias serão definidas por cores:

- consulta de acolhimento: usuário com necessidade que exige atenção imediata ou no mesmo dia. Necessidades se referem a sofrimento agudo, evolução de risco, potencialidade de prevenção, questões subjetivas e sociais que orientam para a produção imediata de acolhida e vínculo;
- consulta agendada amarela: usuário com necessidade que não exige atenção imediata ou no mesmo dia, mas que exige atenção no prazo máximo de 10 dias. Seja pela situação de saúde em questão, seja pela concomitância de outros fatores de risco;
- consulta agendada verde: usuário com situação de saúde ou outros fatores que não exijam priorização. Entra na agenda normal que não pode exceder 30 dias. Bloqueio da agenda com mais de 40 dias.

Também será disponibilizado aos pacientes senhas para organizar a ordem de chegada dos mesmos. Essas ações visam organizar o serviço e aumentar o grau de satisfação do usuário, além de auxiliar o profissional durante seu trabalho, organizando as atividades curativas e preventivas.

Antes de definir a agenda serão realizadas reuniões com a equipe para discussão dos temas acolhimento, classificação de risco e agenda da equipe, apresentando textos científicos que demonstram a efetividade dessa ação como transformadora do processo de trabalho em saúde.

:

3. RESULTADOS ESPERADOS

Este trabalho pode observar a importância da organização do processo de trabalho da odontologia na ESF, isso, pois fortalece o vínculo entre os membros da unidade e traz satisfação aos usuários.

A contratação de ACD e a inserção da odontologia na ESF juntamente com a implantação da agenda e a necessidade de profissionais treinados faz-se necessário. E, o acompanhamento desse processo a fim de observar as novas ocorrências adaptando o que for necessário para o acesso aos usuários permite que o atendimento possa ser ampliado e para que haja humanização nas relações entre o profissional e a população atendida.

E, por fim, novas práticas de saúde devem ser orientadas pela essência do SUS. Há que se fortalecer o diálogo de forma permanente, franca e democrática, com todas as forças sociais, tendo em vista um novo pacto federativo: a consolidação da política prevista na nossa Constituição e o fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família.

4. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2016	Set 2016	Out 2016	Nov 2016	Dez 2016	Jan 2016	Fev 2016
Revisão Bibliográfica	x	x	x	X	x	X	X
Aprovação no Comitê de Ética	x	x	x				
Treinamento da equipe							X
Implantação das Ações		x	x	X			
Monitoramento e ajustes			x				
Análise dos dados			x	X	x	X	
Apresentação dos resultados					x		
Acompanhamento do Projeto				X	x	X	x

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estático de 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, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

BECK, C L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência a saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde**, Santa Maria, v.34 a, n 1-2, p.37-43, 2008.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

ELIAS, L. B.; COSTA, N. R. A. Equipe de Saúde da Família: Reconstruindo significados na prática de atenção primária em saúde. **Investigação**, v.9, n.1, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In E. E. Merhy Jr., H.M. M. J. Rimoli, T. B. Franco, & W. S. Bueno, **O trabalho em saúde – olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, p. 55-124, 2004.

PINTO, C. A. G.; COELHO, J. B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org). **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, p. 323, 2010.

RODRIGUES, P. C.; PEDROSO, L. C. S.; OLIVEIRA, V. H. Acolhimento com classificação de risco em assistência médica ambulatorial. **Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina**. São Paulo, maio, 2008.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1487-1494, Rio de Janeiro, nov-dez, 2004.

SCHOLZE, A. S.; ÁVILA, L. H.; SILVA, M. M. et al. A Implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez, 2006.

SPINK, M. J. P. Sobre a Possibilidade de Conciliação do Ideal da Integralidade nos Cuidados à Saúde e a Cacofonia da Demanda. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.18-27, jan-abr 2007.

SOUSA, M. F.; HAMMAN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**, vol.14, supl.1, Rio de Janeiro, set./o