

MÉTODO DA ESTIMATIVA RÁPIDA PARTICIPATIVA NO PLANEJAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

THE RAPID PARTICIPATORY APPRAISAL METHOD AT ORAL HEALTH TEAM PLANNING

SANTOS, Fabricia Paola Fernandes Ribeiro dos¹
CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira²
CUNHA, Inara Pereira³

1- Cirurgiã-dentista, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fiocruz MS. Endereço para correspondência: Condomínio Vivendas Friburgo, Cj H, casa 05, Grande Colorado, Sobradinho, DF. CEP: 73105-901. Contato: (61) 992000505. E-mail: fabriciaodontopediatra@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8984-6373>

2 - Enfermeira, docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fiocruz MS. E-mail: luizacazola@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3853-0678>

3 - Cirurgiã-dentista, docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fiocruz MS. E-mail: inara-pereira@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-00025330-6869>

RESUMO

Objetivo: Descrever o uso da Estimativa Rápida Participativa (ERP) para a organização do processo de trabalho de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) inserida na Região Norte do Distrito Federal (DF), refletindo sobre o potencial desta ferramenta e os entraves identificados no serviço odontológico da Atenção Primária à Saúde (APS). **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência ocorrido entre os meses de agosto a dezembro de 2020, no qual foram conduzidas observações *in loco*, entrevistas com informantes-chave e análise dos registros dos sistemas de informação. **Resultados:** Os problemas identificados foram concernentes à territorialização, planejamento, cumprimento dos atributos da APS e gestão do trabalho que comprometiam a elaboração de indicadores de saúde bucal voltados para públicos específicos. A partir desses achados, foram propostas estratégias de aperfeiçoamento do serviço, voltados para elaboração e monitoramento de indicadores de atendimento odontológico a gestantes e crianças menores de 6 (seis) anos. **Considerações finais:** Observou-se que a ERP contribuiu para apontar nós críticos e identificar os recursos disponíveis visando à melhoria da atenção odontológica.

Palavras-chave: Planejamento participativo; Saúde da família; Atenção primária à saúde; Equipe de saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the use of Participatory Rapid Estimation (ERP) for the organization of the work process of an oral health team in the Northern region of the Federal District, reflecting on the potential of this tool and the obstacles identified in the dental service of Primary Care to Health (PHC). **Methodology:** This is an experience report that took place between the months of August and December 2020, in which on-the-spot observations were conducted, interviews with key informants and the analysis of the information systems records. **Results:** The problems identified were related to territorialization, planning, compliance with the attributes of Primary Health Care and work management that compromised the development of oral health indicators aimed at

specific audiences. Based on these findings, strategies for improving the service were proposed, aimed at developing and monitoring dental care indicators for pregnant women and children under six years of age. **Final considerations:** It was observed that the ERP contributed to point out critical nodes and to identify the available resources aiming to improve dental care.

Keywords: Participatory planning; Family health; Primary health care; Health team.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é vista como estratégia prioritária para a reorganização da APS no Brasil e reafirma os princípios e valores da promoção da saúde quando propõe a atuação a partir de uma visão ampla da saúde, em um território sociossanitário¹.

Anterior à implementação da ESF o acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. O ano de 2013 foi o período em que o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. Seu principal objetivo é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com a ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

A consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal perpetuou-se de diferentes formas no território nacional, com alta dependência da expansão e incorporação das Equipes de Saúde Bucal (ESBs) na ESF. No DF, em 2016, apenas 30,7% da população era coberta pela ESF e a abordagem assistencial apresentava-se de baixa resolutividade, o que culminou na iniciação de um grande projeto de reformulação do seu modelo de assistência, baseado no fortalecimento da APS com o projeto “Brasília Saudável”². A partir da reformulação da assistência, com a implantação do projeto de conversão ao modelo de ESF, as equipes adotaram a modalidade de serviço Equipe de Saúde Bucal (ESB) com um odontólogo e um técnico em saúde bucal com vínculo de trabalho de 40 horas semanais, sendo responsáveis por um território equivalente a no máximo duas equipes de saúde da família. Na prática, isso ocorreu com as publicações das Portarias SES-DF n.º 77 de 14/02/2017 e SES-DF n.º 78 de 14/02/2017, o que legitimou a responsabilidade da ESB por uma população correspondente ao dobro preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, totalizando, em média, 7.500 pessoas³.

Em 2020, houve a redefinição do registro de equipes da APS pela Portaria n.º 99, de 07 de fevereiro, elaborada pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do MS. Por esse instrumento, as ESBs foram desvinculadas das outras estratégias de atenção primária, gerando um número de Identificação Nacional de Equipes (INE) específico para as equipes (71 – ESB). Tal desvinculação causou, concomitantemente, independência administrativa ao cirurgião-dentista, que se tornou o coordenador de equipe, mas agregou obrigações como a realização de relatórios e a manutenção dos sistemas de informação específico da área odontológica⁴.

Nesse cenário, em que a ESB é responsável por um número elevado de famílias e demais serviços administrativos, o planejamento das atividades locais deve ser realizado na busca da otimização dos serviços odontológicos.

Para esse fim, ferramentas relativas ao planejamento estratégico podem ser aplicadas, como o método, sistema de *Enterprise Resource Planning* (ERP). Constitui-se, portanto, numa ferramenta apropriada ao planejamento das Equipes de Saúde da Família (ESFs), possibilitando a análise da situação de saúde do território, considerando a perspectiva dos diferentes atores sociais envolvidos na construção da realidade local^{6,5}. A ferramenta apoia o planejamento participativo, partindo da própria população em conjunto com os administradores de saúde, o que promove um maior envolvimento da comunidade.

Assim, o presente relato de experiência tem como objetivo descrever o uso da ERP para a organização do processo de trabalho de uma ESB, inserida na Região Norte do DF, refletindo sobre o potencial dessa ferramenta e os entraves identificados no serviço odontológico da APS.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência em uma unidade de saúde da Região Administrativa Norte do DF, Unidade Básica de Saúde da Família 02 (UBSF). De acordo com a Constituição Federal de 1988 é vedada ao DF a divisão em municípios. Assim, para melhor gestão da Unidade Federativa (UF), foram criadas Regiões Administrativas (RA), chefiadas por um administrador. A RA de Sobradinho (DF) apresenta uma população de 71.242 habitantes⁵.

O sistema de ERP foi utilizado para o diagnóstico situacional, por se tratar de um método que apoia o planejamento participativo, partindo da própria população em conjunto com os administradores de

saúde⁵. Três fontes de informação foram utilizadas: a observação *in loco* do território pelo diagnóstico situacional, entrevistas com informantes-chave e os registros escritos advindos de programas de informação, como o e-SUS, além do banco de dados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) e o Plano Distrital de Saúde 2020-2023^{7,6,5}.

O território observado foi dividido em dois cenários distintos, distando aproximadamente 850 metros da Unidade Básica de Saúde (UBS). Foram observados o ambiente físico (habitação, saneamento, ocupação do solo, poluição, pavimentação e conforto urbano, dentre outros) e o ambiente socioeconômico (nível educacional, fonte de renda, inserção no mercado de trabalho e condições de vida). A avaliação dos serviços e de suas condições incluiu a prestação, acessibilidade, qualidade e organização dos serviços.

RESULTADOS

Observações gerais *in loco* - Todos os profissionais da unidade estudada são servidores estatutários, com exceção do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que é contratado por um período de tempo específico e cedido provisoriamente à unidade. A equipe conta com apenas um ACS, que foi envolvido no processo da ERP, com a finalidade de cadastrar as famílias, identificar lideranças locais, bem como a definição de problemas e das potencialidades relevantes no território analisado.

Observou-se, durante a aplicação do método, que a abordagem dos profissionais frente à comunidade ainda é centrada no modelo biomédico, carecendo da incorporação de atributos essenciais da APS.

Após o estudo local, os usuários foram ouvidos e reuniões com a ESF e com a gerência foram realizadas. Além disso, a UBSF recebeu durante esse período, um estudante da Residência em Saúde da Família da Secretaria de Estado da Saúde (SES) do DF, que também foi ouvido.

Na análise do banco de dados da CODEPLAN e do Plano Distrital de Saúde 2020-2023, peculiaridades importantes foram reconhecidas. Os planos apresentavam como metas aumentar para 48%, até o ano de 2023, a cobertura populacional estimada pelas ESBs, sendo o índice de referência de 2018 de 32,5%, utilizando-se das seguintes ações: realizar o levantamento epidemiológico de saúde bucal no DF e implantar a ESB. Diagnóstico situacional e consolidação das entrevistas com informantes-chave

A Quadra 01 é uma das quadras mais antigas da RA, já que a maioria dos habitantes mudou-se em 1969, época em que saíram de um acampamento denominado R2, próximo à Torre de TV do Plano Piloto. O local foi desmanchado pela Companhia Imobiliária de Brasília (TERRACAP) para a construção de edifícios nobres e os moradores trazidos para Sobradinho. Atualmente, alguns venderam suas casas e a maior parte possui moradia própria, segundo relato dos usuários.

Em relação à coleta de lixo, os usuários relatam que as terças e quintas-feiras há coleta seletiva na quadra. Nos demais dias há coleta do lixo molhado, sem separação. A água é encanada e tratada pela Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (CAESB) e há rede de esgoto em 100% das moradias. Apesar de ser a menor quadra de Sobradinho, há campos desportivos para as crianças brincarem, jogar basquete, futebol e vôlei, com pontos de encontro comunitário e academias ao ar livre. A população desloca-se para a Quadra 3 para estudar, pois a única escola local oferta apenas o ensino infantil (Escola Classe 12). Verifica-se que, dos 71.242 habitantes de Sobradinho 52,68% são do sexo feminino e 47,32% do sexo masculino. A distribuição da faixa etária da população está entre 0 a 14 anos (22,95%); 15 a 59 anos (69,48%); 60 anos ou mais (9,18%). Seguindo a tendência nacional observa-se no município o aumento significativo da população idosa em relação ao total de residentes nos últimos 30 anos⁷.

A UBSF localiza-se na Quadra 3 de Sobradinho, separada apenas por uma avenida da Quadra 1. Essa UBSF completou 40 anos de inauguração no ano de 2020 e sua estrutura física externa encontra-se bastante precária, sem rampa de acesso para cadeirantes, sem calçadas e pouca iluminação pública. As placas de sinalização são escassas ou inexistentes, as salas são pequenas, o teto apresenta rachaduras e infiltrações, o piso é irregular e gasto, o que dificulta a locomoção de pacientes especiais. Devido ao aumento da área de abrangência, várias equipes foram alocadas em salas inapropriadas, com baixa ventilação, ausência de pias e com uma única porta de entrada. A sala da odontologia não apresenta divisão de consultórios de maneira individualizada, possuindo 3 (três) equipes odontológicas relativamente conservados dentro de um mesmo ambiente, o que acarreta baixa biossegurança para a realização de procedimentos invasivos.

Durante o diagnóstico situacional e entrevista com os informantes-chave, foi observada a importância de envolver os diversos atores no contexto, especialmente no que tange à população, conforme experiência de Arruda *et al.*⁸. As pessoas, famílias e grupos da comunidade são

favorecidos pelo processo de adstrição do território, processo este vivenciado atualmente na UBSF. Sabe-se que o planejamento estratégico situacional pode contribuir de forma mais coerente nessa direção, enfatizando, ainda, a participação de todos os atores envolvidos na identificação dos problemas e na definição das prioridades de intervenção. Findada esta primeira etapa da ERP e analisando os dados dos sistemas de informação, os seguintes problemas foram identificados e classificados conforme prioridade:

Figura 1 – Problemas identificados na UBSF 02 de Sobradinho, Distrito Federal, 2020.

Número	Identificação de problemas locais
1	Ausência de cadastro dos usuários
2	Extensa cobertura populacional
3	Ausência de indicadores de saúde
4	Alta demanda espontânea
5	Estrutura física deficiente
6	Deficiência de recursos humanos
7	Alto índice de afastamento de servidores
8	Baixa capacitação profissional
9	Alto número de equipes dentro da mesma estrutura física

Fonte: Próprios autores.

Os problemas identificados geram alta demanda reprimida, insatisfação dos usuários e sobrecarga dos servidores, que mantêm no seu dia a dia o atendimento emergencial como rotina. A territorialização, com área cadastrada e delimitada, num quantitativo populacional adequado para a ESF, assegura a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção, promovendo mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, baseando-se no reconhecimento do ambiente, das condições de vida, situação de saúde e acesso às ações de saúde⁹

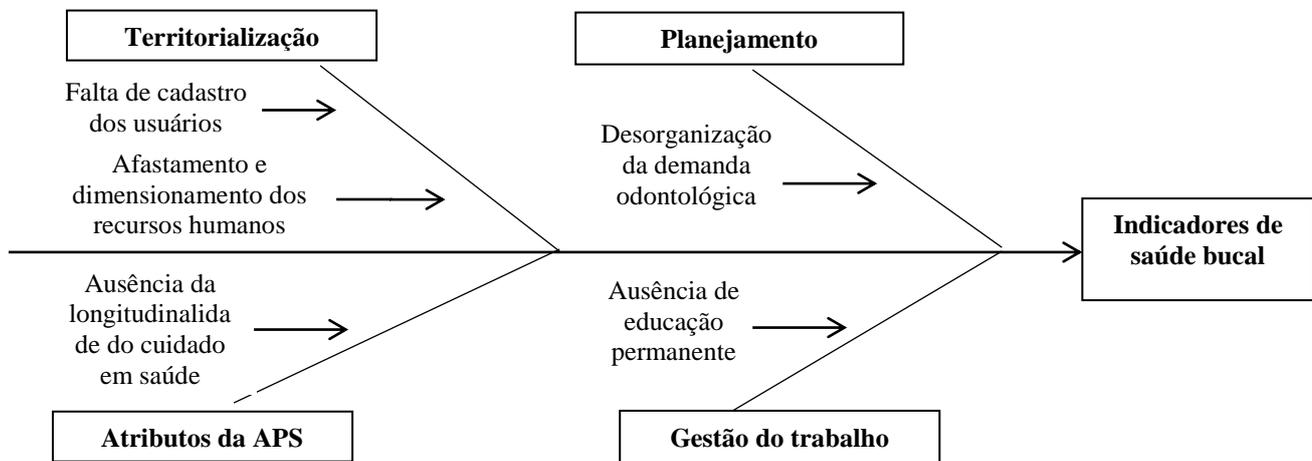
O cadastro dos usuários subsidia o planejamento dos serviços de saúde e auxilia no acompanhamento dos indivíduos sob a responsabilidade das equipes. Segundo a Portaria do MS, n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, é atribuição do ACS da ESF cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados. Por isso, após o início do movimento de cadastramento realizado pelas ESF, foi possível realizar a inserção dos usuários no programa e-SUS, gerar relatórios específicos e alimentar o próprio sistema. Assim, a UBSF partirá de um ponto onde não

são conhecidos seus usuários para a adstrição das famílias feitas pela ESF e geração dos indicadores de saúde bucal pela ESB¹⁰.

Os problemas listados foram avaliados conjuntamente pela ESB, na reunião de equipe da ESF e a gestão. Percebeu-se a ingerência existente sobre alguns deles, tais como a estrutura física deficiente e a baixa capacitação profissional. Foram elencados, ainda, pela gerência local, que o e-SUS estava gerando relatórios com a ausência do quantitativo de gestantes, crianças de 0 a 6 anos e pacientes com cardiopatias, atendidos pela ESB. Essa deficiência estava atrelada ao não cadastro desses segmentos pelos ACS e vinculado à ESB¹¹.

O Diagrama de Ishikawa foi utilizado para expor graficamente as causas e consequências do problema elencado, que foi a ausência de indicadores de saúde bucal relacionados a gestantes e crianças menores de seis anos. (Figura 2).

Figura 2 – Diagrama de Ishikawa, mostrando graficamente as causas que envolvem a ausência de indicadores de saúde bucal de gestantes e crianças menores de seis anos, atendidas pela ESB.



Fonte: Próprios autores.

DISCUSSÃO

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), através do programa e-SUS APS, disponibiliza 4 (quatro) relatórios operacionais: relatório de cadastro individual, relatório de gestante/puérpera, relatório da criança e relatório de risco cardiovascular. Iniciaremos o atendimento eletivo dos pacientes cadastrados pela ESF pelas gestantes e crianças de 0 a 6 anos. Assim, durante o período

de execução do plano de ação, objetiva-se superar a ausência de indicadores relacionados a dois desses relatórios, considerando a viabilidade técnico-operacional da clínica odontológica.

Intenciona-se realizar o atendimento de pelo menos uma consulta odontológica da totalidade de gestantes cadastradas pela ESF, gerando o indicador 3 do PEC, tendo em vista os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil no período de 6 meses, a partir de outubro de 2020¹².

Em relação ao segundo relatório, a meta é realizar a cobertura da primeira consulta odontológica programática a 100% dos usuários cadastrados pela ESF na faixa etária de 0 a 6 anos. Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em vários programas de saúde, e reflete a proporção de pessoas que tiveram acesso ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal desenvolvido pela equipe. Por meio da consulta odontológica programática, o indivíduo ingressa no programa a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico, realizado com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico (PPT). Essa meta será alcançada gradualmente à medida que os usuários forem cadastrados e de maneira *pari passu* serão abordadas pela ESB. Foi feita pactuação em reunião de equipe, para que os responsáveis pelos usuários dessa faixa etária sejam direcionados à equipe de odontologia, de modo que esse público seja amplamente assistido. O prazo para que todos sejam avaliados será de quatro meses e se dará continuamente no serviço odontológico. Estima-se melhorar a atenção ao pré-natal odontológico e às crianças de 0 a 6 anos, conseguir a adesão das gestantes ao pré-natal e ao atendimento odontológico, além de melhorar a integração ESB e ESF. Outrossim, espera-se alcançar a longitudinalidade ao acompanhar as crianças assistidas pela equipe ao final de seis anos, diminuindo a prevalência da doença/cárie na população.

A realização do estudo propiciou um melhor entendimento acerca da importância do diagnóstico de saúde para o planejamento das ações da ESB. Observa-se que a equipe está mais preparada para o ato de planejar, tendo, portanto, uma maior chance de alcançar os objetivos a que se propõe. Entretanto, diante dos problemas elencados, torna-se desestimulador o fato de estarmos inoperantes a muitos deles, especialmente no que tange à estrutura física. Embora seja inegável o primoroso trabalho da Gerência de Odontologia na aquisição de insumos, instrumentais, equipamentos e

serviços¹³, as eventuais reformas estruturais ainda esbarram na morosidade e burocracia do processo.

Embora o processo de territorialização não esteja ainda efetivado, especialmente devido à carência de recursos humanos, sobretudo ACS, a alta demanda espontânea é uma realidade da UBSF 02 de Sobradinho. Segundo a Linha Guia de Saúde Bucal do DF, caracteriza-se como demanda espontânea a apresentação de uma ou mais necessidades que o usuário trás para o serviço de saúde, sem agendamento. Dentre as várias razões que perpassam essa situação, aponta-se a distribuição de equipes em um território que não ostenta população atualizada e vinculada, aumentando o número de famílias sob a responsabilidade de cada equipe, o que compromete a integralidade e a longitudinalidade do atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ERP é uma ferramenta condizente com o reconhecimento da realidade no território estudado. Além de promover uma maior interação da ESB com a comunidade, oportunizou compartilhar saberes e informações, alavancou o processo de sistematização do atendimento odontológico, fomentou a busca ativa por grupos específicos, gestantes e crianças menores de seis anos, além de entusiasmar os servidores. O diagnóstico incitou desafios, mas também oportunidades.

REFERÊNCIAS

1. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Ciênc Amp Saúde Coletiva. [internet]. Fev 2014 [Acesso em 5 fev 2021]; 19(2):373–82.
2. Governo do Distrito Federal (GDF). Programa Brasília Saudável. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. [internet]. Jun 2016 [Acesso em 5 fev 2021]. Disponível em: https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf
3. Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Distrito Federal (SES-GDF). Portarias n.ºs 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, pdf [Internet]. [citado 5 de fevereiro de 2021]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-SES_DF--77-2017-Estabelece-a-Politica-de-Atencao-Primaria-a-saude-do-Distrito-Federal.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 99, de 7 de setembro de 2020. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Diário Oficial da União. Publicado em: 11/02/2020 - Edição: 29, Seção: 1, página: 57. [Internet]. [citado 5 de fevereiro de 2021].

Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>

5. Kleba ME, Duarte TF, Romanini A, Cigognini DC, Althaus IR. Estimativa rápida participativa como ferramenta de diagnóstico na Estratégia Saúde da Família. Rev Grifos. [internet]. Ago 2015 [Acesso em 5 fev 2021];24(38/39):159–78.
6. Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Distrito Federal (SES-GDF). Plano Distrital de Saúde 2020-2023. [internet]. Set 2019 [Acesso em 5 fev 2021]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/PDS-2020-2023-arquivo-para-consulta-p%c3%bablica.pdf>
7. Antunes LA, Oliveira Filho IT, Colares M, Guimarães PDG, Peixoto LM, Lemos JRM, et al. Planejamento participativo: ferramenta de sucesso na parceria entre PSF, comunidade e prefeitura. Rev Unimontes Científica. [internet]. 2009 [Acesso em 12 fev 2021];11(1/2):60–7.
8. Governo do Distrito Federal (GDF). Companhia de planejamento do Distrito Federal. Nota Técnica. Projeções populacionais para as regiões administrativas do Distrito Federal. [internet]. Mai 2019 [Acesso em 5 fev 2021]. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/NT-Proje%C3%A7%C3%B5es-Populacionais-para-as-Regi%C3%B5es-Administrativas-do-Distrito-Federal.pdf>
9. Arruda DR, Lima SJ, Borin ECP. Planejamento e transformação social: limites e possibilidades de implementação de uma gestão participativa no município Queimadas/Paraíba, Brasil. Rev Espacios. [internet]. Mar 2017[Acesso em 12 fev 2021];38(34):9.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de sua implantação. Disponível em <https://www.in.gov.br/asset/publisher/content> >...
11. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev bras enferm. [internet]. Sep 2013 [Acesso em 12 Mai 2021];66(spe):158-164.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 13 Nov 2019.
13. Basso MB, Nunes NB, Corrêa LBC, Vieira CN, Vilarinho JLPS, Pucca JGA, et al. The construction of the oral health care network in the Federal District, Brazil. Ciênc Amp Saúde Coletiva. [internet]. Jun 2019 [Acesso em 12 Mai 2021];24(6):2155–65.