



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Residência Integrada em Saúde da Família

Haroldo Baêta Filho

**PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO DISTRITO SANITÁRIO CENTRO DE FLORIANÓPOLIS (SC):
uma análise dos dados de produção de Consultas, Absenteísmo e Tratamentos
Completados**

FLORIANÓPOLIS

2012

Haroldo Baêta Filho

**PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO DISTRITO SANITÁRIO CENTRO DE FLORIANÓPOLIS (SC):
uma análise dos dados de produção de Consultas, Absenteísmo e Tratamentos
Completados**

Monografia apresentada ao curso de
Residência Multiprofissional em Saúde da
Família como requisito á obtenção do Título
de Especialista em Saúde da Família.

FLORIANÓPOLIS

2012

Haroldo Baêta Filho

**PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO DISTRITO SANITÁRIO CENTRO DE FLORIANÓPOLIS (SC):
uma análise dos dados de produção de Consultas, Absenteísmo e Tratamentos
Completados**

Monografia apresentada ao curso de
Residência Multiprofissional em Saúde da
Família como requisito á obtenção do Título
de Especialista em Saúde da Família.

Professora Orientadora

Professora Orientadora

Membro da Banca Examinadora

Membro da Banca Examinadora

Florianópolis (SC), 08 Outubro de 2012.

**Que saudade da minha
infância, da minha família unida,
dos meus bons amigos da escola
e de minha doce e amada
vovozinha!**

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos especiais ao meu mentor e ídolo Dr. Rafael Sebold pela paciência em transmitir ensinamentos valiosos que mudaram meu conceito de saúde e por abrir as portas para a Saúde Coletiva e à minha querida amiga e tutora Daniela Carcereri que confiou em mim oferecendo a oportunidade de trabalhar junto aos alunos de graduação da Universidade Federal de Santa Catarina demonstrando o potencial que uma universidade pode oferecer aos serviços de saúde.

Não posso deixar de agradecer a todos os meus queridos amigos e trabalhadores do Centro de Saúde Prainha por todo o carinho e fé depositada em mim no período em que pude atuar como Residente. Um abraço especial a todos os meus amigos e guerreiros Agentes Comunitários.

À minha mãe, que me orgulha muito e também trilha pelos caminhos da Odontologia da Saúde da Família, à meu pai Cirurgião-Dentista de primeira linha, meu irmão Bruno que será um grande Cirurgião-Dentista e à minha Irmã Iasmin.

Um agradecimento especial à minha amada Scheila Meira Lopes que compartilha comigo vários sonhos e vitórias. Não posso deixar de citar a minha querida vovózinha adotiva vovó Zaida, sogra Zuleide, sogro Edemilson e cunhado Brayan. Amo vocês!

Um dos grandes deveres da Universidade é implantar suas práticas profissionais ao seio do povo (Che Guevara).

RESUMO

A presente pesquisa foi realizada através de um estudo exploratório e descritivo utilizando dados secundários cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis através do Sistema INFOSAÚDE, sistema de informações em saúde que integra os dados de produção ambulatorial e encaminhamentos dos Centros de Saúde do município. É objetivo de o presente estudo elucidar o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica do Distrito de Saúde Centro da cidade de Florianópolis no ano de 2009. Para isso foram criadas tabelas e gráficos através dos dados sobre acesso, ações coletivas e produção de procedimentos odontológicos básicos inspirados nos indicadores de Saúde Bucal do Pacto Pela Atenção Básica referenciados no Caderno de Atenção Básica nº 17. Verificou-se a proporção de primeiras consultas por habitante no ano, número de consultas programadas por habitante, absenteísmo de pacientes, número de Tratamentos Completados em relação à consultas realizadas no ano, número de procedimentos realizados por consultas. Os dados demonstram que até o ano de 2009 as equipes encontraram grande dificuldade em garantir a cobertura dos territórios adstritos e gerar acesso aos usuários aos serviços de Odontologia, a maior parte da população não realizou a primeira consulta odontológica do ano, houve uma grande quantidade de faltas por parte dos pacientes, houve uma alta quantidade de consultas em relação ao número de Tratamentos Completados, constatou-se também que o tempo clínico foi bem aproveitado para a realização de procedimentos. Este trabalho demonstra a importância da utilização dos dados de produção como ferramenta para o aprimoramento dos serviços e a necessidade de mudanças no processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal do município. Embora o processo de qualificação das equipes para a Saúde da Família tenha avançado ainda há dificuldades quanto ao processo de formação acadêmica dos profissionais, dificuldades para a expansão do número de profissionais na rede e dificuldades para a incorporação dos profissionais com especialidade em Saúde da Família na rede municipal de saúde de Florianópolis.

Palavras-chave: Processo de trabalho em Saúde da Família. Cirurgião-Dentista da Saúde da Família. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This research was conducted through an exploratory and descriptive study using secondary data transferred by the Municipal Health System INFOSAÚDE through Florianópolis, health information system that integrates production data and outpatient referrals from health centers in the city. It is the goal of this study elucidate the working process of the Oral Health Teams in Primary Health Centre District of Florianópolis in 2009. For this we created tables and graphs from the data on access, collective action and production of basic dental procedures inspired indicators Oral Health Pact For Primary Care referenced in Primary Care Book # 17. There was the proportion of first consultations per inhabitant in the year, number of visits scheduled per capita absenteeism of patients, number of treatments Completed consultations in relation to the year, number of procedures performed by queries. The data show that by the year 2009 the teams have found great difficulty in ensuring coverage of assigned territories and generate users access to dental services, most of the population did not perform the first dental query of the year, there was a lot of fault on the part of patients, there was a high number of queries in relation to the number of treatments Completed, it was also found that the clinical time was well spent for the execution of procedures. This study demonstrates the importance of using production data as a tool for the improvement of services and the need for changes in the work process of the Oral Health Team of the municipality. Although the process of qualifying teams for Family Health has advanced no there are still difficulties to the formation process of academic professionals, difficulties in expanding the number of professionals in the network and difficulties for the incorporation of professionals with expertise in the Saúde da Família at Florianópolis.

Keywords: Process Work in Family Health. Dentist Family Health. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVOS	03
2.1 Objetivo Geral	03
2.2 Objetivos Específicos	03
3 METODOLOGIA	04
3.1 Tipo de Estudo	04
3.2 Coleta de dados	04
4 REVISÃO DE LITERATURA	05
4.1 Acompanhamentos odontológicos por ciclo de vida	10
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
6 CONCLUSÃO	17
7 REFERÊNCIAS	18
8 ANEXOS	21

1 INTRODUÇÃO

Trabalhar o processo de trabalho segundo os princípios e diretrizes do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família é um grande desafio para todos os membros das equipes de saúde.

Aspectos medicalizadores e específicos presentes na formação acadêmica de todas as profissões da área da saúde, e que neste caso será avaliada a situação específica da Odontologia frente à Estratégia Saúde da Família, devem ser considerados nesta distorção.

A Odontologia no Brasil infelizmente desenvolveu-se em caráter privado, curativo, direcionada a uma minoria financeiramente viável, onde a maior parte da população ainda não possui acesso à atenção em saúde bucal. Apesar dos investimentos do governo, a assistência odontológica pública ainda é insatisfatória para atender toda a população.

Pontos a serem considerados e que de forma multifatorial fragilizam o modelo assistencial vigente são os de que se subestima o número de Equipes de Saúde da Família - ESF/ Equipes de Saúde Bucal - ESB em áreas de risco social, dificuldades para o recebimento de investimentos para estruturação dos Centros de Saúde, dificuldades na expansão dos recursos humanos na área da saúde e dificuldade de assimilação dos profissionais especializados em Saúde da Família na rede pública de saúde.

A atual Política Nacional de Atenção Básica considera a Estratégia Saúde da Família como ferramenta prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil buscando reorganizar a saúde do país mudando o foco para a atenção à família, entendida a partir do ambiente onde vive, devendo as equipes de saúde deter o conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias propondo intervenções que influenciem os processos saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade.

É preocupante observar que o modelo da ESF não é vigente na totalidade do território nacional, sendo que em alguns municípios os serviços de saúde são geridos por instituições paralelas ao setor público, o que dificulta o controle social e auditoria dos investimentos em saúde. Com o foco na família, a ESF potencializa a troca de experiências do profissional com o usuário, cria relações de acolhimento, favorece o empoderamento e a participação no controle social.

O presente trabalho busca refletir sobre o processo de trabalho do Cirurgião-Dentista na ESF através de dados quantitativos, analisando o que está sendo feito na Odontologia do setor público, desmistificando os atributos e potencial do processo de trabalho do Cirurgião-Dentista aos demais membros da Equipe de Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar o processo de trabalho em Saúde Bucal na ESF no Distrito Sanitário Centro do Município de Florianópolis.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o processo de trabalho do cirurgião-dentista na ESB do Distrito Sanitário Centro (DSCe) do Município de Florianópolis a partir de registros disponibilizados no Sistema de Informação do município.
- Observar o acesso aos serviços ambulatoriais de Odontologia do DCE do Município de Florianópolis.
- Identificar o percentual do absenteísmo nos serviços de Odontologia do DCE Centro
- Observar a produção de procedimentos por consulta realizada pelos Cirurgiões-Dentistas no DCE de Florianópolis.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo possui caráter exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa.

3.2 Coleta de dados

Na coleta de dados utilizaram-se dados secundários registrados no Sistema INFOSAÚDE. Este sistema permite o agendamento de consultas e acompanhamento de usuários nos Centros de Saúde de Florianópolis, através do qual todos os distritos e centros de saúde são interligados compartilhando informações sobre as ações realizadas na atenção básica e média complexidade.

Serão estudadas as seguintes variáveis a partir dos relatórios gerados pelo Sistema InfoSaúde:

- Acesso à primeira consulta odontológica programada;
- número de Consultas realizadas por Tratamento Concluído;
- Procedimentos por consulta realizada;
- Absenteísmo de pacientes.

Haroldo, explica quando foi feita a coleta, que foi somente dados do DSce, por CS, que forma elaboradas planilhas no Excel... Enfim...mais detalhes.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A VIII Conferencia Nacional de Saúde em 1986 é o grande marco considerado o divisor de águas dentro do movimento da Reforma Sanitária, criando propostas de reestruturação do sistema de saúde brasileiro que foram defendidas na Assembléia Nacional Constituinte. A Constituição de 1988 incluiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e moldou as Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Em 1990 foram aprovadas as Leis 8080 de 1990 e Lei 8142 de 1990 que regularam o Sistema Único de Saúde com princípios doutrinários e organizativos. Em função de sua característica tradicionalmente hospitalocêntrica, medicalizadora, excludente, mercantil e pouco resolutiva os modelos assistenciais estabelecidos no Brasil se tornaram um desafio para a implantação do SUS.

O Programa de Agentes Comunitários (PACS) da Saúde foi lançado em 1991 alcançando bons resultados com a redução dos índices de mortalidade infantil inspirando em 1994 a introdução do Programa Saúde da Família (PSF).

A ESF permite ao profissional interagir em um espaço social rico, ampliando a experiência da prática assistencial muito além dos procedimentos técnicos acadêmicos. Focando estrategicamente na família, acompanha o desenvolvimento do indivíduo ao longo do tempo no ciclo de vida, valorizando o desenvolvimento das relações humanas.

O núcleo familiar é considerado uma unidade social essencial para promover bem-estar físico e emocional, assumindo um papel importante na promoção da saúde e controle de doenças, influenciando conceitos e comportamentos ligados a saúde (MOYSÉS e KRIGER . Manejo de famílias por ciclos de vida. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. 2008. p. 216-46).

É fundamental para a Estratégia Saúde da Família que haja compreensão sobre a dinâmica do Ciclo de Vida Familiar o emponderamento do território adstrito, o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, o vínculo com os usuários e o controle social conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica.

O trabalho em Saúde da Família é desenvolvido por meio de planejamento local em equipe, potencialização das redes de apoio e estratégias de cobertura da população do território adstrito. O planejamento das ações e serviços é pactuado com a Gestão e segue os princípios e diretrizes do SUS.

Segundo a Portaria 1.820 de 2009 do Ministério da Saúde, o acesso do usuário aos serviços e ações de saúde do SUS se dá de maneira preferencial através dos serviços

de Atenção Básica, devendo, nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde receber e cuidar do usuário; sendo que todo usuário tem direito ao tratamento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento. Apesar do contexto afirmado, em muitas situações os usuários não obtêm informações adequadas sobre seus direitos e deveres no atendimento do SUS, muitas vezes a própria equipe de Saúde da Família se encontra despreparada e desamparada para a demanda dos serviços, em especial nas áreas de vulnerabilidade e risco social, onde se faz necessário a desburocratização de investimentos e ampliação do quadro de recursos humanos com formação na área de Saúde da Família.

A Atenção Básica coordena a Integralidade através da integração de ações programáticas e ações de demanda espontânea, articulação de ações de promoção, prevenção, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manejo de tecnologias de cuidado e gestão. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas desenvolvidas sob forma de trabalho em equipe dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, possuindo a função de reconhecer as principais necessidades de saúde de sua população, contribuindo assim para que a programação dos serviços de saúde parta da realidade de saúde dos usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria nº 2488 de Outubro de 2011).

Não se podem obter bons resultados com a Atenção Básica sem o real emponderamento da equipe sobre o território adstrito, devem-se levar em conta a realidade da população local e o contexto dinâmico das relações interpessoais e sociais, evitando-se a criminalização do usuário.

Quando se trabalha em comunidades de risco / vulnerabilidade social a equipe se depara com as distorções impactantes de acesso aos determinantes sociais de saúde. Percebe-se claramente que as oportunidades de vida em contextos sociais favoráveis ou de classe alta são diferentes das oportunidades de vida do indivíduo em situação de vulnerabilidade. Com isso pode-se facilmente afirmar que as oportunidades de trabalho, renda, rede de apoio, acesso a bens e serviços, educação e saúde não são iguais. Indivíduos em situação de risco necessitam de escuta qualitativa e atenção qualificada às suas necessidades, em especial às de urgência e emergência.

Os caminhos do acesso à saúde ainda são desiguais. A demanda programada ainda é realidade para poucos indivíduos que em sua realidade pessoal e social possuem condição de enfrentar as barreiras visíveis e invisíveis de acesso aos serviços de saúde.

Pelo Decreto 7508 de 2011 do Ministério da Saúde, as Portas de Entrada preferenciais às ações e aos serviços de saúde do SUS são os serviços de Atenção Básica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial; e os Serviços Especiais de Acesso Aberto. Havendo necessidade estes serviços de atendimento inicial referenciam os usuários aos serviços de Atenção Hospitalar e os ambulatoriais especializados de maior complexidade e densidade tecnológica.

São responsabilidades comuns a todas as esferas do governo garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento dos Centros de Saúde, estabelecer, nos respectivos Planos de Saúde prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica e estabelecer mecanismos de controle e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica.

Partindo do princípio da Integralidade, a saúde do indivíduo deve ser observada em sua totalidade, desde a saúde corporal, mental, psicológica e social. A Equipe de Saúde Bucal se insere no contexto da ESF oferecendo novas possibilidades de trabalho com foco coletivo, matriciando a equipe, diminuindo distorções de acesso a serviços de saúde bucal, coordenando através de ações ambulatoriais e ações de prevenção manutenção e promoção de saúde.

Conforme histórico demonstrado no Caderno de Atenção Básica 17, o processo de trabalho da equipe de saúde bucal no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde durante muitos anos. A Profissão Cirurgião-Dentista foi regulamentada no Brasil pela Lei Nº 5.081/66. As instituições de ensino superior titulam o Cirurgião-Dentista que, para atuar na área da Saúde, necessita a inscrição no Conselho Regional de Odontologia.

A prática da odontologia evoluiu a partir de técnicas de tecnologia pesada e curativa. (ABOPREV 1999) A Odontologia curativa centrada no tratamento das cavidades influenciou a prática odontológica no mundo desenvolvendo uma forma mecânica complexa para tentar solucionar problemas que até então se acreditava serem apenas de razão bacteriológica, esse tipo de abordagem foi intitulada de Ciclo Restaurador Repetitivo descrito por ELDERTON no livro ABOPREV Promoção de Saúde Bucal (1999), assim resumido: o Cirurgião-Dentista toma decisões restauradoras agressivas, acredita-se que o dente restaurado é igual ao dente sadio, as restaurações não são tão duráveis e há grande freqüência de troca de restaurações falhas, o processo bacteriológico prossegue e surgem novas lesões de cárie.

ELDERTON (1999), também relata que o Ciclo Restaurador Repetitivo ilude ao profissional preso ao Ciclo de que está a realizar um bom trabalho e é uma razão importante para que o paciente evite a ida ao dentista.

Para vencer o modelo tradicional focado na cura da doença, em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”. Indicando para uma reorganização da assistência em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, atribuindo um conceito de saúde não centrado somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores determinantes e condicionantes de saúde.

FACCIN e SEBOLD (2007) relatam que a inserção da ESB na ESF abre caminho para o desenvolvimento de novas relações em equipe e potencializa a atuação do Cirurgião-Dentista no campo da saúde.

O Cirurgião-Dentista da equipe de Saúde da Família oferece grande potencial de resposta aos problemas demandados aos serviços de saúde, realiza matriciamento em equipe, assume a responsabilidade técnica dos grupos de atenção à saúde, capacita a equipe de saúde, realiza a cobertura de ações de saúde nas escolas, creches e redes de apoio, trabalha como facilitador do cuidado em saúde assumindo a responsabilidade de promover saúde à comunidade observando os determinantes sociais de saúde.

Segundo a portaria 2.488 de 21 de Outubro de 2011 do Ministério da Saúde, existem três modalidades de equipes de Saúde bucal: Equipe Modalidade I com 1 Cirurgião-Dentista e 1 ACD, Equipe Modalidade II com 1 Cirurgião-Dentista, 1 ACD e 1 THD. E Equipe Modalidade III com profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel. É recomendado que haja vínculo com a equipe ESF, compartilhando gestão e responsabilidade sanitária pela população, ou seja, cada equipe de saúde da família é responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada 3.000. É recomendado que o número de profissionais por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias do território. FACCIN e SEBOLD (2007) relatam que o excesso de pessoas na área de abrangência pode repercutir em falta de acesso aos serviços de Saúde Bucal e no desgaste dos profissionais da equipe.

Para cada equipe de Saúde Bucal implantada, o gestor recebe do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos necessários, através de doação direta ou repasse de recursos necessários para adquiri-los.

Segundo o Projeto do Protocolo de Saúde Bucal de 2011 do Município de Florianópolis, as equipes de Saúde Bucal da Saúde da Família foram instituídas no município de Florianópolis a partir de agosto de 2004. As atividades desenvolvidas pelos Cirurgiões-Dentistas incluem: atendimento clínico, acolhimento, visitas domiciliares, participação em grupos, procedimentos coletivos com escolares e/ou outros grupos prioritários e reuniões com equipe técnica no Centro de Saúde.

Segundo o Protocolo de Saúde Bucal do Município de Florianópolis (2006) a equipe de saúde bucal deve atuar de maneira multiprofissional interagindo diariamente com os demais profissionais da saúde e com a comunidade, para que ela atue em sua própria saúde. Atuar de forma integrada com base epidemiológica, buscando controle e redução de índices para as doenças da placa bacteriana para que haja um estado de equilíbrio entre saúde e doença. Servem como base para as normas da atenção odontológica a humanização do atendimento, a qualidade, a melhoria do acesso, a territorialização, a otimização das ações de vigilância à saúde para prevenção e controle das doenças.

É sugerido o seguinte modelo de agenda pela Secretaria Municipal de Saúde através do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Florianópolis 2011:

Figura 1 - Modelo de agenda semanal – Cirurgião-Dentista da Saúde da Família

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
M A N H Ã	Atendimento Clínico + Acolhimento	Atendimento clínico de escolares + Acolhimento	Atividades coletivas em escolas, creches e NEIS	Atendimento Clínico + Reunião com equipe técnica da ESF	Atendimento clínico de bebês e crianças + Acolhimento
T A R D E	Visita Domiciliar	Atividades coletivas em escolas, creches e NEIS.	Atendimento clínico de bebês e crianças, em grupos ou individualmente.	Participação nas atividades dos grupos estabelecidos no CS + Atendimento Clínico.	Atendimento Clínico + Acolhimento

Fonte: Projeto do Protocolo de Saúde Bucal do Município de Florianópolis 2011.

4.1 Acompanhamentos odontológicos por ciclo de vida

Bebê

O Bebê tem a primeira consulta odontológica agendada na maternidade pela agente educadora prevista ao completar 30 dias de vida no Centro de Saúde (CS) de referência. Esta primeira consulta poderá se realizar em grupo ou individual com orientações aos familiares sobre a importância do aleitamento, uso de bicos e chupetas, higiene bucal, dieta, uso de fluoretos, transmissibilidade da doença cárie e inspeção clínica e encaminhamento quando necessário.

Criança/Adolescente

Nas Creches e escolas o atendimento coletivo é realizado através de orientações sobre prevenção para crianças e/ou adolescentes, pais, professores e encaminhamento para o CS quando necessário atendimento clínico ambulatorial. São realizadas ações educativas e escovação supervisionada com entrega de uma escova dental para cada criança ou adolescente e um creme dental por sala. Crianças até 10 anos tem acesso prioritário aos serviços de saúde.

Gestantes

As gestantes são tem acesso prioritário aos serviços de saúde e tem consulta odontológica agendada após a primeira consulta do pré-natal e há garantia do atendimento odontológico da puérpera e mãe até o bebê completar 1 ano. Esta consulta deve ser realizada individualmente e em grupo com orientações sobre o aleitamento materno, uso de bicos e chupetas, transmissibilidade da doença cárie, formação dos dentes do bebê, formação do paladar do bebê, orientações de prevenção à cárie e doença periodontal.

Adulto

O atendimento clínico ambulatorial ao paciente adulto é oferecido através da disponibilidade de vagas na agenda do Cirurgião-Dentista. Havendo condição de saúde especial (como diabetes, tabagismo e hipertensão) o paciente é conduzido também aos grupos ativos do Centro de Saúde.

Idoso

Possui acesso prioritário aos serviços de saúde e recebe atendimento clínico ambulatorial; orientação de saúde bucal sobre higiene bucal, prevenção de câncer de boca, alimentação, técnica de escovação, adequada limpeza das próteses, uso do flúor, autocuidado e a manutenção da sua saúde bucal e são encaminhados para os grupos ativos no Centro de Saúde (tabagismo, hipertensão, diabetes, etc.). São detectados junto ao agente de saúde os casos de idosos acamados com necessidade de atenção odontológica para a realização de visita domiciliar.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, busca realizar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, buscando acesso e qualidade da atenção em saúde para a população.

A Regionalização/Distritalização surge do raciocínio de que em uma determinada área/bairro do município haverá problemas e agravos específicos em uma população, com variações de magnitude e de fatores de exposição ao risco. Contudo não é possível oferecer todas as tecnologias a cada área/bairro, sob pena de incrementar a ociosidade e o desperdício. Lembrando que a Descentralização, presente nos Princípios e Diretrizes do SUS expostos na Lei 8080 de 1990 confere ao município um aumento no potencial para provocar as transformações necessárias nas áreas de políticas sociais e particularmente na Saúde.

O Território do Distrito compreende uma área geográfica com características epidemiológicas e sociais com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-las. O Distrito Sanitário Centro possui competência sobre os CS Agrônômica, CS Centro, CS Prainha, CS Trindade, CS Monte Serrat, CAPS, CAPSi e Policlínica Centro.

É Missão presente no Plano de Saúde do Município de Florianópolis (2011-2014) promover saúde para todos com qualidade e é visão oportunizar acesso a 100% a população ao sistema público de saúde, sendo assim devem-se buscar valores e referências para acompanhamento das atividades realizadas pelos profissionais da rede de assistência à saúde com o fim de reparar distorções que possam fragilizar o modelo assistencial.

Foi objetivo de o presente estudo elucidar o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica do Distrito de Saúde Centro (DCE) da cidade de Florianópolis no ano de 2009. Para isso foram coletados dados junto ao SisInfo (Sistema vigente de informações e dados sobre Saúde no município) com o apoio da Secretaria Municipal de Florianópolis. Foram criadas tabelas e gráficos com dados de acesso, ações coletivas e produção de procedimentos odontológicos básicos inspirados

nos indicadores de Saúde Bucal do Pacto Pela Atenção Básica referenciados no Caderno de Atenção Básica nº 17.

Tabela 1. Número de Consultas Odontológicas por habitantes realizadas pelos Odontólogos nos Centros de Saúde do Dce. Florianópolis, 2009.

UNIDADES	População IBGE 2010.	Consultas realizadas	Consultas / habitante
C.S. A	8.661	1.255	0,14
C.S. B	32.415	135	0,00
C.S. C	6.322	2.451	0,39
C.S.D	15.925	4.426	0,28
C.S.E	20.490	3434	0,17
TOTAL	83.813	11.701	0,14

Observações:

Somamos no CS A - Odontologia com ACD e a sem ACD.

Somamos no CS B a Odontologia + Odonto Periodontia

Somamos no CSC Odontologia + Odonto Periodontia

Somamos no CS E. a Odontologia + Odontopediatria

Fonte: SISINFO / Secretaria de Saúde de Florianópolis

Através dos dados da Tabela 1, podemos analisar que o número de consultas por habitantes residentes nas áreas dos Centros de Saúde do Distrito Centro está muito baixo com uma média de 0,14 consultas /habitante por ano. Estes dados são críticos, através deles pode-se afirmar que o acesso ao serviço de saúde Odontológico continua sendo difícil. As equipes de saúde enfrentam dificuldades para alcançar a cobertura total de seus habitantes.

O número de equipes de saúde bucal pode estar subestimado em locais de importante população conforme visto na Portaria 2488 de Outubro de 2011, onde se estipula o número variável de equipes odontológicas em áreas de risco. Os valores se mostram com pequena oscilação diminuindo a ocorrência de grandes eventos críticos pontuais que pudessem prejudicar a importância dos dados coletados.

Tabela 2. Número de Primeiras consultas Odontológicas realizadas nos Centros de Saúde do Dce, Florianópolis 2009.

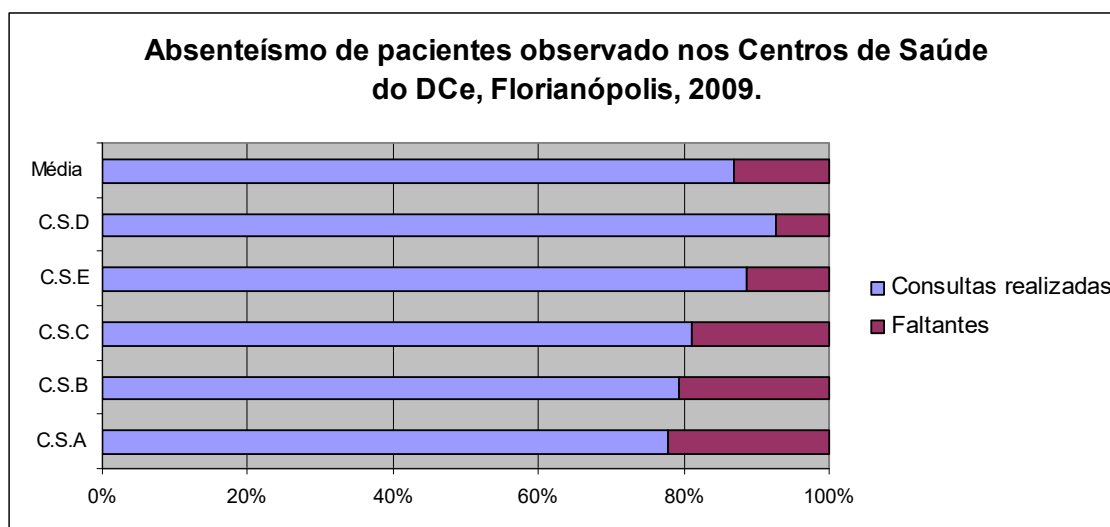
UNIDADES	População IBGE 2010	População cadastrada SIAB	Primeira consulta / ano	% 1ª Cons /Hab IBGE 2010.	% 1ª Cons /Hab cadastrada
C.S.A	8.661	7.932	102	1,18	1,29
C.S.B	32415	26940	47	0,14	0,17
C.S.C	6.322	6.562	678	10,72	10,33
C.S.D	15.925	12.843	947	5,95	7,37
C.S.E	20490	11887	505	2,46	4,25
TOTAL	83.813	66.164	2.279	2,72	3,44

Através dos dados da Tabela 2 pode-se afirmar que o acesso a primeira consulta odontológica do ano foi difícil aos usuários dos serviços de Saúde Bucal na rede de Atenção Básica no Distrito Sanitário Centro (DCe.) em 2009. A maior parte da população do DCe. não realizou a primeira consulta do ano.

No Centro de Saúde com maior população abrangente (C.S.B) com 32.415 habitantes segundo IBGE 2010 oscilando com 26.940 pelo SIAB 2009 houve menor cobertura de primeira consulta odontológica no ano, com valores variando de 0,14% de cobertura de primeira consulta por habitante/ano utilizando proporção com dados do IBGE 2010 e 0,17% de cobertura de primeira consulta/habitante ano utilizando a proporção com dados do SIAB 2009.

No C.S.C observamos que em uma população menor oscilando entre 6.322 (IBGE, 2010) e 6.562 (SIAB, 2009) houve maior proporção de primeira consulta por habitante/ano, entre 10,72% de cobertura de primeira consulta por habitante/ano utilizando os dados do IBGE 2010 e 10,33% de cobertura de primeira consulta por habitante/ano com os dados do SIAB 2009. Estes dados podem estar subestimados devido à possibilidade de erro de preenchimento do procedimento realizado no SISINFO por parte dos profissionais. Estes dados ajudam a evidenciar a necessidade de ampliação de equipes de saúde bucal para a cobertura da população nos territórios adstritos.

Gráfico 1 – Absenteísmo de Pacientes observado nos Centros de Saúde do DCe.



Fonte: SISINFO, Secretaria de Saúde de Florianópolis.

Através destes dados do Gráfico 1 pode-se analisar que há uma grande quantidade de faltas por parte dos pacientes nos Centros de Saúde do Distrito Centro. Estes dados fomentam a necessidade de campanhas de conscientização da população sobre a necessidade de comparecimento por parte do paciente nas Unidades de Saúde. O paciente faltante prejudica o acesso de novos usuários e dificulta a execução do plano de tratamento. No C.S.A encontramos dados com maior número de faltantes em comparação com a média do Distrito Centro. No C.S.D encontramos maior número de faltantes.

É sugerido o cruzamento com os dados da realidade local vivenciados pelos habitantes do território e a realização de pesquisa sobre determinantes que afastam o usuário dos serviços de saúde. Através destes dados as equipes de Saúde da Família devem planejar suas ações para a redução do absenteísmo.

Tabela 4. Número de Tratamentos completados em relação às consultas realizadas pelos Odontólogos do DS Centro, Florianópolis, 2009.

UNIDADES	Consultas realizadas	Trat. completado	Consulta / TC
C.S.A	1.255	65	19,31
C.S.B	135	18	7,50
C.S.C	2.451	86	28,50
C.S.D	4.426	472	9,38
C.S.E	3.434	431	7,97
TOTAL	11.701	1.072	10,92

Fonte: SISINFO / Secretaria de Saúde de Florianópolis

Observação: Consultas = Total de Consultas – Urgências

Através dos dados da Tabela 4 podemos analisar que a média de procedimentos realizados pelos Cirurgiões-Dentistas do Distrito Sanitário Centro até a conclusão de um tratamento proposto ao paciente é de 10,92 consultas. Ou seja, a cada 10,92 consultas realizadas, somente 1 paciente obtém o Tratamento Completado (TC). Uma taxa altíssima.

Através deste dado temos o quantitativo para o alcance da meta Tratamento Completado. É preocupante a situação no C.S.C onde só se conseguiu TC a cada 28,50 consultas. No C.S.B obteve-se a menor proporção, com 7,50 consultas para cada TC.

A presente informação permite o monitoramento e proporção para o planejamento em nível de gestão.

Tabela 5. Número de procedimentos realizados por consulta odontológica nos Centros de Saúde do DS Centro, Florianópolis 2009.

UNIDADES	Consultas	Procedimentos	Procedimento / consulta
C.S.A	1.255	2.158	1,72
C.S.B	135	261	1,93
C.S.C	2.451	1.654	0,67
C.S.D	4.426	7.287	1,65
C.S.E	3434	7.770	2,26
TOTAL	11.701	19.130	1,63
Fonte: SISINFO / Secretaria de Saúde de Florianópolis			

A Tabela 5 demonstra que de maneira geral os Cirurgiões-Dentistas do Distrito Centro realizaram em média 1,63 procedimentos por consulta, o que é um bom resultado levando-se em consideração que em um momento clínico o Cirurgião-Dentista está habilitado para acolher o usuário, realizar a escuta ativa, diagnosticar o problema, realizar o procedimento curativo (utilizando técnicas complexas), medicar o paciente, encaminhar o paciente para exames e/ou especialidades e orientá-lo para práticas saudáveis. Houve grande distorção na Unidade de Saúde C.S.C onde se obteve índice de 0,67 procedimentos por consulta, demonstrando a necessidade de melhor aproveitamento do tempo clínico ambulatorial. Na Unidade C.S.E observou-se o maior aproveitamento do momento de consulta, obtendo índice de 2,26 procedimentos por consulta.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis fica definido que os atendimentos clínicos devem ter duração de 30 minutos quando o serviço contar com a presença de Auxiliar de Saúde Bucal e na ausência deste profissional ter a duração de

45 minutos. O Cirurgião-Dentista deve atuar junto aos grupos de atenção no CS, desenvolvendo atividades de educação em saúde bucal tendo disponível dois períodos por semana na agenda para a realização das atividades coletivas nas escolas.

O PSF pressupõe o trabalho em equipe multiprofissional, mas não há garantias de que se rompa com o modelo medicalizado, pois ainda não se avalia os microprocessos do trabalho em saúde na prática de cada profissional e não se tem discutido nas rodas de conversa a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, muito menos a assimilação da mão de obra especializada em Saúde da Família. Embora o processo de qualificação das equipes para a Saúde da Família tenha melhorado ainda há dificuldade quanto ao processo de formação dos profissionais e há dificuldades para expansão do número de profissionais na rede.

6 CONCLUSÃO

De acordo com a metodologia empregada neste estudo, pode-se concluir que no ano de 2009 as equipes de Saúde do Distrito Sanitário Centro encontraram grande dificuldade para atingir a cobertura dos territórios adstritos e oportunizar acesso aos usuários aos serviços de Odontologia.

A maior parte da população não realizou a primeira consulta odontológica do ano o que é preocupante quando pensamos nas necessidades de acesso aos usuários. Houve também uma grande quantidade de faltas por parte dos pacientes, o que demonstra a necessidade de intervenção por parte das equipes e planejamento em parceria com o Distrito buscando estabelecer as causas do absenteísmo dos usuários do posto de saúde.

Houve uma alta quantidade de consultas até conclusão do plano de tratamento proposto e constatou-se que o momento clínico não foi bem aproveitado para a realização de procedimentos. Isso demonstra a necessidade de intervenção nos microprocessos de trabalhos dos Cirurgiões-Dentistas na rede pública buscando adequação ao modelo vigente de Processo de Trabalho na ESF.

Embora o processo de qualificação das equipes para a Saúde da Família tenha avançado ainda há dificuldades quanto ao processo de formação acadêmica dos profissionais, dificuldades para a expansão do número de profissionais na rede municipal de saúde especialmente nas áreas de risco / vulnerabilidade social, dificuldades de se obter a equipe completa de Saúde Bucal - Modalidade II e

dificuldades para a incorporação dos profissionais com especialidade em Saúde da Família na rede municipal de saúde de Florianópolis.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília;1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Portaria 2488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011.

BRASIL. Decreto 7508 de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no [8.080](#), de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Atenção Básica. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/SIAB/>> acesso em 20 de Setembro de 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados populacionais da Cidade de Florianópolis. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 20 de Setembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - N. 17: Saúde Bucal. Brasília. Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

BRASIL. Lei Nº 5.081/66 de 24 de Agosto de 1966. Regula o Exercício da Odontologia. Brasília; 1966.

BRASIL. Portaria 1.820 de 13 de Agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília; 2009.

FACCIN, Deniz; SEBOLD, Rafael; CARCERERI, Daniela Lemos. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e

transformar a realidade. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro; 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700076&lng=en&nrm=iso>. acesso em 20 Setembro de 2012.

ELDERTON, RJ. Ciclo restauradorrepetitivo. In: Krieger L. (coord.). ABO PREV: Promoção em Saúde Bucal. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2 ed. Artes Médicas. São Paulo; 1999. p. 201-154.

FLORIANÓPOLIS. Projeto do Protocolo de Saúde Bucal 2011. Florianópolis; 2011.

FLORIANÓPOLIS. Protocolo de Saúde Bucal. Julho. Florianópolis; 2006.

FLORIANÓPOLIS. Plano de Saúde do Município de Florianópolis 2011-2014. Novembro. 2010.

FLORIANÓPOLIS. SISINFO: Sistema de Informações em Saúde. Dados qualitativos da produção em saúde no ano de 2009. Florianópolis. Acesso em 20 de Setembro de 2012.

FLORIANÓPOLIS. Portal de Informações da [Prefeitura Municipal de Florianópolis](http://www.pmf.sc.gov.br). Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/>> Acesso em 20 de Setembro de 2012.

MOYSÉS ST, KRIGER L. Manejo de famílias por ciclos de vida. In: Moysés et al. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 216-46.

ANEXOS

Tabela 1. Número de Consultas Odontológicas por habitantes realizadas pelos Odontólogos nos Centros de Saúde do Dce. Florianópolis, 2009.

UNIDADES	População IBGE 2010.	Consultas realizadas	Consultas / habitante
C.S. A	8.661	1.255	0,14
C.S. B	32.415	135	0,00
C.S. C	6.322	2.451	0,39
C.S.D	15.925	4.426	0,28
C.S.E	20.490	3434	0,17
TOTAL	83.813	11.701	0,14

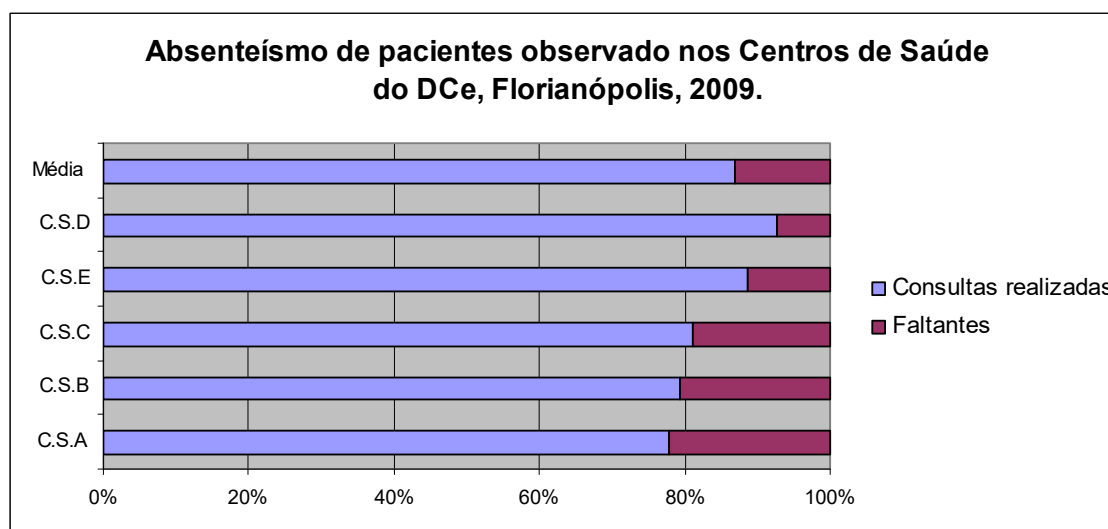
Fonte: SISINFO / Secretaria de Saúde de Florianópolis

Tabela 2. Número de Primeiras consultas Odontológicas realizadas nos Centros de Saúde do Dce, Florianópolis 2009.

UNIDADES	População IBGE 2010	População cadastrada SIAB	Primeira consulta / ano	% 1ª Cons /Hab IBGE 2010.	% 1ª Cons /Hab cadastrada
C.S.A	8.661	7.932	102	1,18	1,29
C.S.B	32415	26940	47	0,14	0,17
C.S.C	6.322	6.562	678	10,72	10,33
C.S.D	15.925	12.843	947	5,95	7,37
C.S.E	20490	11887	505	2,46	4,25
TOTAL	83.813	66.164	2.279	2,72	3,44

População = Censo IBGE 2010 / SMS PMF
 População = Cadastrada Siab 2009 / SMS / PMF
 Fonte: SISINFO / Secretaria de Saúde de Florianópolis

Gráfico 1 – Absenteísmo de Pacientes observado nos Centros de Saúde do DCe.



Fonte: SISINFO, Secretaria de Saúde de Florianópolis.

Tabela 4. Número de Tratamentos completados em relação às consultas realizadas pelos Odontólogos do DS Centro, Florianópolis, 2009.

UNIDADES	Consultas realizadas	Trat. completado	Consulta / TC
C.S.A	1.255	65	19,31
C.S.B	135	18	7,50
C.S.C	2.451	86	28,50
C.S.D	4.426	472	9,38
C.S.E	3.434	431	7,97
TOTAL	11.701	1.072	10,92

Fonte: SISINFO / Secretaria de Saúde de Florianópolis

Tabela 5. Número de procedimentos realizados por consulta odontológica nos Centros de Saúde do DS Centro, Florianópolis 2009.

UNIDADES	Consultas	Procedimentos	Procedimento / consulta
C.S.A	1.255	2.158	1,72
C.S.B	135	261	1,93
C.S.C	2.451	1.654	0,67
C.S.D	4.426	7.287	1,65
C.S.E	3434	7.770	2,26
TOTAL	11.701	19.130	1,63

Fonte: SISINFO / Secretaria de Saúde de Florianópolis