

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

ELISA DA CUNHA FUJII

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS (SC) POR MEIO
DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA POPULAÇÃO**

Florianópolis
2015

ELISA DA CUNHA FUJII

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS (SC) POR MEIO
DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA POPULAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família
da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof. Dr. Ana Lucia Schaefer Ferreira
de Mello

Coorientadora: Marina Leite Souza

Florianópolis
2015

*“Dificuldades se tornam em força.
Preocupações se transformam em sabedoria.
Tristezas vertem em ternura pelos outros.
As pessoas que mais sofrem
são as que se tornarão as mais felizes”
Daisaku Ikeda*

RESUMO

O pleno acesso às ações e serviços de saúde para a população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é um desafio. Com a finalidade de garantir justiça social e igualdade de direitos, evoca-se o princípio da equidade, que visa priorizar a atenção à saúde às pessoas que mais necessitam dela. Para que isso aconteça é necessário conhecer o território e as condições de vida da população. O objetivo deste estudo foi planejar as ações de uma Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da classificação de risco das famílias de crianças de 0 a 12 anos da área adstrita, tendo como pressuposto a equidade em saúde. O estudo é do tipo quantitativo e ocorreu em uma das quatro áreas adstritas de um Centro de Saúde (CS) pertencente ao município de Florianópolis (SC). O Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB) foi o instrumento que norteou a pesquisa, pois permitiu estimar informação epidemiológica, especificamente sobre a doença cárie, por meio da coleta de informações sociais das famílias das crianças do território. Os dados secundários obtidos na ficha-A do SIAB, como escolaridade da mãe e condições de moradia, foram registrados com apoio do software Excel®, para posterior classificação das famílias em Baixo, Médio e Alto risco, de acordo com as condições de vulnerabilidade social apresentadas. Fluxogramas diferenciados de atenção para as famílias foram elaborados, a fim de servir como base para a organização da demanda à assistência odontológica e programação das ações e serviços prestados pela equipe de saúde bucal. O estudo demonstrou ser possível oferecer no prazo de um ano, no mínimo, uma consulta odontológica para todos os membros das famílias de alto risco e vagas para retorno, nos casos que apresentarem necessidade. É importante incentivar as Equipes de Saúde Bucal na utilização do Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal como instrumento para o planejamento de suas ações.

Palavras-chave: Equidade; Acesso; Equipe de saúde bucal; INASB.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA | 6 |
| OBJETIVO | 8 |
| REVISÃO DE LITERATURA | 8 |
| MÉTODO..... | 12 |
| Desenho do estudo | 12 |
| Local do estudo | 12 |
| Procedimentos para classificação de risco das famílias..... | 13 |
| Referencial para planejamento das ações da equipe de saúde bucal | 15 |
| RESULTADOS E DISCUSSÃO | 16 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 22 |
| REFERÊNCIAS..... | 24 |

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Na segunda metade da década de 1980, o Brasil passou por uma profunda crise de caráter político, social e econômico, com a precariedade da área social e da saúde, com base na lógica de um modelo excludente, resultando na piora de indicadores de saúde, entre eles o Coeficiente de Mortalidade Infantil.(1) É nesse período que o Movimento pela Reforma Sanitária se amplia, com a incorporação de lideranças políticas sindicais, populares e parlamentares.(2) Como conquista desse Movimento, na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, são criadas propostas para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro, com base no conceito ampliado de saúde.(3) Por fim, a Nova Constituição Federal (1988)(4) descreve a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido através da implantação do Sistema Único de Saúde, que vem a ser regulado pelas Leis 8.080 (1990)(5) e 8.142 (1990).(6)

Com base no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, existente desde o início dos anos 90(7) e na percepção da necessidade de uma estratégia para reorganização do modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde implanta o Programa de Saúde da Família, em 1994. Esse programa surge como um modelo assistencial de atenção direcionado aos indivíduos, à família e à comunidade, com a finalidade de melhorar sua situação de saúde, por meio de ações de “promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS”.(8)

Em 2000, houve um impulso para a reorganização da atenção à saúde bucal no Brasil, através da Portaria nº 1444,(9) que determinou incentivos financeiros para as ações e inserção de profissionais no Programa Saúde da Família. As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal,(10) intitulada Brasil Sorridente, também contribuíram para a reorganização da atenção e estabelecimento da saúde bucal como uma política pública em todo o país.

A Portaria nº 2.488, em 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a execução dessa estratégia por meio de Unidades Básicas de

Saúde e equipes multiprofissionais (inclusive Agentes Comunitários de Saúde), as quais são responsáveis pela população do território adstrito da respectiva unidade.(11)

Cada equipe de saúde da família e saúde bucal deve ser responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 04 mil habitantes, com média recomendada de 03 mil habitantes.(12) Devido ao financiamento limitado, geralmente não é isso que observamos na prática, pois com frequência o número de profissionais é reduzido e responsabilizado por uma população maior que o ideal, o que dificulta o acesso à assistência a todas as pessoas.

A “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” é um dos princípios do SUS descritos na Lei 8.080 (1999).(5) O acesso e a integralidade à saúde são influenciados por diversos fatores sociais, como a cultura, a localização geográfica, a organização do serviço, preconceito, dentre outros, então denominados como iniquidades em saúde. Em resposta a isso, garantindo a justiça social e complementando o princípio da igualdade, surgiu a equidade, que visa priorizar a atenção à saúde às pessoas que mais necessitam dela.(13)

A relação das condições socioeconômicas desfavoráveis (inclusive o acesso aos serviços de saúde) com as doenças bucais já foi comprovada.(14) Com a importância da equidade em saúde e com a limitação do financiamento e tempo disponível dos profissionais, vê-se necessário conhecer o território e as condições de vida da população para organização da demanda e programação das ações das equipes de saúde bucal, a fim de ampliar o acesso à assistência odontológica e priorizar aqueles que apresentam mais necessidades.

Pela relevância do planejamento das ações na Atenção Básica, foi elaborado e validado o Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB), o qual utiliza informações como condições de moradia e escolaridade da mãe, encontradas na ficha-A do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), para estimar a informação epidemiológica da doença cárie, proporcionando a classificação de risco das famílias de crianças do território.(14)

Nesse contexto, apresenta-se a seguinte pergunta de pesquisa: **como realizar o planejamento das ações de uma Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da**

Família, tendo como base a classificação de risco à doença bucal das famílias da área adstrita, respeitando a equidade em saúde?

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi planejar as ações de uma equipe de saúde bucal da estratégia saúde da família por meio da classificação de risco das famílias de crianças de 0 a 12 anos da área adstrita.

REVISÃO DE LITERATURA

O Brasil, um país com 199 milhões de habitantes(15) de diversas culturas, etnias e condições socioeconômicas variadas, possui limitação de recursos financeiros e humanos para as ações e serviços de saúde. Em vista disso, a fim de complementar o princípio da igualdade em saúde,(5) surge o conceito de equidade, que se refere a dar prioridade na atenção à saúde das pessoas de maior vulnerabilidade social.(13)

A limitação de recursos tem influência direta no acesso às ações e serviços de saúde. O acesso, acessibilidade e utilização de serviços têm relação multidimensional entre necessidade/demanda/oferta de ações e serviços de saúde, que mudam com o tempo e o contexto.(16) Vem a ser importante para a organização da atenção primária em referência à entrada facilitada, ao atendimento e sua continuidade, além de se relacionar com as necessidades dos pacientes de acordo com os serviços e recursos oferecidos.(17) O termo definido como “acessibilidade” possui dimensão sócio organizacional e geográfica, sendo que a primeira se refere a oferta de serviços e a segunda à acessibilidade geográfica, ou seja, distância, despesa, tempo de locomoção da moradia até os serviços de saúde, por exemplo.(17)

A interação entre fatores socioculturais, familiares, biológicos, comunitários e as características dos serviços de saúde determinam a utilização dos serviços odontológicos pela população. O acesso adequado aos serviços é parte importante na

qualidade do sistema.(18) Além da dificuldade de acesso, as pessoas com maior vulnerabilidade social apresentam maior necessidade de atenção à saúde. Desta forma, o planejamento orientado ao acesso à atenção à saúde é importante, pois visa adequar a oferta dos serviços através do levantamento das demandas apresentadas pela população.(18)

Em abril de 2012, os 12 municípios catarinenses com mais de 100 mil habitantes foram estudados, de modo que um questionário foi aplicado aos gestores municipais de saúde bucal, além de coletados dados secundários nos sistemas de informação do SUS, e em documentos oficiais, como Protocolos Municipais e Estaduais. Ficou evidente a necessidade de planejamento e organização de base populacional, através do levantamento das demandas, com a finalidade de definir objetivos e prioridades na atenção à saúde bucal. Conclui-se sobre a importância da vigilância em saúde como orientação a modelo de atenção que impacte positivamente os indicadores epidemiológicos em saúde bucal.(19)

Algumas pesquisas relacionaram a utilização de serviços de saúde com padrões socioeconômicos. Estudo realizado na cidade de Rio Grande (RS) demonstrou que pessoas com menor renda e escolaridade utilizavam 62% a menos os serviços em comparação aos que possuíam menor vulnerabilidade social.(20) O mesmo padrão foi observado na cidade de Pelotas (RS), em que as pessoas pertencentes às melhores classes econômicas consultavam 13% mais que o restante da população.(21) Relacionando também à diferença de gênero, uma pesquisa em São Leopoldo (RS) demonstrou que mulheres das classes econômicas C, D e E com baixa renda e menor nível de escolaridade utilizavam menos os serviços de saúde quando comparadas ao restante das pessoas.(22)

Um estudo ocorrido na região metropolitana de Curitiba (PR) demonstrou que residentes de municípios com melhores condições sociais e de saúde apresentam maior utilização dos serviços comparados aos residentes em áreas menos favorecidas, como os locais mais distantes da cidade polo. Ou seja, as populações de regiões mais distantes da cidade polo apresentaram-se mais vulneráveis devido ao menor acesso aos serviços de saúde, como consequência de diferenças de financiamento, favorecendo as iniquidades em saúde.(16)

No município de São Leopoldo foi executado um trabalho com o objetivo de associar o uso dos serviços de saúde com as características sociodemográficas da população. A amostra foi de 487 adultos e constatou-se que 51,2% consultaram no SUS, 26,9% no sistema privado e 22% em outros serviços. Comprovou-se que adultos nas classes intermediárias de renda, escolaridade e classe econômica consultavam menos que os pertencentes às classes altas e baixas, sendo que o sexo feminino e a idade elevada foram associadas a um maior número de consultas.(23)

Outros estudos relacionaram dados socioeconômicos com utilização e acesso aos serviços de odontologia, como o de Barros e Bertoldi (2002), que ocupou dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) de 1998, realizada pelo IBGE (34). A análise indicou que 77% das crianças de até 06 anos e 4% dos adultos de 20 a 49 anos nunca haviam realizado atendimento odontológico. Entre esses adultos, comparando-se os 20% mais pobres com os 20% mais ricos, observou-se que o número de desassistidos era 16 vezes maior entre os primeiros. No grupo de 0-6 anos, as crianças ricas consultaram o dentista cinco vezes mais do que as pobres no ano anterior à entrevista. As maiores dificuldades ao acesso ao atendimento foram encontradas nos grupos que tinham menor acesso e utilização dos serviços. Além disso, no estudo ficou evidente uma menor acessibilidade aos serviços odontológicos que aos serviços médicos.(24)

Peres e colaboradores (2012) também utilizaram dados da PNAD, de 2003 a 2008, e compararam com os de 1998. Verificaram que o uso recente dos serviços odontológicos (consultas no último ano) aumentou e que a população que nunca havia consultado diminuiu aproximadamente 30% entre os anos estudados. A ausência de atendimento por falta de vagas diminuiu cerca de 20% de 2003 a 2008 e a maioria relatou o atendimento odontológico no SUS como sendo muito bom ou bom. É importante destacar que houve considerável avanço no acesso aos serviços odontológicos, porém a diferença entre as diferentes classes sociais ainda é elevada e devem ser solucionadas com a aperfeiçoamento das políticas de saúde.(25)

Um estudo transversal foi realizado no Estado do Paraná, em 399 cidades, entre 1998 e 2005. Foram comparados indicadores socioeconômicos (como o Índice de Desenvolvimento Humano, renda, educação e saneamento básico) com a oferta de serviços públicos odontológicos e financiamento em saúde, a fim de analisar o a

equidade enquanto discriminação positiva, também chamada de equidade vertical. Foi observado que, após o lançamento da Estratégia Saúde da Família, houve a tendência do repasse de financiamento em prol da equidade, com transferência de recursos aos municípios com piores indicadores socioeconômicos.(26)

Na cidade de Ponta Grossa, estado do Paraná, procurou-se identificar desigualdades na utilização e acesso a tratamento odontológico nos serviços da Estratégia Saúde da Família no que concerne a fatores individuais, por parte de adultos e idosos de baixa renda. Um questionário foi aplicado a 246 pessoas com mais de 35 anos, incluindo pontos sobre condições socioeconômicas, necessidade de tratamento odontológico percebida e acesso aos serviços. Houve identificação de elevada prevalência de problemas bucais auto referidos e perdas dentárias, sendo que aproximadamente 40% dos adultos e 67% dos idosos não consultavam há mais de 03 anos. Além disso, o atendimento regular por um dentista teve resultado positivo sobre a condição de saúde bucal. A menor frequência na realização de higiene bucal e das próteses totais e menor padrão de consulta ao dentista foram associados às pessoas que não moravam em casa próprias. Em vista disso, ficou demonstrado a importância dos determinantes individuais em referência ao acesso aos serviços de saúde bucal.(27)

Na cidade de Canela, Rio Grande do Sul, foi realizada pesquisa com uma amostra de 1092 crianças de 0 a 5 anos de idade. O estudo constatou que somente 13,3% da amostra já haviam ido ao consultório odontológico e que, conforme o aumento da idade da criança maior era a possibilidade dela já ter consultado o dentista. Ademais, as crianças do sexo feminino apresentaram uma chance superior de já terem frequentado o consultório odontológico quando comparadas ao sexo masculino.(28)

Há poucos estudos relacionados à saúde bucal da população indígena, um deles ocorreu com 2246 índios Xakriabá, em Minas Gerais, por meio de um levantamento das necessidades de tratamento para sua organização, o que permite a eleição de prioridades. Agentes Índigenas de Saúde foram treinados para a realização dos exames em domicílio e, como resultado, obteve-se 37% das pessoas sem necessidade de tratamento, 60% com algum tipo de necessidade e 4% foram excluídos do estudo. O levantamento foi realizado a fim de auxiliar a organização da oferta de serviços à população, respeitando a equidade em saúde por meio da definição de prioridades no atendimento.(29)

Um grupo de pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em 2008, desenvolveu e validou um instrumento a fim de auxiliar as equipes de saúde bucal no planejamento das ações e serviços de saúde. Assim surgiu o Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal, um instrumento que permite a classificação de risco das famílias de crianças das áreas de abrangência de Equipes de Saúde Bucal, através de dados secundários contidos na ficha-A do SIAB (tipo de moradia e escolaridade da mãe). Com a comprovação da associação entre maior risco à cárie dentária e maior vulnerabilidade social, o instrumento estruturado permite a organização dos serviços de saúde bucal conforme as demandas da população, respeitando a equidade em saúde.(14)

MÉTODO

Desenho do estudo

O estudo realizado é de natureza quantitativa e foi executado por meio da coleta de dados secundários no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do SUS, durante o mês de outubro de 2014.

Local do estudo

Projeto de Pesquisa foi avaliado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, já que o local selecionado foi uma das quatro áreas adstritas de um Centro de Saúde (CS) pertencente a esse município. Esse CS conta com quatro Equipes de Saúde da Família (ESF) e três Equipes de Saúde Bucal (ESB) do tipo 01, ou seja, cada ESB é composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal (ASB).

A população do território de abrangência do CS é de aproximadamente 17 mil habitantes.(30) A área de abrangência relativa à pesquisa foi escolhida por ser aquela que a preceptora e a pós-graduanda de odontologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina são referências para a ESB. Ela possui 3201 pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo que 429 são crianças de 0 a 12 anos.(31) É importante destacar que essa área é dividida em 06 micro áreas e que apenas 03 delas estão cobertas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Devido à falta de atualização dos dados sobre as

famílias das áreas descobertas, a pesquisa ocorreu apenas com os moradores das 03 micro áreas as quais as equipes apresentam ACS.

O território de abrangência do CS apresenta notórias divergências nas suas características socioeconômicas, o que é evidente entre as famílias pertencentes à área selecionada para o estudo. Em vista das características da população e da importância do planejamento da atenção nos serviços de saúde, a ESB busca a qualificação do acesso à assistência odontológica às famílias da sua área de abrangência.

Atualmente, o acesso da população ao atendimento odontológico pela ESB de referência no CS ocorre por meio de: a) atendimento de urgência/emergência odontológica nos períodos matutinos e vespertinos de segunda à sexta-feira; b) agendamento de consulta semanalmente em período e horário definido, com número de vagas limitado e por ordem de chegada; c) agendamento de consulta em qualquer horário a grupos prioritários (diabéticos, gestantes, idosos e crianças que, ao serem examinadas na escola, apresentem necessidade de tratamento curativo); d) agendamento de atividade coletiva em Grupo de Saúde Bucal para demanda espontânea de crianças de 0 a 12 anos, com posterior encaminhamento para atendimento em consultório, caso necessário; e) visita domiciliar.

Procedimentos para classificação de risco das famílias

O Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB) foi escolhido como instrumento norteador da pesquisa, já que foi validado com o objetivo de auxiliar no planejamento das ações das ESB. O INASB permite estimar informação epidemiológica, especificamente sobre a doença cárie, por meio da coleta de informações sociais das famílias das crianças do território. Os dados secundários obtidos na ficha-A no SIAB, como escolaridade da mãe e condições de moradia, foram registrados com apoio do Excel, o que permitiu a classificação das famílias em baixo, médio e alto risco. A figura 1 apresenta o algoritmo elaborado durante a construção do INASB, o qual auxiliou na classificação conforme as condições de vulnerabilidade social apresentadas. A família é classificada como alto risco, por exemplo, quando a mãe é analfabeta ou mora em casa de material reciclado (portanto uma condição de alto risco) mesmo apresentando outra condição menos vulnerável.(14)

O INASB foi adaptado pelo grupo de pesquisa nos seguintes casos: a) quando não mencionava o nome da mãe da criança como moradora da casa se classificou a família como alto risco; b) quando uma ou ambas as informações “educação materna” e “tipo de moradia” constava “não informado” considerou-se perda na amostra da pesquisa; c) residências com mais de uma criança que não possuem a mesma mãe e que se apresentavam como moradoras da casa considerou-se a informação de maior vulnerabilidade sobre a “educação materna” para a classificação de risco da família e; d) considerando que o dado sobre a “educação materna” na ficha A das famílias por vezes consta como “1ª a 4ª série” e que não se apresenta essa opção no algoritmo elaborado para o INASB, julgou-se esse dado equivalente a “ensino fundamental incompleto” quando apresentado na ficha A.

| Quadro 1. Variáveis analisadas: definição e operacionalização. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-------------------------------|--|-------------|----|----|------------|------------|------------|--|------------|-------------|--|------------|-------------|--|-------------|------------|--|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|--|-------------|-------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Variáveis | Definição | Tipo de dado | Operacionalização | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Índice de Necessidade Atensão à Saúde Bucal (INASB) | Obtido pelo algoritmo: INASB = tipo de moradia (TM) + escolaridade materna (EM) | | Não-clínico | Tipo de moradia (TM) alto risco 5 = material reciclado 4 = madeira 3 = taipa não-revestida 2 = taipa revestida médio risco 3 = taipa não-revestida 2 = taipa revestida baixo risco 1 = tijolo/adobe Educação materna (EM) alto risco 0 = analfabeta 1 = alfabetizada médio risco 2 = 1ª, a 4ª. Série baixo risco 3 = 5ª, a 8ª. Série 4 = 2ª. grau em diante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>TM</th> <th>EM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INASB alto</td> <td>alto risco</td> <td>alto risco</td> </tr> <tr> <td></td> <td>alto risco</td> <td>médio risco</td> </tr> <tr> <td></td> <td>alto risco</td> <td>baixo risco</td> </tr> <tr> <td></td> <td>médio risco</td> <td>alto risco</td> </tr> <tr> <td></td> <td>baixo risco</td> <td>alto risco</td> </tr> <tr> <td>INASB médio</td> <td>médio risco</td> <td>médio risco</td> </tr> <tr> <td></td> <td>médio risco</td> <td>baixo risco</td> </tr> <tr> <td></td> <td>baixo risco</td> <td>médio risco</td> </tr> <tr> <td>INASB baixo</td> <td>baixo risco</td> <td>baixo risco</td> </tr> </tbody> </table> | | | | TM | EM | INASB alto | alto risco | alto risco | | alto risco | médio risco | | alto risco | baixo risco | | médio risco | alto risco | | baixo risco | alto risco | INASB médio | médio risco | médio risco | | médio risco | baixo risco | | baixo risco | médio risco | INASB baixo | baixo risco | baixo risco |
| | | TM | | | EM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INASB alto | alto risco | | | alto risco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | alto risco | | | médio risco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | alto risco | | | baixo risco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | médio risco | | | alto risco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | baixo risco | | | alto risco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INASB médio | médio risco | | | médio risco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | médio risco | | | baixo risco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | baixo risco | médio risco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INASB baixo | baixo risco | baixo risco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo | Distinção entre os seres vivos em relação à função reprodutora | Não-clínico | 1 = Masculino 2 = Feminino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Idade | Tempo de vida desde o nascimento até o determinado momento | Não-clínico | Número absoluto (em anos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acesso ao dentista nos últimos 12 meses | Se o indivíduo já foi a uma consulta odontológica nos últimos 12 meses | Não-clínico | 1 = Sim 2 = Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dor de dente nos últimos 6 meses | Se o indivíduo sentiu alguma dor de dentes nos últimos seis meses | Não-clínico | 1 = Sim 2 = Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ceo-d | Índice de dentes cariados, com extração indicada e obturados para dentes deciduos | Clínico | Número absoluto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPO-D | Índice de dentes cariados, perdidos e obturados para a dentição permanente | Clínico | Número absoluto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Figura 1: Logaritmo elaborado durante a confecção do INASB.(14) Florianópolis, 2014.

Referencial para planejamento das ações da equipe de saúde bucal

O planejamento das ações e organização da agenda das ESB deve ter como base documentos norteadores para o funcionamento dos serviços de Atenção Básica. A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis apresenta as “normas e diretrizes para o funcionamento das equipes e serviços de atenção primária”.(32) Segundo esse documento as equipes devem ter como foco o atendimento às demandas da população, de acordo com as suas características territoriais e necessidades, considerando os critérios de frequência, risco e vulnerabilidade, com o mais alto grau de acessibilidade e abrangência.(32)

O acesso aos serviços de atenção primária do município deve ser coordenado pelo CS e pode se dar por meio de demanda da população, busca ativa da equipe ou encaminhamento de outros pontos da rede. Devem-se definir os fluxos de entrada, por meio de demanda espontânea, demanda programática/cuidado continuado e de urgência, sendo que a escuta qualificada com avaliação de risco e vulnerabilidade e encaminhamento adequado deve ocorrer em todo o horário de funcionamento por todos os profissionais de saúde. A continuidade da atenção para situações de saúde como puericultura, atenção ao pré-natal e usuários com condições crônicas deve ocorrer “por meio de estratégias de garantia de acesso, vinculação, gestão da agenda e vigilância da população adscrita.”(32)

As agendas dos profissionais devem ser organizadas para que, em média, 50% sejam destinadas a demanda espontânea. O tempo de espera entre marcação e atendimento deve ser de até 07 dias quando as equipes estão completas e com proporção populacional adequada e o tempo de espera para atendimento no CS não deve ultrapassar 30 minutos. Considerando a realidade local sugere-se proporcionar diferentes formas de agendamento (e-mail, telefone, grupo de marcação, entre outros) e manter um sistema permanente de marcação de consulta, evitando dias fixos para marcação. Nas agendas dos profissionais dos CS também podem constar 04 horas mensais para planejamento dos serviços com a Unidade fechada e cada ESF tem 02 horas semanais para reunião da equipe.(32)

Dentre as atividades mínimas do Cirurgião Dentista apresentadas na Carteira de Serviços está a territorialização e mapeamento da área, a fim de identificar grupos,

famílias e indivíduos exposto a riscos e vulnerabilidades, atendimento clínico em todas as faixas etárias de demanda programada e espontânea, atendimento em domicílio, atendimento à urgência e emergência, encaminhamento a serviços especializados, elaboração de projetos terapêuticos em conjunto com outros profissionais e atendimento coletivo. Dentre os usuários/situações preferenciais para atendimento domiciliar estão incluídos, além dos acamados ou impossibilitados de locomoção, os usuários em situação de alto risco e vulnerabilidade que não frequentam o CS.(32)

O Protocolo de Atenção à Saúde Bucal(33) elaborado pela Secretaria Municipal em Saúde destaca que o agendamento das atividades das ESB deve ser realizado conforme planejamento e programação local, considerando as necessidades da população, os grupos prioritários definidos pelo serviço e as escolas pertencentes à área de abrangência. O documento apresenta um exemplo de agenda semanal a ser construída pela ESB, onde constam cerca de 08 períodos de atendimento clínico voltados à demanda livre, emergências, escolares até 14 anos, bebês e crianças, gestantes e 02 períodos para atividades em escolas, creches, NEIS e participação em grupos e visitas domiciliares. A portaria nº 21/98(34) define os parâmetros de cobertura dos atendimentos clínicos, sendo que os odontólogos com Auxiliar de Consultório e carga horária semanal de 40 horas devem atender 15 pacientes/dia e sem Auxiliar de Consultório 10 pacientes/dia.

Por meio da classificação de risco das famílias do território e conforme os documentos norteadores para o funcionamento dos serviços de saúde foi planejada a agenda da ESB. Condutas diferenciadas de atenção à saúde bucal para as famílias de baixo, médio e alto risco foram definidas, o que auxiliou na organização da demanda e programação do atendimento clínico da ESB, com o propósito de ampliar o acesso à assistência odontológica e priorizar aqueles que mais necessitam dela.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O total de crianças registradas no SIAB que são moradoras das 03 microáreas pesquisadas é de 273, sendo 143 crianças do sexo feminino e 130 do sexo masculino

(gráfico 1). Além disso, 145 delas possuem idade entre 0 e 6 anos e 128 entre 7 e 12 anos (gráfico 2).

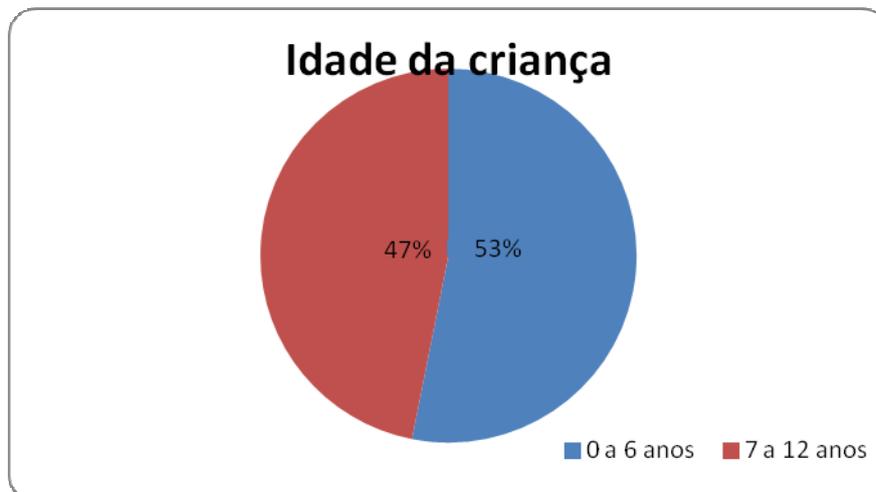


Gráfico 1: Porcentagem das crianças conforme a faixa etária. Florianópolis, 2014.

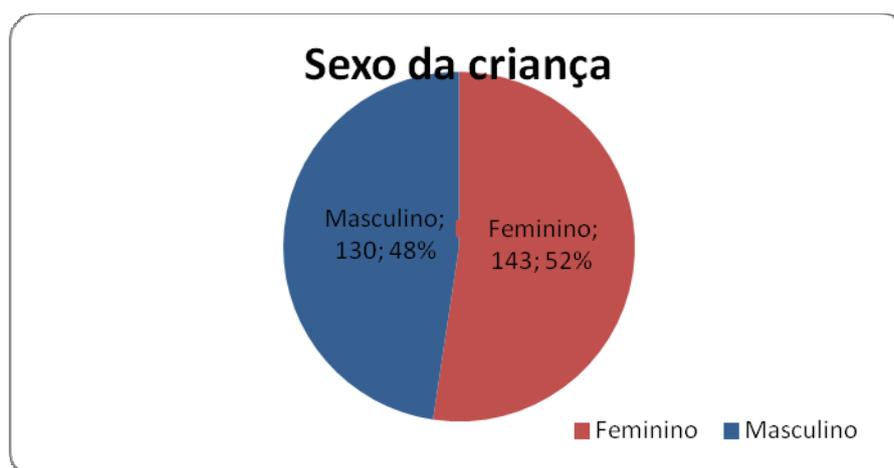


Gráfico 2: Porcentagem das crianças conforme o sexo. Florianópolis, 2014.

A classificação em baixo, médio e alto risco das famílias apresenta-se separadamente pelo tipo de moradia e educação materna nas tabelas 1 e 2, respectivamente. Ao observar a tabela 2 é importante lembrar que residências com crianças de mães diferentes e que constam como moradoras da casa considerou-se a informação de maior vulnerabilidade sobre a “educação materna” para a classificação de risco da família.

| Classificação de risco das famílias | Tipo de moradia (n) |
|--|----------------------------|
| Baixo risco | 165 |
| Médio risco | 0 |
| Alto risco | 30 |
| Total | 195 |

Tabela 1: Classificação de risco das famílias conforme o tipo de moradia. Florianópolis, 2014.

| Classificação de risco das famílias | Escolaridade da mãe (n) |
|--|--------------------------------|
| Baixo risco | 123 |
| Médio risco | 50 |
| Alto risco | 22 |
| Total | 195 |

Tabela 2: Classificação de risco das famílias conforme o tipo de moradia. Florianópolis, 2014.

Os dados sobre “escolaridade da mãe” e “tipo de moradia” foram utilizados para a classificação final das famílias por meio do algoritmo elaborado para o INASB e podem ser observados no gráfico 3.

A classificação de risco em números absolutos apresentou a seguinte distribuição: 114 famílias (448 pessoas) de baixo risco; 41 famílias (184 pessoas) de médio risco; e 52 famílias (222 pessoas) de alto risco. Seis crianças e suas respectivas famílias foram consideradas como perda amostral, já que um dos dados ou “tipo de moradia” ou “escolaridade da mãe” não foram informados na ficha A.

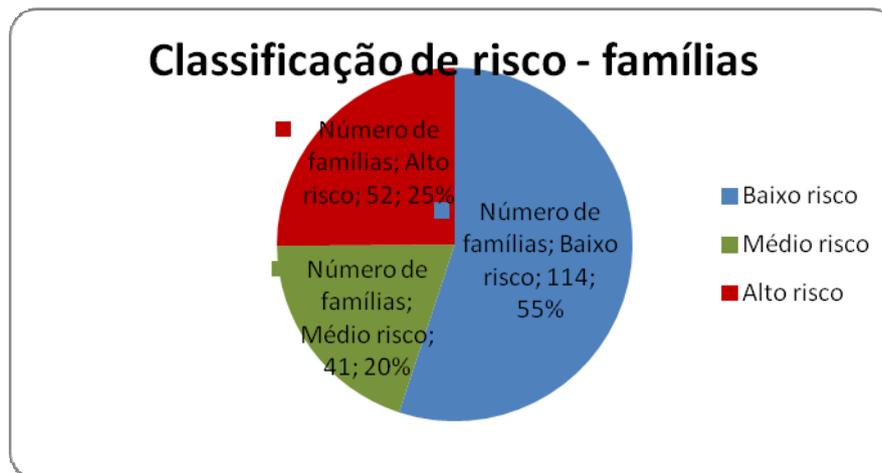


Gráfico 3: Porcentagem das famílias segundo classificação de risco. Florianópolis, 2014.

A ESB definiu diferentes condutas para atenção à saúde bucal das famílias classificadas como baixo, médio e alto risco.

O fluxograma para atenção à saúde bucal apresenta-se no diagrama a seguir (figura 2):

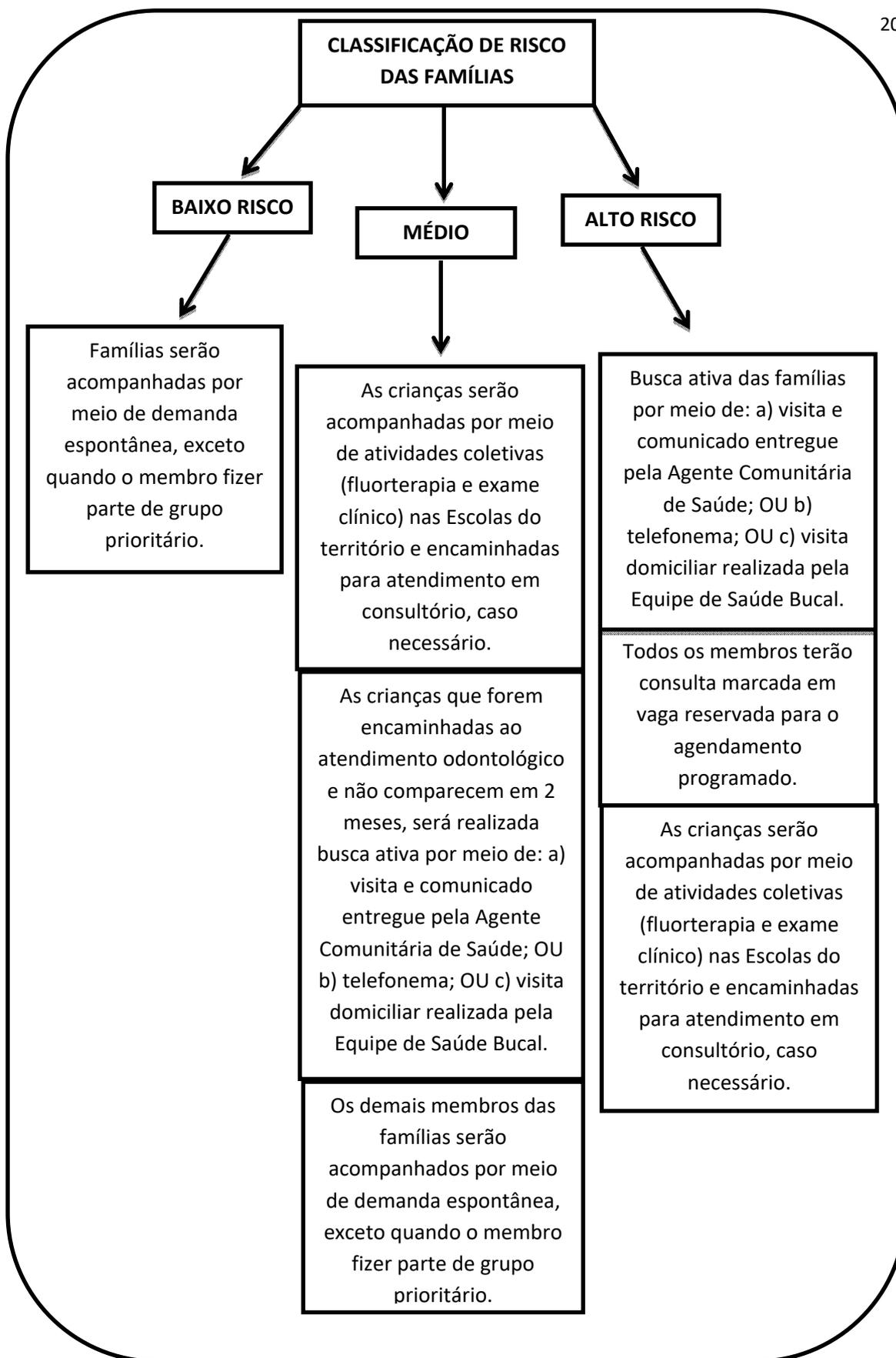


Figura 2: Fluxograma das condutas diferenciadas de atenção à saúde bucal para as famílias classificadas em baixo, médio e alto risco. Florianópolis, 2014.

As informações geradas por meio do INASB e os documentos norteadores para organização dos serviços de saúde permitiram o planejamento das ações da ESB. A carteira de serviços da Secretaria Municipal de Florianópolis preconiza que os profissionais reservem 50% de sua agenda de atendimento para demanda espontânea e o restante para demanda programada. Assim, pretende-se organizar a agenda da ESB de forma que 04 atendimentos por período sejam destinados à primeira consulta de demanda espontânea ou urgência/emergência, 01 vaga para atendimento programático (criança, idoso, gestante, diabéticos, hipertensos), 02 vagas para retorno e 01 vaga para primeira consulta ou retorno dos membros das famílias classificadas como alto risco segundo o INASB.

Ao realizar o planejamento anual da agenda da ESB considerou-se que 01 ano possui 52 semanas e que durante 04 semanas a cirurgiã-dentista está afastada do trabalho por férias, portanto a ESB oferta ações e serviços durante 48 semanas ao longo do ano. Dois períodos da agenda semanal da ESB serão destinados à reunião, atividades coletivas, visita domiciliar e atividades organizacionais. Com 08 períodos de atendimento em consultório durante a semana e 08 vagas para atendimentos por período (com Auxiliar de Consultório) é possível disponibilizar 64 vagas para atendimento por semana e 3072 vagas por ano. Sem contar com o apoio de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ocorrerão 05 atendimentos por período, o que totalizam 40 atendimentos por semana e 1920 por ano. Visto que será oferecida 01 vaga por período para os 222 membros das famílias classificadas como alto risco por meio do INASB, totalizam-se 384 vagas para atendimento por ano para primeira consulta e retorno dessas famílias. Ou seja, é possível oferecer no prazo de um ano, no mínimo, uma consulta odontológica para todos 222 membros das famílias de alto risco e 162 vagas para retorno, nos casos que apresentarem necessidade.

O acesso aos serviços odontológicos são limitados por diversos fatores, incluindo as condições socioeconômicas da população, a cultura, fatores demográficos, psicológicos, políticas vigentes, características individuais de morbidade e do sistema de saúde.(27) A qualificação dos serviços de saúde é diretamente ligada à facilidade de acesso dos indivíduos.(23) Além disso, a utilização dos serviços e o acesso mudam ao longo do tempo e do contexto, sendo de grande relevância a adequação entre as necessidades da população e recursos e serviços ofertados.(16)

O planejamento das ações de uma equipe de saúde bucal da estratégia saúde da família, por meio da classificação de risco das famílias de crianças de 0 a 12 anos da área adstrita, é uma estratégia viável e de simples execução. A importância do estudo é comprovada quando se define a relação entre as condições socioeconômicas desfavoráveis e o menor acesso aos serviços odontológicos do SUS.(27)

Após o levantamento realizado é necessário o empenho da Equipe de Saúde Bucal em colocar o planejamento das ações e serviços em prática. A busca ativa, a ser realizada pelas ACS e ESB, por meio de visita domiciliar ou telefonema, a organização da agenda programada, o interesse e o tempo disponível dos membros das famílias pelo atendimento odontológico são desafios na sua execução. Além disso, a disponibilidade dos dados no SIAB pelas Equipes de Saúde Bucal e a fidedignidade dos dados dependem da organização dos serviços e da cobertura das áreas adstritas por parte dos ACS.

O planejamento das ações e serviços de saúde deve ser feito por meio do levantamento das demandas apresentadas pela população, de forma organizada, equânime, beneficiando o maior número de pessoas possível. O levantamento pode ocorrer de diferentes formas, mas são poucas as ferramentas encontradas na literatura nacional. Além do Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal aplicado neste trabalho,(14) identificou-se o instrumento apresentado no estudo com os índios Xakriabá, em Minas Gerais.(29) Ambos procuraram encontrar maneiras de organizar a atenção à saúde bucal por meio de um levantamento das necessidades de tratamento, elegendo prioridades. A vantagem do INASB é que ele apresenta a facilidade da obtenção de dados secundários por meio do SIAB para a classificação e priorização, o que reduz recursos humanos e financeiros, ao contrário da outra pesquisa que necessita de visita em domicílio para o levantamento. Também não foram encontrados estudos na literatura nacional com a mesma finalidade e utilizando dados que sejam comparáveis a presente pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento das ações e serviços das Equipes de Saúde Bucal baseado no levantamento das demandas da população, priorizando a atenção à saúde àqueles que

apresentam mais necessidades, é essencial para a qualificação do acesso ao atendimento odontológico.

Os serviços e ações em saúde bucal sofrem influência das políticas públicas e sua aplicação, do financiamento destinado à saúde, dos recursos materiais e humanos, da organização e planejamento dos serviços e da qualificação dos profissionais. A Equipe de Saúde Bucal buscará se organizar para colocar em prática o planejamento da agenda programada realizado neste estudo, visto que a mudança é sempre um desafio.

O estudo demonstrou ser possível oferecer, no prazo de um ano, no mínimo, uma consulta odontológica para todos os membros das famílias de alto risco e vagas para retorno, nos casos que apresentarem necessidade.

O estudo buscou demonstrar, divulgar e incentivar as Equipes de Saúde Bucal para a utilização do Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal como instrumento para o planejamento de suas ações. Recomenda-se a realização de novos estudos e avaliação da prática pelas Equipes de Saúde Bucal para aprofundamento do tema, visto que o número de pesquisa sobre o mesmo assunto é escasso.

REFERÊNCIAS

1. RONCALLI AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2000.
2. OLIVEIRA AGRDC, SOUZA ECFD. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. Odontologia preventiva e social: textos selecionados: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1997.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986.
4. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. In: Senado, editor. Brasília, Distrito Federal; 1988.
5. BRASIL. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, Distrito Federal: Diário Oficial da União; 1990.
6. BRASIL. Lei 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF: Diário Oficial da União; 1990.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Executiva S, editor. Brasília-DF; 2001.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. In: COSAC, editor. Brasília-DF; 1994.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1444 de 28/12/2000. In: Ministério da Saúde, editor. Brasília-DF; 2000.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. In: Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal, editor. Brasília-DF; 2004.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília-DF; 2011.
12. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Atenção Básica e Saúde da Família <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php2014> [cited 2014 24 de julho].
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. In: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, editor. Brasília-DF; 2013.
14. CARNUT L, FILGUEIRAS LV, FIGUEIREDO N, GOES PSAd. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16:3083-91.

15. IBGE. Censo Demográfico 2012 - Resultados do universo. <http://www.ibge.gov.br2012> [cited 2014 24 de julho].
16. AGUILERA A. Iniquidades intermunicipais no acesso e utilização dos serviços de atenção secundária em saúde na região metropolitana de Curitiba. Rev Bras Epidemiol. 2014.
17. DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
18. JESUS WLA, ASSIS MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciência & Saúde Coletiva. 2010
19. GODOI H., MELLO ALSF, CAETANO JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública. 2014.
20. MENDONZA-SASSI R BJ, BARROS AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. Revista de saude publica. 2003.
21. CAPILHEIRA MF SI. Individual factors associated with medical consultation by adults. Revista de saude publica. 2006.
22. DIAS-DA-COSTA JS PA, ZANOTTA AF, FERREIRA DG, PEROZZO G, FREITAS IBA, et al. Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008.
23. DIAS-DA-COSTA JS, OLINTO MTA, SOARES SA, NUNES MF, BAGATINI T, MARQUES MC, GUIMARÃES LK, MULLER LP, MACHADO FCS, BARCELLOS ES, PATUSSI MP. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. Cad Saúde Pública. 2010.
24. Barros AJD, BERTOLDI AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciência & Saúde Coletiva. 2002.
25. PERES KG, PERES MA, BOING AF, BERTOLDI AD, BASTOS JL, BARROS AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. Ver Saúde Pública. 2012.
26. BALDANI MH, ALMEIDA ES, ANTUNES JLF. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. Rev Saúde Pública. 2009.
27. BALDANI MH, BRITO WH, LAWDER JAC, MENDES YBE, SILVA FFM, ANTUNES JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. Rev Bras Epidemiol. 2010.
28. KRAMER PF, ARDENGHI TM, FERREIRA S, FISCHER LA, CARDOSO L, FELDENS CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008.
29. DUMONT AFS, SALLA JT, VILELA MBL, MORAIS PC, LUCAS SD. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. Ciência & Saúde Coletiva. 2008.

30. IBGE. Censo demográfico 2010. Estimativa 2013. http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2013_index.php2010 [cited 2014 04 de agosto].
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informação da Atenção Básica <http://www.pmf.sc.gov.br2014> [cited 2014 09/09].
32. SECRETARIA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Atenção primária à saúde. Carteira de Serviços. 2014.
33. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de Atenção à Saúde Bucal. 2006.
34. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Portaria n21. 1998.