

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM SAÚDE BUCAL:
ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO NO NÍVEL LOCAL**

QUEILA DA CUNHA FERREIRA HECKERT

Belo Horizonte - 2009

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM SAÚDE BUCAL:
ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO NO NÍVEL LOCAL**

**Trabalho de Intervenção apresentado ao
Curso de Especialização de
Odontologia em Saúde Coletiva
da Faculdade de Odontologia da
UFMG como trabalho de conclusão de curso
para a obtenção do título de especialista.**

Tutor: Prof. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

QUEILA DA CUNHA FERREIRA HECKERT

Belo Horizonte - 2009

DEDICATÓRIA

*À Ricardinho, meu apoio em todos os momentos.
À Equipe do Centro de Saúde Novo Aarão Reis,
a quem desejo resultados sempre melhores.*

Epígrafe

*"Negar o planejamento é negar
a possibilidade de escolher o futuro,
é aceitá-lo seja ele qual for".*

Carlos Matus

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos especiais às pessoas sem as quais não haveria este trabalho. À Equipe de Saúde Bucal do Centro de Saúde Novo Aarão Reis: Ariana Rocha, Alessandra Oliveira e Liberato Luiz, colegas e amigos, vocês foram essenciais. À Gisele Raimundo que mesmo por breve tempo nos ajudou muito. À Dayana Ribeiro que como nossa gerente foi uma grande apoiadora. Aos nossos agentes de saúde: Shirley, Cristiano, Rita, Fabiana e Rozângela pela parceria. À Ricardo Bicalho que nos recebeu de braços abertos e nos ensinou os primeiros passos. Ao Prof. Mauro Abreu pela excelente orientação que nos deu. Ao meu tio Valdir Cunha que primeiro me despertou o interesse pelo planejamento. A todos vocês, obrigada.

RESUMO

Focar na Atenção Primária significa que sua organização é a estrutura do sistema de saúde. E para organizar os serviços prestadores da atenção primária é necessário também planejar em nível local. O objetivo dessa intervenção foi organizar o serviço da Equipe de Saúde Bucal 1 (ESB1) do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, através do planejamento das ações, partir da detecção de risco. O processo de organização se deu seguindo o Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sendo utilizado o Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal (LN) da população e do planejamento das ações. Os resultados foram analisados utilizando o programa EPI INFO versão 3.5.1. Foi realizado cálculo de proporção do comparecimento e do índice dos códigos do LN de acordo com gênero, idade, prioridade e necessidade sentida, sendo detectada principalmente grande necessidade de tratamento em adultos e polarização de doença em crianças menores de 5 anos. A programação resultou na construção e execução de uma agenda para a saúde bucal que após seis meses teve sua implementação avaliada. A ação foi considerada bem sucedida pois o LN possibilitou a organização da demanda, com a priorização dos casos mais graves. É uma ferramenta de fácil aplicação, permitindo o diagnóstico, planejamento, e avaliação, sendo uma ferramenta útil para a organização do serviço e a vigilância da saúde. Seria proveitoso que o LN se tornasse parte do sistema de informação, mas faltam ferramentas de hardware e software para sua melhor utilização.

Palavras chave: Organização da Atenção Primária, Planejamento no nível local, Levantamento de Necessidades de tratamento odontológico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVO DA INTERVENÇÃO.....	3
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	4
3.1 Planejamento em Saúde.....	4
3.2 O Sistema de Informação.....	9
4 METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO.....	10
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	13
5.1 Apresentação dos resultados do Levantamento de Necessidades.....	13
5.2 Planejamento/programação.....	16
5.3 Avaliação.....	18
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
7 REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

Um sistema de saúde que apresente uma Atenção Básica à Saúde (AB) forte produz impactos positivos na saúde da população e também para a eficiência do próprio sistema. Para tal, uma boa organização da atenção básica é necessária (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA et al., 2009). Nos últimos anos no Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se a busca pelo fortalecimento da atenção básica através de estratégias como o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF surge como uma estratégia para a reorganização da atenção primária da saúde e do modelo de atenção e sua implementação tem representado um desafio. O PSF deve seguir as normas, diretrizes e há alguns os aspectos que deveriam ser suas marcas: caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementaridade e hierarquização, territorialização, programação e planejamento descentralizados, integralidade da assistência, abordagem multiprofissional, participação e controle social, entre outros (BRASIL, 1997).

Essa estratégia ganhou espaço no cenário de saúde brasileiro, fortemente induzida pelo nível central, principalmente através de incentivos financeiros. Embora apresente um novo modelo de atenção baseado em um novo processo de trabalho, descentralizado, multidisciplinar e integrado, o PSF possui diretrizes, estratégias e normas atreladas a regras de financiamento rígidas e centralizadas. No entanto, para que o processo de reorganização da atenção básica inicie eficazmente no nível local, é indispensável que haja inovações no desempenho da gestão local (BODSTEIN, 2002).

Entre as propostas principais de mudança na organização das práticas de saúde no Brasil, encontra-se a vigilância da saúde (OLIVEIRA, 2009). Vigilância da Saúde, que é o eixo de um processo de reorientação do modelo assistencial do SUS (TEIXEIRA, 1998) pode ser entendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, propõe uma revisão dos sujeitos, dos objetos, dos meios de trabalho e as formas de organização dos processos de trabalho envolvidos. Traz a proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, para o enfrentamento de problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Estas operações devem se dar em territórios delimitados, através de operações montadas sobre os problemas em seus diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias. (MONKEN, 2007; MENDES, 1993)

A Vigilância da Saúde implica em investimento na reorganização e no fortalecimento da atenção primária sobre a gestão do sistema de saúde. Ela implica na busca por estabelecer

no território a definição de problemas e de prioridades e também dos meios que venham a suprir de maneira efetiva as necessidades de saúde da população. Ela implica na organização da oferta programada como espaço de articulação do enfoque epidemiológico a partir da identificação dos problemas e necessidades da população para programação e execução das ações e serviços. (TEIXEIRA, 1998)

Avançar na descentralização do SUS é uma tarefa urgente, e para isso se torna necessário focar o planejamento adaptado em nível local de saúde (ARTMANN, 1997). Ao pensar o PSF como a estratégia escolhida para reorganização do modelo de atenção, é preciso lembrar seu objetivo de ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde e para isso é também preciso refletir no eixo da organização do processo de trabalho (BELO HORIZONTE, 2006a). Para tal, é atribuição de todos os profissionais integrantes da Equipe de Saúde Bucal organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal e participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família, identificando as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal (BRASIL, 2001).

2 OBJETIVO DA INTERVENÇÃO

Este trabalho teve origem no movimento da Equipe de Saúde Bucal (ESB) do Centro de Saúde Novo Aarão Reis (C.S. NAR) em organizar suas ações no nível local. Foi realizado com a parceria do Curso de Especialização em Saúde Coletiva oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais em convênio com a Prefeitura de Belo Horizonte na forma de um projeto de intervenção.

Seu objetivo geral foi organizar o serviço de saúde bucal do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, de forma que contribuísse para melhoria das condições de saúde da sua população adscrita. Para alcançar este objetivo a equipe procurou estabelecer “um processo de construção das práticas de Vigilância da Saúde, tendo como eixo central o trinômio ‘informação-decisão-ação’, que se traduz do ponto de vista técnico-operacional, no uso de métodos/técnicas de planejamento que dêem suporte ao processo de identificação e priorização de problemas de grupos populacionais de territórios delimitados e à articulação de operações integradas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação destinadas ao enfrentamento contínuo dos problemas selecionados.” (TEIXEIRA, 1998)

Para dar início a este processo era importante conhecer a realidade de saúde bucal da população da área de abrangência deste Centro de Saúde através de um diagnóstico. Para isso foi utilizando o Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal, cujo resultado serviu de base para o planejamento e as ações decorrentes deste, assim como a avaliação.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Focar na Atenção Primária significa que a estrutura do sistema será feita a partir da organização desse nível de atenção. E para a organização dos serviços de saúde prestadores da atenção primária em saúde é necessário pensar em planejamento. O planejamento das ações deve ser feito a partir da detecção de risco para que se possa lidar com os problemas levantados. Essas ações podem ser desde políticas públicas que levem à saúde à intervenções locais específicas como ações educativas, prevenção, tratamento e recuperação. (MINAS GERAIS, 2006)

3.1 Planejamento em Saúde

Planejamento pode ser definido como o processo lógico através do qual se procura prever acontecimentos futuros de maneira racional. É um processo decisório que busca mudanças futuras na realidade presente. Para o planejamento é preciso um sistema ou um conjunto de decisões interdependentes para se alcançar uma situação futura desejável. Essas decisões devem ser antecipadas, precedendo a ação e de maneira intencional. São decisões direcionadas para atingir um objetivo específico. O planejamento olha para o futuro, mas diz respeito às decisões a serem tomadas no presente que influenciarão o futuro (CHAVES, 1986; PINTO, 2008).

No entanto, “sem negar a importância da utilização do planejamento como instrumento de racionalização, a construção da Vigilância da Saúde exige a utilização de um enfoque mais abrangente, situacional, que incorpore como objeto de intervenção os problemas de saúde e seus determinantes” (TEIXEIRA, 1998).

Estratégia significa movimento rumo ao objetivo buscando avançar com base na resposta do oponente. O planejamento é chamado estratégico quando procura analisar o maior número de variáveis relacionadas, buscando compreender cada situação no ambiente social, econômico e político em que ocorrem (PINTO, 2008). Para planejar e programar no território, com enfoque no desenvolvimento da Vigilância da Saúde, é preciso buscar o conhecimento de todas as variáveis possíveis relacionadas à realidade local e aos diversos determinantes de saúde, à organização social da população residente e também da atuação de órgãos governamentais ou não. Isso possibilita obter maior clareza sobre que ações são necessárias e possíveis e tomar decisões baseadas em uma visão estratégica. (TEIXEIRA, 1998).

Na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população. Permite uma análise desses problemas, bem como busca elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação. Viabiliza por meio de ações estratégicas, onde se estabelecem metas, a implementação de um sistema de acompanhamento e avaliação destas operações (BRASIL, 2006).

Planejar não deve ser uma ação pontual. Planejamento é um processo contínuo, e a despeito de não ser um somatório de etapas estanques, é constituído por uma série de etapas inter-relacionadas que funcionam como os elos de uma corrente, ou seja, estão intimamente ligados e interagem dinamicamente. Dessa forma o termo instância encaixa-se mais adequadamente para designar os diversos passos que o compõem (CHAVES, 1986; PINTO, 2008).

O planejamento começa na decisão política de planejar tomada por uma organização e tem continuidade na decisão estratégica de como se dará esse processo, ou seja no planejamento do planejamento (CHAVES, 1986). Há várias propostas metodológicas de diversos autores visando nortear as escolhas no processo de planejamento. Este trabalho se baseará na proposta de Pinto (2008) que consiste numa adaptação das metodologias de vários autores contemporâneos e instituições como a Organização Mundial de Saúde, estratificadas em quatro instâncias (PINTO, 2008).

A primeira instância é a Compreensão da Realidade, que é a instância do diagnóstico. Ela é analítica na sua essência e consiste em se obter informações que permitam esmiuçar a realidade em seus componentes significativos e conhecer a situação com o objetivo de diagnosticar o problema sobre o qual se vai planejar. (CHAVES, 1986; PINTO, 2008).

No planejamento em saúde é preciso perceber, além dos problemas de saúde, as causalidades que se estendem além do setor. Alguns itens procuram cobrir as exigências mais significativas no que se refere a dados e informações necessárias para compreender a realidade. São eles: informações gerais sobre a população e sua realidade socioeconômica; informações epidemiológicas como a prevalência das doenças bucais e indicadores de saúde; informações sobre a oferta de serviço de saúde e sua organização; e informações qualitativas que colham o sentimento da população (PINTO, 2008). A rotina de trabalho da Equipes Saúde da Família (ESF) inclui processos de conhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e social, que se constituem em subsídios valiosos ao planejamento (BRASIL, 2006).

A Epidemiologia deve ser uma grande aliada dos serviços no subsídio do planejamento. A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, estabelece como princípio para as ações e serviços públicos de saúde a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (BRASIL, 1990). Epidemiologia pode ser conceituada como a ciência que estuda o processo saúde-doença, descrevendo a distribuição e magnitude dos problemas de saúde em coletividades humanas, e propõe medidas para a manutenção da saúde, controle e erradicação das doenças, fornecendo indicadores úteis ao planejamento, administração e avaliação das ações em saúde. (ROUQUAYROL, 1996). A epidemiologia deve estar inserida nas estratégias de planejamento e avaliação realizadas pelos serviços de saúde, não sendo apenas uma etapa estanque anterior à realização das ações. O “enfoque epidemiológico” deve permear o cotidiano dos serviços de maneira transversal. (RONCALLI, 2006)

Com a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco pode-se conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorar riscos e tendências, avaliar o impacto as medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos. Esse processo, no entanto, precisa ser acompanhado utilizando um sistema de informação que disponibilize os dados, produzindo informações consistentes, capazes de gerar novas ações (BRASIL, 2006).

No entanto, no Brasil, a epidemiologia tem sido utilizada de maneira tímida pelos serviços de saúde bucal. Há pouco aproveitamento de dados secundários produzidos pelos serviços de saúde e pouca produção de dados primários através de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal. Mesmo em nível nacional houve uma inserção tardia nesse processo, sendo apenas em meados da década de 1980 a produção de seu primeiro grande levantamento (RONCALLI, 2006).

A SMS de Belo Horizonte toma como referência epidemiológica os resultados do último levantamento epidemiológico nacional: o SB Brasil 2003. No entanto, tem como diretriz para a atenção básica a organização de ações oportunas para aprofundar a análise de situações específicas do município. Essa ação deve acontecer pela realização de “Levantamento de Necessidade, através da codificação vigente, em todos os espaços de intervenção eleitos, como forma de identificar a polarização da doença e os indivíduos/grupos com maior necessidade” (BELO HORIZONTE, 2006 a e b).

“O levantamento de necessidades é um instrumento de vigilância epidemiológica que mensura as necessidades individuais e coletivas em saúde bucal. Trata-se de um recurso de planejamento local, criado pelos trabalhadores da rede SUS BH nos anos de 1990 e

aprimorado ao longo do tempo. Refere-se a um exame visual da cavidade bucal e registro dos dados em um formulário para a posterior análise e tomada de decisões na assistência à saúde. É utilizado com a finalidade de planejamento das ações de saúde bucal, subsidiando o agendamento para o atendimento individual e orientando a frequência da participação das pessoas nos procedimentos coletivos.” (BELO HORIZONTE, 2008).

O diagnóstico geralmente produz não um, mas uma série de problemas que normalmente transcendem a capacidade resolutive. É necessário haver no processo a definição de políticas que referenciarão o desenho de modelo de intervenção (CHAVES, 1986). Por isso a segunda instância se trata da hierarquização dos problemas e definição de prioridades, o que inclui estabelecimentos de objetivos que devem “expressar a filosofia a ser adotada e as melhoras que deseja alcançar em relação a um determinado grupo populacional”. A determinação de prioridades é a consequência imediata da compreensão crítica da realidade, não significando exclusividade, mas ênfase. Ou seja, os problemas colocados em posição primária receberão mais tempo e recursos para sua solução e os colocados em posição secundária receberão menos tempo e recursos para isso (PINTO, 2008).

Um problema é entendido com a distância entre o real e o ideal, e sua existência ou severidade são subjetivos e influenciados por valores. Dessa forma a definição de prioridades deve ser feita incorporando-se de maneira balanceada enfoques epidemiológico, sociopolítico, administrativo e econômico. Deve ser levado em conta o conjunto de fatores situacionais que incluem as necessidades sentidas da população, a morbidade, os custos, a viabilidade das operações, entre outros. (CHAVES, 1986; PINTO, 2008)

Seguindo esse caminho é importante encontrar os nós críticos, que são problemas com “elevada importância específica, de tal forma que ao ser enfrentado e solucionado de modo conveniente, permitirá uma modificação real e favorável na situação. Com base nisso essa instância se encerra com a decisão política básica e o estabelecimento das diretrizes estratégicas que apoiarão o plano (PINTO, 2008).

Elaborar e executar o plano, ou a programação, se torna a instância seguinte. A elaboração do programa deve seguir os objetivos e diretrizes definidos no planejamento, propondo ações em relação aos nós críticos que foram estabelecidos no processo. A execução é a fase de maior importância relativa pois não existe planejamento sem a execução do plano. A capacidade de colocar em prática o programa depende do tipo de ação proposta e seu custo, mas também dos recursos humanos e de todas as pessoas envolvidas.

O Programa de Saúde da Família (PSF) organiza-se a partir do trabalho em equipe através de uma equipe multiprofissional onde cada profissional atua de acordo com seus

conhecimentos, ora desenvolvendo ações comuns, ora permanecendo dentro de seu núcleo específico de competência. A abordagem dos problemas assume uma nova dimensão onde a responsabilidade passa a ser compartilhada. Para que o planejamento atinja o seu fim é importante ganhar a equipe, torná-la participante, construindo a interdisciplinaridade, o que se torna então um desafio posto às Equipes Saúde da Família. Mas além da equipe a participação do usuário também é uma peça chave, pois sua aproximação traz ao serviço a chance de construir com ele a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas, o que afinal é o objetivo primeiro de todo esse trabalho (CHAVES, 1986; BRASIL, 2006).

O planejamento não deve ser um plano estático, que não permita a releitura, a atualização e a reorientação. Planejar é um processo permanente, o que garante a direcionalidade das ações desenvolvidas, corrigindo os rumos em busca dos objetivos propostos. A avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório da equipe de saúde subsidiando a identificação de problemas e a reorientação de ações, percebendo as necessidades de incorporação ou abandono de práticas e medindo o impacto das ações sobre a saúde da população (BRASIL, 2006).

A instância do acompanhamento e avaliação fecha o ciclo do planejamento. As ações devem ser acompanhadas para que correções possam ser feitas e avaliadas para que se saiba se os objetivos foram atingidos. É uma fase essencial do planejamento pois permite o retorno necessário para a introdução de ajustes no plano e também para formulação de planos melhores no futuro (CHAVES, 1986; PINTO, 2008). “A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, decorre em grande parte das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção. Essas, embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde” (FELISBERTO, 2004).

A avaliação em saúde não é um processo exato e normalmente os números medem apenas parte da realidade. Não é possível avaliar completamente um programa, mas é importante captar seus resultados mais representativos. Os resultados da avaliação devem ser pertinentes com os objetivos do programa e para isso ela deve ser clara e sistematizada. A anotação dos resultados das ações torna-se parte essencial do processo e deve ser incluída nas funções do serviço. Indicadores devem ser selecionados de acordo com os objetivos propostos que devem ser incorporados ao sistema de informação-decisão. Este sistema que deve conter componentes para coleta, processamento, análise de dados transformando-os em informação, mas também deve incorporar o componente de decisão e controle (CHAVES,

1986; PINTO, 2008).

3.2 O Sistema de Informação

Sistema de Informação em Saúde é “um conjunto de mecanismos de coleta, processamento e armazenamento de dados, visando à produção e à transmissão de informações para a tomada de decisões sobre as ações a serem realizadas, avaliando os resultados da sua execução e o impacto provocado na situação de saúde” (BRASIL, 2006). Estes sistemas são importantes tanto para o diagnóstico como para o monitoramento e a avaliação e devem servir como ferramenta de intervenção nos planejamentos locais. Além dos sistemas de informação de preenchimento obrigatório os municípios podem criar, a partir de suas necessidades, outras ferramentas que possibilitem uma avaliação mais detalhada das equipes de saúde e que possibilite a discussão dentro dos parâmetros pré-estabelecidos (BRASIL, 2006).

Em 2006, através do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, o Ministério da Saúde, redefiniu quatro indicadores para a área de saúde bucal, sendo dois principais e dois secundários. Os dois principais, que serão de maior relevância para este trabalho, são a Cobertura de primeira consulta odontológica programática e a cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada. O primeiro é o indicador de acesso e se trata do percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática, realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico. O segundo é o indicador da promoção de saúde e se trata do percentual de pessoas que participaram de ações, necessariamente coletivas de escovação dental supervisionada (BRASIL, 2006).

Os dois indicadores complementares são a média de procedimentos odontológicos básicos individuais, que mede a eficácia do serviço oferecido, e a Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais que tenta ser a medida do grau de atenção ou da integralidade do serviço prestado.

Estes indicadores constituem instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à atenção básica. A equipe de saúde, junto com os conselhos locais de saúde, deve compreender estes indicadores e interpretá-los periodicamente, assim como os gestores locais e as diferentes esferas de governo (BRASIL, 2006).

4 METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO

O bairro Novo Aarão Reis, localizado na região norte de Belo Horizonte – MG, situa-se às margens do Ribeirão do Onça. Foi formado onde anteriormente era uma fazenda, a partir de invasões de pessoas que não tinham onde morar. Foram levantados barracos sem nenhuma infra-estrutura, e após anos de luta, a população conseguiu que a PBH doasse os terrenos e fornecesse material para construção de casas. A partir daí, ocorreu um crescimento gradativo e desordenado do bairro com novas áreas invadidas, formando becos e ruas sem qualquer infra-estrutura e casas construídas em áreas de vulnerabilidade como à beira do rio. É uma comunidade empobrecida, com baixos níveis de escolaridade e marcada pela violência, que em muitos casos vive em condições precárias.

O Centro de Saúde Novo Aarão Reis (C.S. NAR) atende a essa população que, por estimativa dos agentes comunitários de saúde (ACS), consta de mais 10 mil habitantes. Ele foi inaugurado em julho de 2008 e sua construção se deu por um movimento populacional, através do Orçamento Participativo da PBH. O CS NAR recebeu na sua inauguração duas ESF e duas Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade I e sendo cada equipe responsável por cinco micro-áreas. Antes da inauguração do C.S. NAR a população do bairro era assistida em outros dois centros de saúde em bairros vizinhos e não havia ESB que a atendesse exclusivamente. Ao receber a primeira ESB, em julho de 2008, o CS NAR ainda não estava equipado para o atendimento clínico, o que não impossibilitou o início imediato do trabalho. A equipe, juntamente com a gerência da unidade, decidiu iniciar um processo de organização do serviço através do levantamento de necessidades da população e do planejamento das ações.

Com base no Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal (Protocolo AB/SB) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH), um planejamento inicial foi feito de maneira conjunta entre as ESB, os ACS e a gerência da unidade. Neste planejamento foi decidido realizar um diagnóstico da área através do Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal preconizado pela Secretaria de Saúde do Município. Este índice foi elaborado por cirurgiões- dentistas da PBH para orientar o acesso aos serviços através da triagem de grandes grupos populacionais. Ele permite a detecção de grupos prioritários para atendimento, com baixo custo podendo ser realizado inclusive por pessoal auxiliar. Há poucos trabalhos utilizando este índice, mas ele é considerado por alguns autores como satisfatório e eficaz para uma rápida coleta de dados e triagem de pacientes de acordo com o grau de urgência, embora permita apenas uma avaliação superficial da condição bucal. Para a

obtenção deste índice um exame simples é feito no paciente com a identificação visual de lesões cáries e periodontais aparentes. Dessa forma, cada paciente recebe um código, de acordo com os critérios descritos no Protocolo AB/SB (Quadro 1), que o classifica de acordo com sua principal necessidade. (CASTILHO et al., 2000; DUMONT et al., 2008; BELO HORIZONTE, 2006 b).

Codificação - Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal	
CÓDIGO 0	Não apresenta dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
CÓDIGO 1	Apresenta até três dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
CÓDIGO 2	Apresenta de quatro a oito dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
CÓDIGO 3	Apresenta mais de oito dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
CÓDIGO 4	Apresenta indicação de exodontia do restante dos elementos dentais. Aplica-se em usuários adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese total aparece como solução mais indicada
CÓDIGO 5	Apresenta a cárie dentária sob controle. A doença periodontal apresenta-se como maior problema
*	Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda

Quadro 01 - Critérios para codificação do em Saúde Bucal (BELO HORIZONTE, 2006 b)

Uma desvantagem desse índice, para a organização do atendimento clínico, está no fato que ele apresenta apenas a quantidade de dentes doentes, mas não o estágio da doença. Um paciente código 01 pode apresentar um estágio mais avançado da doença cárie, com maior envolvimento dentinário, que outro paciente código 02 ou 03. Como era esperado um grande volume de necessidade de atendimento, foi elaborado um critério de prioridade para o índice, onde os quadros de urgência detectados pelos profissionais onde não houvesse queixa do paciente seriam considerados “prioridade média” e quando o paciente apresentasse queixa seria considerado “prioridade alta” e os demais “prioridade baixa”. Dessa forma desejava-se garantir que quadros mais avançados e urgências fossem detectados para atendimento prioritário independente do código.

Neste planejamento foram pactuadas datas para a coleta dos dados que foi organizada por micro área. Também foi realizado um treinamento com os ACS para garantir uma boa

execução do projeto. Foram preparadas planilhas para lançamento dos dados a serem coletados (Anexo 1) e estas foram distribuídas para os agentes comunitários de saúde. Estes, por sua vez, convidaram a população a comparecer ao Centro de Saúde em dia e hora marcados de acordo com a pactuação feita. Os nomes das pessoas convidadas foram anotados nas planilhas de acordo com o endereço e todas as pessoas encontradas nas residências foram convidadas a fazer parte do levantamento. As pessoas que compareceram foram recebidas em espaço reservado, onde foi feita a codificação, pelos dentistas da equipe, como planejado.

Com a informação coletada, o próximo passo foi analisá-la. Para tal foi utilizado o programa de computador EPI INFO versão 3.5.1 onde uma planilha personalizada foi montada e os dados lançados. Após isso foi feita a análise dos dados para obter um diagnóstico da necessidade de tratamento odontológico da população que compareceu ao levantamento, através de cálculo de proporção. Foi realizado cálculo de proporção do comparecimento de acordo com gênero e idade e do índice de acordo com gênero, idade, prioridade e necessidade sentida. Para a definição de prioridade foi considerada a avaliação profissional e para a definição de necessidade sentida foram considerados os relatos de sintomatologia, em sua maior parte dor.

Para a construção da agenda, protocolos técnicos podem contribuir para a definição de prioridades. No entanto, ela deve estar pautada nas necessidades da população a partir de critérios epidemiológicos da área de abrangência da unidade de saúde de forma equânime e universal, devendo ser amplamente discutida com a comunidade, nos conselhos de saúde em nível local e municipal (BRASIL, 2006). Através dos dados obtidos e seguindo as diretrizes do Protocolo AB/SB da SMS-BH foi realizada uma programação que resultou na construção de uma agenda para a saúde bucal no CS NAR. Infelizmente, apesar do reconhecimento da importância de fazê-lo, não houve possibilidade de discussões com toda a ESF por haver no momento pouca articulação conjunta. Da mesma forma com a comunidade, não houve discussões por a UBS não ter ainda estabelecido o Conselho Local de Saúde.

Foi feita, em seguida uma revisão nas planilhas do EPI INFO para o lançamento dos resultados obtidos com a execução das ações que foram iniciadas logo após a construção da agenda e da conclusão do consultório odontológico. Durante o tempo de execução houve uma grande demanda espontânea pelos serviços de saúde bucal, então as ESBs decidiram continuar a codificação para inclusão desses usuários nas ações programadas.

Os resultados foram então registrados e após seis meses avaliados pelas ESBs, através de comparação para checar se a programação foi bem sucedida em suprir as necessidades de tratamento odontológico da população.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Apresentação dos resultados do Levantamento de Necessidades

A procura total foi de 1.196 usuários, sendo 974 (81,4%) pessoas que compareceram ao levantamento de necessidades e 222 (18,6%) incluídos após o término do deste através do acolhimento da demanda espontânea na UBS.

Dos usuários que compareceram ao serviço, 61,8% são do sexo feminino, 38,2% do sexo masculino. Como demonstrado pelo GRAF. 1, a discrepância entre os sexos na faixa etária das crianças e adolescentes é pequena, mas é grande entre adultos e idosos . Entre crianças até 12 anos há uma leve predominância do sexo masculino representando 52,5% do total, contra 47,5% do sexo feminino. Na faixa dos adolescentes, o sexo feminino tem uma leve predominância representando 53,7% das pessoas e do sexo masculino 46,3%. Entre adultos (entre 20 e 59 anos) as mulheres representaram 76,5% e os homens 23,5% do total. E entre os idosos a mulheres representam 59,5% e os homens 40,5% do total de pessoas.

Conforme especificado no GRAF. 2, o maior índice de comparecimento foi de adultos entre 20 e 59 anos, com 44,5%, seguido pelo de crianças até 12 anos representando 37,1%, sendo 11,6% até 5 anos e 25,5% entre 6 e 12 anos. Segue-se o índice de adolescentes que foi de 14,7%. O comparecimento de idosos foi muito pequeno, representando apenas 3,5% do total de pessoas.

Isso demonstra o que foi observado durante a realização do levantamento de necessidades, que o perfil de maior comparecimento foi mães, avós e cuidadoras e as crianças sob sua responsabilidade.

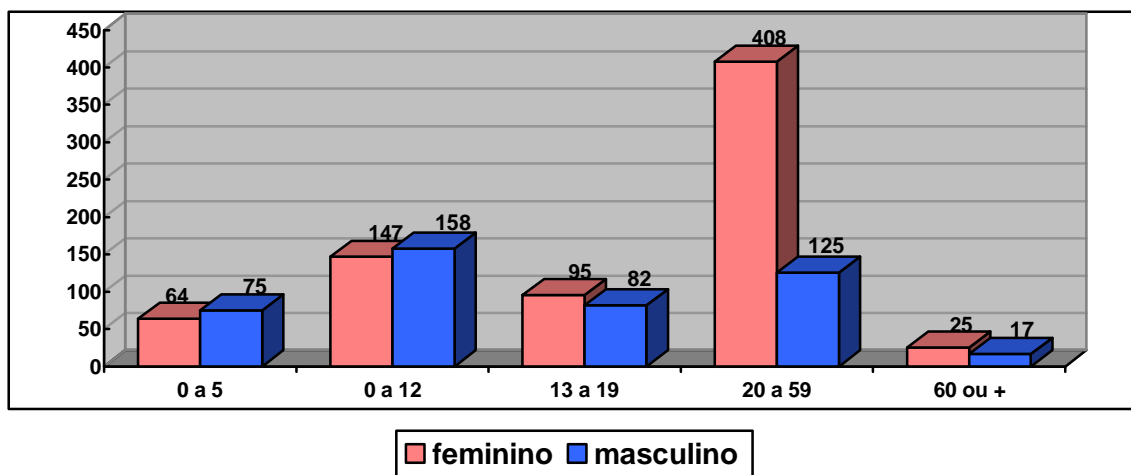


Gráfico 1 – Distribuição do número de usuários que compareceram ao Levantamento de Necessidades por sexo e faixa etária, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 1, Belo Horizonte, 2009

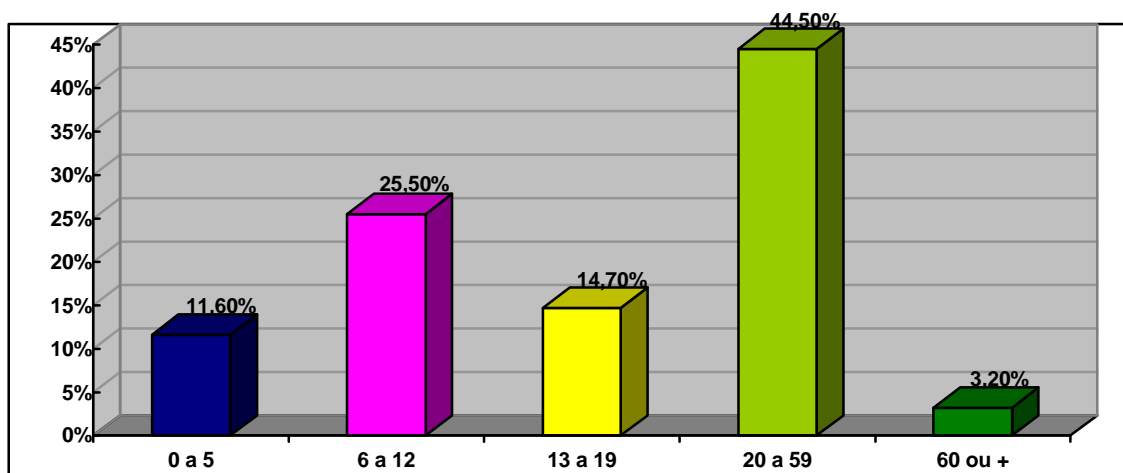


Gráfico 2 – Distribuição do comparecimento ao Levantamento de Necessidades por faixas etárias, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 1, Belo Horizonte, 2009

De acordo com os GRAF. 3, o código mais comumente encontrado foi o código 1. Este código é o mais encontrado em todas as faixas etárias. Há uma presença considerável do código 2 também em todas as faixas etárias. Há uma menor ocorrência do código 3, mas é notável sua concentração em crianças, principalmente abaixo de 5 anos e adultos. A classificação de prioridade distribuída pelos códigos é demonstrada no GRAF. 4 e a realidade encontrada foi que 8,8% das pessoas, um total de 105 usuários, foram classificadas como

prioridade alta, 36,9%, ou seja 441 usuários, como prioridade média e 54,3%, 650 usuários, como prioridade baixa.

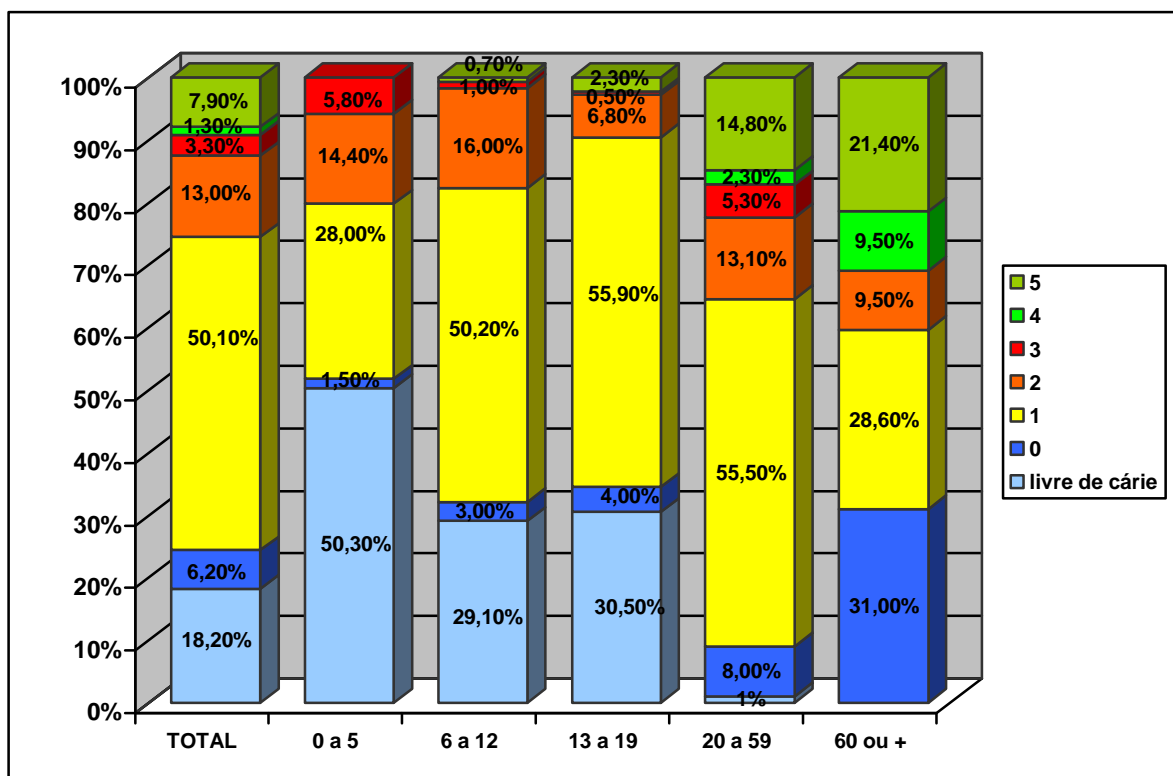


Gráfico 3 – Distribuição dos códigos do Levantamento de Necessidades, total e por faixa etária, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 2, Belo Horizonte, 2009

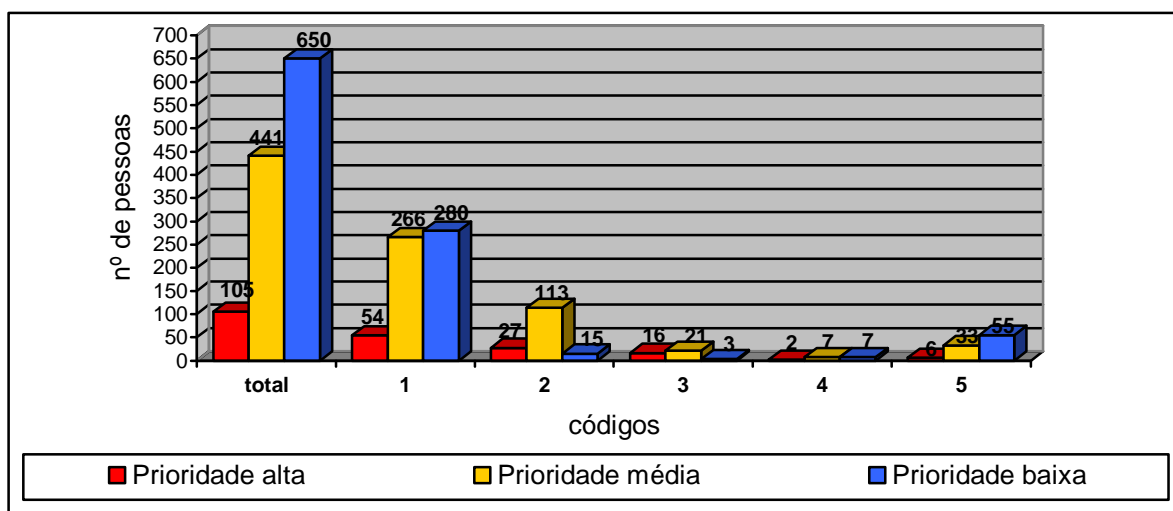


Gráfico 4– Distribuição do número de usuários por classificação de prioridade e códigos do

Levantamento de Necessidades, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 1, Belo Horizonte, 2009

Em comparação com outros estudos utilizando o levantamento de necessidades, o percentual de pessoas sem necessidade de tratamento odontológico foi de 24,4% enquanto os índios Xakrabá foi de 37% (DUMONT et al., 2008) e pacientes com necessidades especiais 68% (CASTILHO et al., 2000). Essa menor proporção de pessoas saudáveis na área de abrangência do C.S. NAR, pode ter ocorrido pela clara diferença entre as populações, mas também porque a amostra do presente estudo foi baseada no comparecimento ao serviço. Pessoas doentes tendem a comparecer mais ao serviço que as saudáveis.

5.2 Planejamento/programação

“A programação pode ser entendida como um instrumento de gestão local que orienta a organização dos serviços, na medida em que estabelece as ações a serem realizadas no centro de saúde, pelas equipes locais, visando a atenção integral à população sob sua responsabilidade”. (BELO HORIZONTE, 2006a)

Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais. A organização da assistência deve abranger ações que respondam à demanda organizadamente, compatibilizando a demanda espontânea e a programada. O acolhimento pode ser uma estratégia para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população. A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente. (BRASIL, 2006)

Como era esperado, após a realização do levantamento os usuários que não compareceram continuaram a procurar as ESBs com suas demandas. Neste sentido, a ESB decidiu acolher a demanda espontânea, mantendo aberta a porta de entrada no serviço. Esse acolhimento da demanda espontânea seguiria o padrão do levantamento, com a codificação com o Levantamento de Necessidades, com a priorização de atendimento das urgências, inclusive reservando tempo na agenda para esse fim. A urgência, se tornando um importante critério de priorização, torna-se um momento importante para a detecção de indivíduos com maior vulnerabilidade (BRASIL, 2006).

O atendimento das urgências priorizaria casos onde o usuário passava por um momento de dor ou sofrimento, caracterizando um caso agudo. Nesses casos o usuário teria

atendimento imediato. Outras questões urgentes, mas não agudas, dependeriam, então, do caso, da disponibilidade e da demanda do dia, podendo ser atendidas de imediato ou agendadas, a critério da equipe, levando-se em conta a situação do usuário.

A atenção programada é a atenção, na unidade de saúde ou domiciliar, a pessoas que compõem um grupo priorizado. As ações programadas de assistência devem partir da avaliação de risco de adoecimento, que deve ser realizado por profissional da saúde que identifica os usuários que necessitam de atenção priorizada. Os critérios de vulnerabilidade utilizados para a priorização podem partir do risco social das famílias, de levantamentos de necessidade de tratamento odontológico e de condições sistêmicas sobrepostas. Cabe às equipes em conjunto com a comunidade, a partir da realidade social, definir a estratégia e os grupos prioritários para atenção em saúde bucal programada (BRASIL, 2006).

Na análise dos dados a ESB percebeu que ações assistenciais eram prioridade. Protocolo AB/SB estabelece como diretriz a organização do processo de trabalho da ESB com um mínimo de 80% do tempo voltado para ações clínico-assistenciais. Na programação feita, pela grande necessidade de ações assistenciais, a ESB decidiu manter mais que a carga horária mínima para esse fim, definindo-se que 92,5% do tempo da agenda seria voltado para acolhimento e atendimento clínico, programado ou de urgência.

Um dos princípios da atenção básica, ou atenção primária é a longitudinalidade que está relacionada à capacidade da equipe de assistir todos os tipos de usuários da área de abrangência ao longo de suas vidas, atendendo às suas necessidades e particularidades (MINAS GERAIS, 2006). Os dados mostraram, também, que as diferentes faixas etárias possuíam níveis de necessidades diferentes. Os adultos nitidamente precisariam de mais tempo para ações assistenciais e crianças de 0 a 5 anos de ações assistenciais focadas para uma realidade da polarização da doença cárie. Dessa forma, a agenda foi organizada conforme a Quadro 02 dividindo-se os dias de atendimento por ciclo de vida. Os agendamentos foram feitos a partir das informações colocadas no EPI INFO seguindo além dos critérios de ciclo de vida, também de prioridade e código.

Apesar de também não haver integração suficiente com a Equipe de Saúde da Família para uma programação conjunta, foi tentado manter na agenda o vínculo com a equipe e resguardar o trabalho interdisciplinar. Dessa forma uma tarde na semana foi reservada para atender as demandas da ESF, como pré-natal, acompanhamento de diabéticos e cardiopatas e visitas domiciliares.

AGENDA SEMANAL					
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
	ACOLHIMENTO				
Manhã (7 às 12h)	Adultos	Crianças 2 (6 a 12 anos)	Adultos	Adultos	Adolescentes
Tarde (13 às 16h)	Crianças 1 (0 a 5 anos)	Crianças 2 (6 a 12 anos)	Adultos	Extra-clínico	Equipe

Quadro 02 – Agenda programada, ESB 1, Centro de Saúde Novo Aarão Reis, Belo Horizonte, 2009.

5.3 Avaliação

Avaliação pode ser definida como a formulação de um juízo de valor sobre algo levando-se em consideração os pressupostos e valores em que se baseiam as escolhas dos sujeitos envolvidos com a atenção em saúde, sejam gestores, trabalhadores ou usuários. Fundamenta-se ainda em princípios gerais que a norteiam, na aplicação de critérios e normas técnicas e na adequação na disponibilidade e utilização de recursos humanos e materiais. A avaliação é sempre um instrumento de tomada de decisões. Por isso é condição necessária a utilização das informações e dos conhecimentos produzidos e o posicionamento da equipe a respeito dos sucessos e/ou fracassos das ações realizadas (BRASIL, 2004).

A incorporação da avaliação à rotina dos serviços é entendida como institucionalização. Essa institucionalização é seguida pelo fato de haver grande necessidade de desenvolvimento de meios para que os serviços de saúde, nos diversos níveis de atenção, adotem as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ao planejamento e à gestão. “Investir na institucionalização da avaliação deve ser entendido aqui como contribuição decisiva com o objetivo de qualificar a atenção básica, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico” (FELISBERTO, 2004).

O Ministério da Saúde definiu algumas estratégias para alcançar a avaliação na atenção básica entre elas a reformulação do SIAB com o objetivo de transformá-lo num

sistema que seja abrangente de toda a atenção básica, a dinamização do Pacto de Indicadores da Atenção Básica como instrumento de mobilização; a exploração dos sistemas de informação e outras fontes de dados produzindo-se indicadores e analisando-os com vistas a publicações institucionais; a construção de instrumentos que permitam o uso mais sistemático da informação pelas equipes de saúde e gestores do sistema (FELISBERTO, 2004).

A primeira dificuldade encontrada pela equipe para avaliação foi pouca informação fornecida pelos indicadores oficiais de saúde bucal, que os tornam de pouca utilidade para uma prática de efetiva Vigilância da Saúde. Esses indicadores foram então ampliados para uma melhor avaliação dos resultados das ações. Isso por sua vez aumentou o trabalho da equipe uma vez que era necessário o registro das informações em dois locais: na produção padrão da PBH e no EPI INFO. Foi necessária essa duplicidade, pois os dados da produção fornecem apenas números totais de 1ª consultas e tratamentos completados sem informações complementares como absenteísmo ou diferenciação de faixa etária ou gênero. Também não oferece a informação crucial sobre quais usuários já haviam sido inseridos no atendimento e quais ainda estavam aguardando. Também é necessário acrescentar que todo o trabalho no EPI INFO foi realizado em computadores doados, pois a odontologia ainda não foi inserida no processo de informatização da PBH.

Os resultados obtidos através das informações inseridas no EPI INFO serão apresentados a seguir baseados no número de pessoas incluídas nas ações da ESB e não no número de atendimentos.

Do total de examinados, 24,3% tiveram uma consulta agendada (291 pessoas) sendo que 19,5% do total compareceram à 1ª. consulta (231 pessoas), 4,8% faltaram (58 pessoas). Do total de examinados, 5,5% (66 pessoas) foram atendidos em caráter de urgência.

Do total de examinados, 13,3% (159 pessoas) tiveram seu tratamento completado, 2,5% (31 pessoas) abandonaram o tratamento, 2,1% (25 pessoas) estão aguardando exame complementar ou liberação médica e 1,5% (17 pessoas) estão em tratamento.

Do total de agendados 71,5% foram provenientes do levantamento de necessidades realizado e 28,5% do acolhimento da demanda espontânea. O absenteísmo representou 20% dos agendamentos de 1ª. consulta, sendo que 80% deles se efetivaram. Dos que tiveram 1ª Consulta, 68,7% tiveram o tratamento completado, 13,3% abandonaram o tratamento, 10,7% estão aguardando exame complementar ou liberação médica e 7,3% está em tratamento.

Os casos mais graves foram priorizados, sendo que foram agendados 100% dos casos de prioridade alta, 31% dos casos com prioridade média, e 7,5% dos casos com prioridade baixa. A Tabela 1 mostra a distribuição dos agendamentos por idade e demonstra que a

programação do atendimento clínico através da agenda foi eficaz no sentido da distribuição dos agendamentos proporcionalmente às necessidades. A Tabela 2 mostra a distribuição dos agendamentos por código do levantamento de necessidades e juntamente com o GRAF 5, demonstra que o critério de agendamento da equipe foi eficaz para reduzir o número de pacientes em situação de risco, sem no entanto negar assistência para casos de menor risco.

Tabela 1 - Distribuição dos agendamentos para 1ª. consulta odontológica, por idade, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 1, Belo Horizonte, 2009

FAIXA ETÁRIA	1ª CONSULTA	FALTA	AGENDAM.	
0 A 5	28	1	29	10,0%
6 A 12	47	9	56	19,2%
13 A 19	36	7	43	14,8%
20 A 59	110	40	150	51,5%
60 OU +	12	1	13	4,5%
Total	233	58	291	100,0%

TABELA 2 - Distribuição dos agendamentos para 1ª. consulta odontológica, por código do levantamento de necessidades, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 1, Belo Horizonte, 2009

CODIGO	1ª CONSULTA	FALTA	AGENDAM.	
0	6	0	6	2,0%
1	123	34	157	53,9%
2	47	9	56	19,2%
3	23	7	30	10,3%
4	9	6	15	5,5%
5	25	2	27	9,3%
	233	58	291	100%

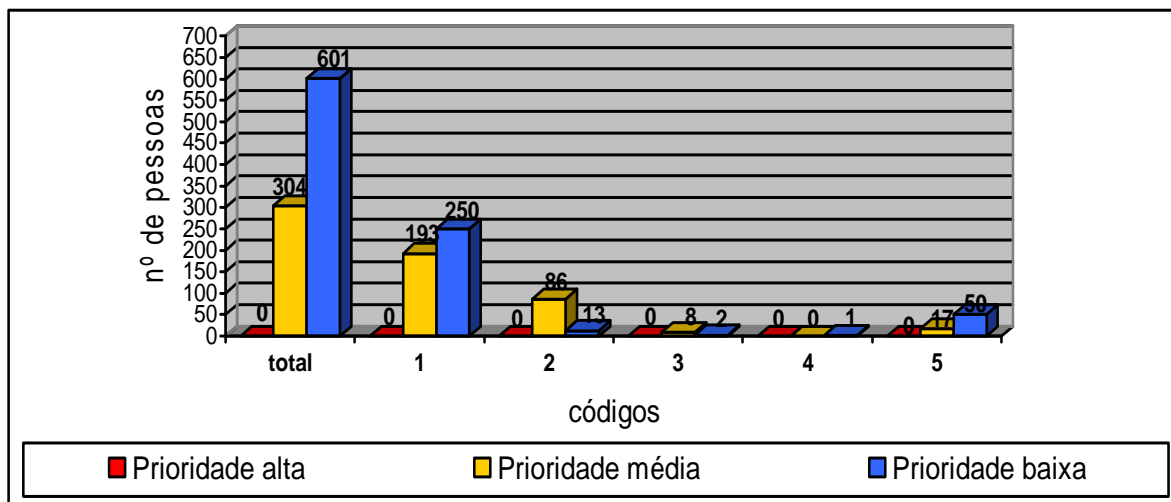


Gráfico 5 - Distribuição do número de usuários ainda não agendados no momento da avaliação por classificação de prioridade e códigos do Levantamento de Necessidades, área de abrangência do Centro de Saúde Novo Aarão Reis, equipe 1, Belo Horizonte, 2009

Dos pacientes atendidos, 40% necessitaram de atenção secundária. A necessidade de endodontia representou o maior volume de encaminhamentos. Foram encaminhadas para tratamento endodôntico 22% do total de pessoas atendidas. A grande necessidade de endodontia encontrada e a dificuldade de conseguir o encaminhamento para a atenção secundária causam transtornos ao serviço. Muitos pacientes já atendidos retornam em situação de urgência o que diminui a capacidade da ESB em incluir novas pessoas no atendimento individual. Os horários reservados para as demandas da ESF acabaram não sendo efetivamente utilizados por falta de encaminhamentos. Então foram remanejados no decorrer do tempo para os casos que necessitavam de maior urgência de atendimento.

A avaliação é o momento para a reflexão conjunta sobre os aspectos que permeiam a execução e o monitoramento das ações de saúde, identificando os problemas e as possibilidades de solução. Constitui-se em um meio para desenvolvimento das equipes, da estratégia gerencial e para organização do trabalho (BRASIL, 2004).

Alguns fatos ocorridos afetaram negativa e positivamente o trabalho da ESB. Nos primeiros meses de atendimento havia escassez de instrumental o que limitou o número de consultas diário. Após algum tempo esse problema foi resolvido com a chegada de novos instrumentais enviados pela PBH. Também nos primeiros meses de atendimento a ASB da equipe 01 encontrava-se em licença maternidade e não houve reposição por parte da PBH. A equipe 01 contou com a ajuda da ASB da outra equipe para manter o serviço em funcionamento, mas isso acabou dificultando o trabalho de ambas as ESB. Também o curso

de especialização para o qual os dentistas foram enviados, assim o tempo tirado para escrever o trabalho também diminuíram o número de atendimentos. Por outro lado o início do Estágio de Internato Urbano de alunas do 9º período de Odontologia facilitou a inclusão de pessoas no atendimento odontológico. No geral, a organização do serviço de saúde bucal foi bem aceita pelos usuários do C.S. NAR. No entanto, a inexistência de parceria com a comunidade no planejamento trouxe dificuldades por causa do descontentamento de alguns usuários, principalmente os que tinham menor prioridade, com os critérios estabelecidos.

Após análise e comparação dos dados e das considerações sobre o contexto no qual o trabalho foi realizado, a equipe considerou bem sucedida a utilização do Levantamento de Necessidades para organização do serviço de saúde bucal. Ele possibilitou à equipe a organização do serviço, através do planejamento e da priorização das ações, e a organização da demanda assistencial, onde até a data da primeira avaliação a priorização e cobertura dos usuários e maior prioridade. Possibilitou também à equipe traçar novos planos baseada no bom resultado da priorização. A ESB1 planeja realizar a qualificação de toda Equipe Saúde da Família para busca ativa de casos prioritários. Para isso a primeira ação é a busca uma maior integração com a ESF, com maior participação da ESB nas reuniões de equipe e nos grupos operativos existentes.

Devido ao sucesso da distribuição do acesso de acordo com as faixas etárias mais necessitadas, a divisão da agenda foi mantida por ciclos de vida. No entanto, como boa parte da demanda prioritária já foi atendida, a equipe decidiu que era o momento de dar mais um passo para o sucesso da organização do serviço e investir mais em ações coletivas de prevenção e controle. Para isso a agenda foi reformulada para aproximar-se do protocolo e reservando cerca de 20% do tempo para ações não-clínicas.

Após a avaliação foi iniciado o Projeto “Educação Infantil”, em parceria com as estagiárias da UFMG, colocado em prática inicialmente na creche conveniada da PBH e que posteriormente deverá ser estendido à Unidade Municipal de Educação Infantil e creches particulares. Também já foi iniciado o trabalho para a realização de sessões de controle e reavaliação dos usuários livres de cárie e código 0. Estão em planejamento grupos para controle e retriagem de usuários código 01 e 05.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática de planejamento e programação em articulação com a lógica epidemiológica origina um processo de reorientação do processo de trabalho em saúde, cujas concepções e práticas buscam solucionar os problemas de saúde em sua dimensão populacional e coletiva. (TEIXEIRA, 1999). Algumas considerações podem ser feitas a respeito do uso do Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal para a organização do serviço de saúde bucal no programa saúde da família. Ele permite o diagnóstico, planejamento das ações, monitoramento e avaliação, sendo uma ferramenta útil para a organização do serviço e a vigilância da saúde. O levantamento de necessidades é simples e de fácil aplicação por qualquer profissional de saúde. Ele permite a organização da demanda, com a priorização dos casos mais graves, permitindo também identificar e mapear vulnerabilidades e trabalhar com o conceito de evento sentinela.

O sistema de informação é o instrumento de suporte para o processo de gerenciamento no que diz respeito ao uso de informações para planejar, acompanhar e avaliar atividades. Para isso há necessidade de se dispor de sistemas flexíveis capazes de se adaptarem às diferentes realidades de acordo com os parâmetros fixados dentro da proposta política de organização dos serviços do município (MISHIMA et al, 1996). Os indicadores atualmente usados para saúde bucal não são as melhores ferramentas para o nível local pois priva o serviço de muitas informações sobre a população sob seus cuidados. O monitoramento das ações de saúde bucal deve acontecer de forma contínua e sistematizada, por meio de indicadores adequados (MINAS GERAIS, 2006). Seria proveitoso que o levantamento de necessidade de tratamento odontológico se tornasse parte do sistema de informação da PBH.

Segundo a diretriz do Estado de Minas Gerais municípios devem investir na utilização de indicadores ou instrumentos para monitoramento e avaliação de suas ações em saúde bucal, de forma a avançar na melhoria da qualidade da atenção prestada (MINAS GERAIS, 2006). Mas na PBH faltam para as ESB as ferramentas de hardware e software como parte do instrumento para a melhor utilização do Levantamento de Necessidades.

7 REFERÊNCIAS

- 1 ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. S.; SÁ, M.C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise compara de duas experiências. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.4, p. 723-40, 1997.
- 2 BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **A atenção básica em Belo Horizonte**: recomendações para a organização local. Secretaria Municipal de Saúde, 2006 a.
- 3 BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **O Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008
- 4 BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo para atenção básica em saúde bucal**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2006 b.
- 5 BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p.401-412, 2002.
- 6 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.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica nº 17**. Saúde Bucal. Brasília: BRASIL, 2006. 92p.
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria n.º 267, de 06 de março de 2001. **Diário Oficial da União** de 07 de Março de 2001, Seção 1, página 67.
- 10 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 11 CASTILHO, L.S. et al. Utilização do INTO para triagem de grandes grupos populacionais: Experiência com pacientes especiais. **Revista do CROMG**. v.6, n.3, p. 195-99, Set-Dez, 2000.
- 12 CHAVES, M.M. **Odontologia Social**. 3a Edição. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

- 13 DUMONT, A.F.S. et al. Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico: o caso dos índios Xakriabá. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.3, p. 1017-22, 2008.
- 14 FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**. v.4, n.3, p. 317-21, jul-set, 2004.
- 15 GIOVANELA, L. et. al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 783-94, 2009.
- 16 MENDES, E.V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.
- 17 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo horizonte: SAS/MG, 2006. 290p.
- 18 MISHIMA, S. M. et al. O sistema de informações no processo gerencial dos serviços de saúde: algumas reflexões. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 4, nº especial, p. 83-89, 1996.
- 19 MONKEN, M.; BARCELOS C. O território na Promoção e Vigilância à Saúde. In: FONSECA, A. organizador. **O Território e o processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJVFiocruz, 2007. p. 177-224.
- 20 OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas de atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 929-35, 2009.
- 21 PINTO, V.G. Capítulo 2: Planejamento. In: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 5ª Edição. São Paulo: Santos Editora, 2008 p. 19-41.
- 22 RONCALLI, A.G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p. 115-14, 2006.
- 23 ROUQUAYROL, M.Z. ; ALMEIDA FILHO, N. . **Epidemiologia & Saúde**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1996
- 24 STARFIELD B., SHI L. Policy Relevant Determinants of health: na International Perspective. **Health Policy**. v. 60, p. 201-18, 2002.
- 25 TEIXEIRA, C.F. **Epidemiologia e planejamento de saúde**. *Ciência e saúde coletiva*. v. 4, n.2, p. 287-303. 1999.
- 26 TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe epidemiológico do SUS**. v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998