

MIRIAM FRANCISCO DE SOUZA

**A GESTÃO DO CUIDADO ODONTOLÓGICO NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA NO CENTRO DE SAÚDE GOIÂNIA – BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte - Minas Gerais

2010

MIRIAM FRANCISCO DE SOUZA

**A GESTÃO DO CUIDADO ODONTOLÓGICO NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA NO CENTRO DE SAÚDE GOIÂNIA – BELO HORIZONTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Dra. Simone Dutra Lucas

Belo Horizonte – MG

2010

MIRIAM FRANCISCO DE SOUZA

**A GESTÃO DO CUIDADO ODONTOLÓGICO NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA NO CENTRO DE SAÚDE GOIÂNIA – BELO HORIZONTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Dra. Simone Dutra Lucas

Banca Examinadora:

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

Aos meus filhos, que me fortalecem no meu caminhar.

AGRADECIMENTOS

A Deus por toda força e sabedoria recebida.

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde de Ibitaré por ter possibilitado o meu ingresso no curso, em especial a Maysa e Sônia pelo esforço e dedicação.

Aos meus tutores e colegas do CEABSF por toda troca e contribuição.

A Dra Simone pela paciência, incentivo e ensino.

Aos meus colegas de equipe pela vivência e partilha.

RESUMO

Com a inclusão da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, novas atribuições são incorporadas ao processo de trabalho do profissional de saúde bucal, entre elas, o gerenciamento do cuidado. Este “novo saber” em saúde bucal exige o desenvolvimento de novas habilidades por parte do Cirurgião Dentista na organização da atenção, visto que até então seu trabalho esteve centrado, em sua maior parte, na doença, privilegiando atividades individuais, curativas e tecnicistas, sem interação com outros profissionais. **OBJETIVO:** analisar como a Equipe de Saúde Bucal organiza e gerencia o processo de trabalho, na articulação das ações de promoção de saúde, na prevenção de agravos, nas atividades coletivas e no atendimento clínico individual, bem como descrever a gestão do cuidado odontológico no Centro de Saúde Goiânia, localizado no Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte/MG. **METODOLOGIA:** foi feita uma revisão na literatura nas bases de dados Scielo e Lilacs, no período de 2004 a 2009, utilizando-se das palavras chaves: odontologia, saúde da família e processo de trabalho. O preenchimento coletivo de um questionário de avaliação e discussão entre profissionais de saúde Bucal, gerência da UBS, técnicos da Gerência da Assistência à Saúde (GEAS)/Coordenação de Saúde Bucal e da Gerência Regional de Assistência à Saúde (GERASA) foram as ferramentas utilizadas na descrição do processo de trabalho no centro de saúde. Essa reflexão coletiva permitiu a evidenciação dos pontos mais ou menos favoráveis, destacando ações/serviços que precisam ser melhorados ou que necessitem receber apoio para uma melhor programação. **RESULTADOS:** Os resultados demonstram que, de forma geral, as ações individuais, curativistas e pouco resolutivas ainda predominam, e as mudanças e crescimento nesse “novo agir” acontecem de modo incipiente. Os profissionais do Centro de Saúde Goiânia começam a desenvolver melhor a questão do acolhimento/acesso, e, de modo menos favorável encontram-se a integração com a ESF/gestão participativa e o controle social. Há necessidade de envolvimento de todos os atores desse processo, utilizando-se do conhecimento, do aprimoramento do processo de trabalho e de uma rede integrada de saúde na gestão do cuidado.

Palavras-chave: odontologia, saúde da família e processo de trabalho.

THE MANAGEMENT OF DENTAL CARE IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM IN GOIÂNIA HEALTH CENTER – BELO HORIZONTE

ABSTRACT

With the inclusion of Oral Health in Family Health Strategy, new assignments are incorporated into the work process of the dental health professional and among them, the care management. This "new knowledge" in oral health requires the development of new skills by the dentist in the organization of the attention, since until then, his work was focused for the most part in the disease, favoring individual, curative and technical activities, without interaction with other professionals. **OBJECTIVE:** analyze how the Oral Health Team organizes and manages the work process, in the articulation of health promotion actions, in the prevention of grievances, in the collective activities and in the individual clinical care, as well as to describe the management of dental care in Goiânia Health Center, located in the Northeast Health District of Belo Horizonte/MG. **METHODOLOGY:** a literature review was made in Scielo and Lilacs databases, between the years of 2004 and 2009, using the keywords: dentistry, family health and work process. The filling of an evaluation questionnaire and a discussion between dental health professionals, managers of *UBS*, technicians of the Management of Health Care (*GEAS*)/Coordination of Oral Health and the Regional Management of Health Care (*GERASA*) were the instruments used in the work process description in the health center. This collective reflection allowed evidence of the more or less favorable points, highlighting actions/services that need to be improved or that need to receive support for better programming. **RESULTS:** The results show that, overall, the individual actions, curative and less resolute, still predominate, and the changes and growth in this "new act" happens incipiently. The professionals of Goiânia Health Center begin to better develop the issue of user embracement /access, and in a less favorable way, the integration with the ESF/participative management and social control. There is a need for the involvement of all actors in this process, using the knowledge and the improvement of the work process and also an integrated network of health care management.

Keywords: Dentistry, Family Health a and work process.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1. A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE GOIÂNIA	10
2. OBJETIVOS	11
2.1. OBJETIVO GERAL.....	11
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
3. METODOLOGIA.....	12
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
5. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE	16
5.1. O CUIDADO EM SAÚDE BUCAL NO SUS-BH.....	17
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXO A	26

1 INTRODUÇÃO

A gerência do cuidado emerge como uma tendência para modificar o processo de trabalho em saúde, partindo do trabalho individual para um trabalho transdisciplinar, reafirmando a necessidade de autonomia, vinculação, co-responsabilização que equipes de profissionais devem assumir para promoverem a saúde. Como atribuições, a participação do processo de territorialização, mapeamento da área de atuação, identificação dos grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos antecedem o planejamento das ações de saúde. Planejar para garantir a integralidade da atenção, por meio da realização de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, atendimento à demanda espontânea, controle das doenças bucais e encaminhamentos a outros níveis de atenção.

Com a inclusão da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, novas atribuições são incorporadas ao processo de trabalho do profissional de saúde bucal, entre elas, o gerenciamento do cuidado. Os locais para o cuidado odontológico devem ultrapassar os limites da Unidade Básica de Saúde (UBS), incluindo ações no domicílio e nos demais espaços comunitários, estabelecendo o vínculo, através de um atendimento humanizado, com uma escuta qualificada. (PALMIER *et al.* 2008).

Existem conflitos entre o que se espera como atenção em saúde e o que se realiza como prática assistencial trazida historicamente (PALU, 2004). Este “novo saber” em saúde bucal exige o desenvolvimento de novas habilidades por parte do Cirurgião Dentista (CD) na organização da atenção, visto que até então seu trabalho esteve centrado, em sua maior parte, na doença, privilegiando atividades individuais, curativas e tecnicistas, sem interação com outros profissionais. Estabelecer objetivos, programar e aplicar ações, trabalhar em equipe de forma a viabilizar respostas aos problemas identificados, são práticas pouco familiares aos profissionais da Saúde Bucal (TEIXEIRA, 2006). Segundo Faria *et al.* (2008), a organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de uma equipe de atenção básica, constituem um dos eixos da reordenação da atenção de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe questionar o quanto esses profissionais estão conscientes desse papel, se assim o fazem e querem, ou mesmo se foram capacitados e motivados para tal. Segundo Souza (2007), a mudança do processo de trabalho, parece ser um dos grandes desafios para a Equipe Saúde da Família (ESF) e a Equipe Saúde Bucal (ESB) no PSF e considera que grande parte das equipes não avançou na incorporação de novas práticas.

Segundo Aurélio (2001), cuidado significa atenção, cautela, desvelo, zelo. Já Sacconi (1996), complementa com precaução, interesse, incumbência, responsabilidade.

Para Boff (2001), citado por Werneck (2009), “cuidar das pessoas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele”.

“o cuidado implica na compreensão do ser humano nos seus direitos, na sua especificidade, na sua integralidade. Orientar-se pelo cuidado é romper com a lógica de formação excessivamente baseada na hegemonia biomédica, no autoritarismo das relações, no poder construído a partir de um saber que silenciam outros e “coisifica” os sujeitos”. Palu (2004)

Nesta concepção, o profissional de saúde bucal é sujeito de uma relação acolhedora, combinada com diversos saberes e aprimoramento dos métodos e instrumentos utilizados, na busca da integralidade da atenção à saúde.

Merhy (1999), citado por Araújo e Dimeistein (2006), ressalta que uma melhor combinação possível entre a eficiência das ações e os resultados centrados no usuário, entendendo aqui como um aumento do cuidado em saúde, promove a cura, a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva.

Durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), à medida que novos conceitos foram introduzidos na nossa prática, percebi a minha dificuldade e da equipe em estabelecer a gestão do plano de ação proposto. Isto, principalmente, em virtude da dificuldade de organizar a demanda, caracterizando um desafio manter a racionalidade e a praticidade do atendimento a grupos priorizados sem, no entanto, comprometer a universalidade e, além disso, manter as características de um sistema eficaz e resolutivo. Gerenciar o cuidado exige organização do profissional, o seu conhecimento teórico, até mesmo a sua disposição e vontade de querer fazer, passando, obviamente, por outros fatores essenciais, como a estrutura do serviço e condições adequadas de trabalho, a capacitação e integração da equipe. O “querer fazer” e autonomia são qualidades importantíssimas para a mudança do processo de trabalho, contudo na prática, a própria pressão exercida pela demanda reprimida impede o desenvolvimento das ações planejadas e avaliação dos resultados. Na verdade, o serviço insiste em manter práticas tecnicistas e tradicionais ou busca conhecer e implementar novas práticas? Essa discussão visa entender as implicações e mudanças desse novo agir.

1.1 A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE GOIÂNIA

Criado em 1976, o Bairro Goiânia, na Região Nordeste de Belo Horizonte, teve início com o loteamento de áreas rurais do Povoado de Gorduras. Pertencentes a pequenos proprietários que não tinham muitos incentivos para investir na produção, aos poucos esses espaços se transformaram em subúrbios da capital, necessários para absorver a população crescente da cidade.

Foi no ritmo da expansão urbana de Belo Horizonte que o Goiânia surgiu. Para abrigar a população, a Prefeitura adquiriu uma parte das terras da Região Nordeste e investiu na construção de conjuntos habitacionais para abrigar a população. Mas o progresso não significou desenvolvimento imediato. Durante um bom período os moradores tiveram de conviver com a falta de infra-estrutura: havia poucas residências, o comércio era fraco, não havia rede de esgoto nem asfalto.

Atualmente, o bairro apresenta uma infra-estrutura melhor, com mais de 90% dos domicílios com redes oficiais de água, esgoto e energia elétrica. Possui, ainda, quatro escolas públicas, duas associações comunitárias, igrejas (católica, evangélica e espírita), além de projetos como o Arte Favela e a VIVA (organização não-governamental). Contudo, a região apresenta situações vividas nos grandes centros, como aglomerados e vilas, a violência urbana, o tráfico de drogas, entre outros.

De acordo com o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), o bairro possui áreas de médio, elevado e muito elevado risco e sua população é de 17930 habitantes (IBGE-2000).

O bairro conta com o Centro de Saúde Goiânia, localizado na microrregião V do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte/MG, hoje com seis equipes de saúde da família e duas equipes de saúde bucal. Desde dezembro de 2009, este centro de saúde funciona em prédio novo, com infraestrutura mais adequada, principalmente em relação à situação anterior, na qual as equipes se dividiam em dois prédios. No entanto, devido ao número elevado da população, do número crescente de funcionários e atividades desenvolvidas, esse espaço não é suficiente e já existe uma proposta de redivisão, com a criação de duas unidades de saúde distintas, cada uma com três equipes saúde da família.

2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar como a Equipe de Saúde Bucal organiza e gerencia o processo de trabalho, na articulação das ações de promoção de saúde, na prevenção de agravos, nas atividades coletivas e no atendimento clínico individual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Buscar na literatura informações sobre mudanças no processo de trabalho a partir da inserção das ESB no PSF;
- b) Identificar as principais práticas realizadas pelos profissionais de saúde bucal no PSF;
- c) Compreender as formas de gestão do cuidado;
- d) Descrever a gestão do cuidado odontológico no Centro de Saúde Goiânia, localizado no Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte/MG.

3 METODOLOGIA

Revisão da literatura sobre as práticas odontológicas desenvolvidas a partir da incorporação das Equipes de Saúde Bucal nos serviços de saúde do SUS, nas bases de dados Lilacs, Scielo, no período de 2004 a 2009, utilizando as palavras chave: saúde da família, odontologia e processo de trabalho.

Análise descritiva sobre a gestão do cuidado odontológico em uma unidade básica de saúde, localizada no Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte/MG, a partir dos dados de monitoramento local do processo de trabalho em Saúde Bucal, realizado em Abril/2010. Este teve como objetivo avaliar os avanços organizacionais e assistenciais na Saúde Bucal, com o preenchimento coletivo de um questionário de avaliação (anexo A) e discussão entre profissionais de saúde Bucal (CD, TSB e ASB), gerência da UBS, técnicos da Gerência da Assistência à Saúde (GEAS)/Coordenação de Saúde Bucal e da Gerência Regional de Assistência à Saúde GERASA).

A equipe de Saúde Bucal recebeu antecipadamente o questionário citado, com o propósito de que o mesmo fosse respondido junto com a gerência da UBS. Posteriormente em uma reunião agendada, avaliaram-se o cuidado em saúde bucal na unidade, de forma coletiva (ESB, Gerente e, GEAS e GERASA) e reflexiva, evidenciando os pontos mais ou menos favoráveis, destacando ações/serviços que precisam ser melhorados ou que necessitem receber apoio para uma melhor programação.

Essa reunião de análise do processo de trabalho na UBS não contou com a participação das ASB, pois as mesmas participaram da paralização dos servidores da SMSA/BH, ocorrida na mesma data.

Os temas abordados foram:

- a) Acolhimento/acesso;
- b) Planejamento/organização de agendas;
- c) Integração com ESF/gestão participativa;
- d) Atendimento clínico;
- e) Ações coletivas/promoção de saúde;
- f) Controle social;
- g) Organização técnica/administrativa;
- h) Educação permanente.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Constituição Federal de 1988, e por meio dos seus princípios norteadores: universalidade, integralidade e equidade, a saúde passa a ser considerada no seu conceito ampliado. De um modelo centrado na doença, baseado na hegemonia médica e hospitalocêntrica, a atenção à saúde evolui com a incorporação de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (PALÚ, 2004; BARBOSA, 2007; ROCHA & ARAUJO, 2009).

Para efetivação desse novo modelo, tornou-se necessário o fortalecimento da Atenção Básica (AB), entendida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situados no primeiro nível de atenção do Sistema de Saúde” (BRASIL, 2006). Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família, adotada em 1994 em nível nacional, apresenta-se como eixo estruturador da AB, com base numa mudança do processo de trabalho quanto no conhecimento da realidade sócio-cultural de uma população adscrita (BRASIL, 2006; PEREIRA et al., 2009).

A Saúde Bucal (SB) passa a fazer parte do Programa Saúde da Família (PSF) a partir da Portaria GM/MS 1444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelecia incentivo financeiro para reorganização da atenção, diante da necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de saúde bucal, bem como da necessidade de melhorar os índices epidemiológicos das mesmas.

A Odontologia tem papel fundamental na qualidade de vida da população e para uma prática efetiva em saúde bucal coletiva é preciso uma (re) construção do processo de trabalho, estruturando-o nos princípios básicos norteadores do Sistema Único de Saúde (Minas Gerais – 2007).

O Ministério da Saúde (MS), através do documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, publicado em 2004, estabelece a saúde bucal como um direito básico acessível a todos os cidadãos (ROCHA & ARAÚJO, 2009), tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, assim como a humanização do processo de trabalho, a co-responsabilização dos serviços e o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, como aos vários ciclos e condições de vida (BRASIL, 2006).

Nesse processo de reorganização do cuidado em saúde bucal, alguns fatores como a falta de profissionais capacitados e comprometidos com a saúde coletiva e a própria forma de seleção dos CD, baseada em relações políticas e sociais, traduzem na permanência das práticas tradicionais e fragmentadas. Importante lembrar que a gestão dos serviços depende,

também, de outros atores, o gestor e usuários, que necessitam de habilidades para avaliar as dificuldades encontradas e prover meios para garantia da integralidade da atenção (PALÚ, 2004; CERICATO et al., 2007; SHIMIZU & ROSALES, 2009).

Entende-se a importância do planejamento para exercer mudanças efetivas na atenção à saúde. Para tal, conhecer a realidade local é o primeiro passo para elaborar programas mais resolutivos. Embora estudos demonstrem que a maioria dos municípios ainda planeja sem instrumentos epidemiológicos e, mesmo quando o fazem, esse conhecimento não é aplicado pelos dentistas nas ações locais (SOUZA & RONCALLI, 2007; ALMEIDA & FERREIRA, 2008). Em Minas, no ano de 2004, apenas 11% dos dentistas usavam dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) para planejar suas ações, enquanto em 136 municípios do Paraná (2006), 33% dos dentistas aproveitavam esses dados (BALDANI, 2006; LOURENÇO et al., 2009).

Em estudo realizado por Palú (2004), as novas atribuições incorporadas não estão sendo realizadas na sua integralidade, visto que os profissionais, algumas vezes, continuam com o olhar voltado para a doença e não para o indivíduo. As ações coletivas não são exercidas na sua plenitude, que pode ser pelo despreparo dos profissionais, pela falta de recursos educativos, ou mesmo pela demanda excessiva da atenção clínica. Cita a dificuldade de garantir a integralidade do cuidado devido à deficiência da atenção secundária.

As ações coletivas não são realizadas da maneira que deveriam e, como citado por vários autores, restringe-se em palestras tradicionais para escolares e grupos na UBS, aplicação de flúor e escovação supervisionada. As justificativas para tal vão desde a falta de tempo, em decorrência da grande demanda para atendimento clínico, falta de material educativo, até a preferência e exigência da comunidade pelo atendimento curativo. São desenvolvidas na maioria das vezes pelo CD e TSB, sem critérios e avaliações, de forma acrítica (SOUZA & RONCALLI, 2007). Palú (2004) comenta a pouca atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas ações coletivas, possivelmente pelo acúmulo de atividades, desmotivação e o despreparo no que se refere educação em saúde bucal.

Na expectativa de estabelecer uma nova forma de atenção em saúde, o acolhimento é um dispositivo importante na organização da demanda, de acordo com as necessidades e prioridades. Santos et al. (2007) revela as relações conflituosas e tensas no acolhimento principalmente pela baixa resolubilidade no atendimento às necessidades demandadas. Rocha & Araujo (2009) relata que 93,10% dos entrevistados têm a família como núcleo central de abordagem, enquanto em estudos como o de Cericato et al (2007) o atendimento é

exclusivamente por demanda, curativo e individual. Isso demonstra que falta um preparo adequado do profissional, e ademais de um entendimento maior sobre o sentido do acolher.

De forma geral, as ESB trabalham segundo critério de vulnerabilidade e risco a que a população está exposta, outras com grupos específicos institucionalizados ou não. Todos atendem a demanda espontânea. Barbosa et al, 2007 descrevem que na maioria dos casos as equipes valorizam os agendamentos de grupos ou faixa etária.

As Visitas Domiciliares (VD) constituem uma nova forma de abordagem para o CD, facilitam o acesso aos serviços de saúde. Contudo, ainda é praticada de forma incipiente e não sistematizada, como descrito nos estudos realizados nos estados de MG e RN (BARBOSA et al, 2007; LOURENÇO et al., 2009). Percebe-se que as VD são realizadas em função de alguma demanda e não como dispositivo de organizar a atenção à saúde bucal.

A co-responsabilização dos profissionais de saúde é indispensável no estabelecimento de novas práticas e saberes para melhoria da atenção à saúde bucal. Para muitos autores a introdução tardia das ESB no PSF representa um fator dificultador no trabalho em equipe (CERICATO et al., 2007; LOURENÇO et al., 2009), associada a fatores como: formação altamente tecnicista e individualista dos profissionais de saúde bucal, a demanda excessiva, dificuldades de relacionamento, rotatividade de profissionais e o próprio desconhecimento do papel que precisam desempenhar (PALÚ, 2004; LOURENÇO et al., 2009; ROCHA & ARAÚJO, 2009).

Em estudo realizado por Rocha & Araújo (2009), o trabalho em equipe (ESB e ESF) mostrou-se satisfatório, apesar de não ser possível mostrar se as relações estabelecidas são efetivas. Apenas verificou-se um trabalho multidisciplinar, diferentemente da interdisciplinaridade necessária. Santos & Assis (2006) afirmam que embora o espaço de trabalho seja compartilhado, a prática permanece centrada no núcleo de saber de cada profissional.

Enfim, pouco se avançou em mudanças no processo de trabalho. A garantia do acesso ao serviço, o acolhimento mais humanizado são certezas em alguns municípios e ESB (BARBOSA et al, 2007; LOURENÇO et al., 2009; NASCIMENTO et al., 2009). Em estudo realizado por Pereira et al. (2009), o impacto em saúde bucal só é significativo em áreas descobertas ou quando cobertas por unidades sem PSF ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e conclui que a ausência de ESB nas UBS não afeta o acesso à assistência odontológica. Para o autor, a base dessa conclusão está na falta de mudanças e na manutenção de estratégias tradicionais, como a abordagem sem base epidemiológica.

5 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

A Estratégia Saúde da Família no SUS-BH aponta para expectativa de reorganização da assistência à saúde a partir da atenção básica, mediante mudanças do processo de trabalho, com a incorporação de novos saberes e tecnologias, que visem à efetivação dos princípios norteadores do SUS. É considerada a porta de entrada para a população adscrita, e estabelece como diretrizes, entre outros, a responsabilização, a vinculação, o atendimento integral e a coordenação do cuidado. (BELO HORIZONTE, 2006)

Sua implantação inicia no ano de 2002, contando hoje com 539 ESF e 236 ESB, distribuídas em 145 Unidades Básicas de Saúde, representando 75% de cobertura. Conta com 58 Equipes de Saúde Mental, 48 pólos de NASF, 24 Academias da Cidade e terapia do Lian Gong em 160 centros de saúde. Embora se tenha alcançado muitos avanços, as ESF têm enfrentado muitas dificuldades em decorrência da grande demanda, do excesso de trabalho e da dificuldade em negociar com a população que ainda espera um atendimento imediato, em detrimento das atividades programadas e de prevenção.

Após estudos e reflexões, nota-se a diversidade de intervenções, geradas pelos diferentes modos de incorporação da Estratégia Saúde da Família pelos Centros de Saúde (CS) e ESF, aliada à falta de clareza da missão da Atenção Básica no município e nos CS. (BELO HORIZONTE, 2006)

A partir disso percebem-se as dificuldades para organização dos serviços, como:

- a) A fragmentação do processo de trabalho;
- b) Equipes trabalhando de forma isolada e não integrada;
- c) Os métodos de planejamento são escassos;
- d) O uso das informações disponíveis é ainda insuficiente;
- e) Não são utilizados instrumentos de gestão, em nível local;
- f) Área física muitas vezes inadequada.

5.1 O CUIDADO EM SAÚDE BUCAL NO SUS-BH (PROTOCOLO PARA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL – JUNHO 2006)

A proposta de cuidado em Saúde Bucal no SUS-BH, segundo protocolo de Atenção à Saúde Bucal, tem como objetivo a ampliação gradativa do acesso aos serviços, justificada pelos altos índices de necessidades acumuladas e da ineficiente cobertura dos mesmos. Por isso, reafirma-se a priorização dos quadros agudos, garantindo assim a responsabilização e vínculo.

Para reversão dessa situação a política proposta visa à melhoria da função mastigatória, por meio de restaurações de ionômero de vidro reforçado, bem como a recuperação estética, mediante restaurações diretas e/ou próteses totais ou parciais acrílicas removíveis. A metodologia firma-se no acesso universal, no controle das doenças bucais (conduta padrão) e na agilização da cobertura da população por meio da diminuição do número de consultas por indivíduo.

São considerados procedimentos padrão: restauração permanente com cimento de ionômero de vidro reforçado, baseada no Tratamento Restaurador Atraumático (ART); exodontia, pulpotomia e outras terapias pulpares; tartarectomia e polimento, raspagem subgengival; ações coletivas de fluoterapia e orientação para autocuidado.

Os critérios para a codificação do levantamento de necessidades em Saúde Bucal são:

Código 0 – não apresenta dente permanente e/ou temporário com cavidade. Não necessita de restauração ou extração;

Código 1 – Apresenta até 03 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração;

Código 2 – Apresenta de 04 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração;

Código 3 - Apresenta mais de 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes 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 o maior problema.

Essa codificação é utilizada em todos os espaços de intervenção eleitos, como forma de identificar a polarização da doença e os indivíduos/grupos com maior necessidade. Como exemplos têm a abordagem aos beneficiários do Programa Bolsa Família do governo federal e

estabelecimento do Evento Sentinela, classificado como aquela criança menor de seis anos que apresenta mais de oito dentes com lesões cariosas cavitadas.

O conhecimento dessas necessidades é utilizado como subsídio para o planejamento da atenção programada, priorizando o atendimento clínico daqueles que apresentem uma maior necessidade. O gerenciamento da agenda é fundamental para atender a demanda de forma equânime, com distribuição adequada das ações coletivas e individuais. O protocolo orienta que 20% do horário de atendimento do CD fiquem destinados às ações coletivas e reuniões, e a outra parte ao atendimento clínico com espaços definidos para usuários e grupos priorizados. A urgência deverá ser priorizada e atendida no momento que ocorrer.

O agendamento programado pode ser distribuído da seguinte maneira:

- a) 70% atendimento código 2, 3, 4 e 5;
- b) 20% atendimento código 0 e 1;
- c) 10% encaminhamentos de outras áreas da assistência.

As ações coletivas devem estar inseridas na prática diária das equipes, valorizando o auto cuidado, com práticas educativas voltadas aos grupos operativos na UBS, às instituições de convívio coletivo e nas visitas domiciliares. A ESB deve introduzir a escovação prévia ao atendimento clínico sempre que possível, privilegiando o escovódromo como espaço de educação em saúde aos usuários e grupos.

O profissional de saúde bucal realiza o trabalho de gestão do cuidado nas instituições de convívio coletivo, uma vez que, inicialmente, capacita os cuidadores para o desenvolvimento das ações de auto cuidado e monitora todo o processo. O mesmo deve acontecer no incentivo e na capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para passarem orientações para as famílias.

A Equipe de Saúde Bucal deve trabalhar de forma integrada, valorizando os diferentes saberes e práticas no planejamento, execução e avaliação das ações. A relação com a ESF centra-se na integralidade da atenção, na co-responsabilização, no vínculo e na assistência voltada ao usuário.

Para a SMSA/BH o trabalho da Técnica em Saúde Bucal (TSB) é visto com importância no controle das doenças bucais e na ampliação do acesso.

Outro pilar da política de saúde bucal da SMSA/BH é a estruturação e implantação progressiva da oferta de próteses totais e parciais acrílicas removíveis para os indivíduos que delas necessitarem.

Para as ações de promoção espera-se uma intensificação das ações gerenciais do serviço por meio de:

- a) Planejamento da distribuição de escovas e cremes dentais para os beneficiários do Programa Bolsa Família;
- b) Parcerias com instituições de convívio coletivo;
- c) Organizações de ações individuais e coletivas;
- d) Consolidação do sistema de manutenção preventivo-corretiva dos equipamentos;
- e) Organização de clínicas de atenção básica nas universidades;
- f) Continuidade do credenciamento de ESB, enfatizando a importância da TSB no controle da incidência das doenças bucais e na ampliação do acesso dos serviços.

Em relação à Educação Permanente, no primeiro semestre de 2005, inicia-se o Projeto Telesaúde, enfatizando a educação à distância com videoconferências, direcionada aos profissionais da saúde bucal da rede municipal. Nesse processo, acrescentaram-se encontros presenciais com exposição dialogada, a disponibilização de textos científicos na biblioteca virtual da SMSA/BH, bem como a criação de espaços de discussão com os gerentes locais, com a finalidade de aperfeiçoar o processo de trabalho. A base para essa discussão foi o “Projeto Global de Saúde Bucal”, documento aprovado no plenário do Conselho Municipal de Saúde, em 13 de julho de 2006, descreve as diretrizes assistenciais de saúde bucal para o município de Belo Horizonte. (disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudebucal/telesaudebucalnaatencao.pdf> - acesso 16/08/10)

Em 2009, a coordenação de Saúde Bucal inicia um processo de avaliação e monitoramento em saúde bucal com a finalidade de mapear a necessidade de apoio ao processo de trabalho em cada equipe, tomando como referência as diretrizes da atenção básica, e avaliação dos avanços organizacionais e assistenciais. Propõe a discussão coletiva em cada UBS, com a participação dos profissionais de saúde bucal, gerência da unidade e de técnicos da Gerência da Assistência à Saúde (GEAS)/Coordenação de Saúde Bucal e da Gerência Regional de Assistência à Saúde (GERASA). O instrumento utilizado é o Roteiro de Monitoramento Local do Processo de Trabalho em Saúde Bucal (anexo A), cuja síntese é representada graficamente, demonstrando a situação vivenciada, numa escala de menos a mais favorável.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a revisão realizada na literatura e exposição do processo de trabalho pretendido pela SMSA/BH, a proposta é de uma análise descritiva do processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal do Centro de Saúde Goiânia. Esta é constituída de duas ESB – Modalidade I (um CD e um ASB) – e uma ASB de apoio, cabendo a cada equipe referenciar três Equipes Saúde da Família. Isso, muito recentemente, pois até Julho/2010 existiam apenas cinco ESF e a proporção era de ESB/2,5 ESF, o que dificultava o planejamento das ações direcionadas a população adscrita.

Em termos de infra-estrutura as equipes possuem um espaço físico adequado, com sala de atendimento clínico adaptada para receber três ESB, escovódromo anexo com duas pias para adulto e duas infantis, equipamentos odontológicos novos e materiais de consumo suficientes. Apenas o instrumental clínico e as escovas dentais não estão numa proporção adequada ao atendimento da demanda em determinados momentos de aumento da demanda espontânea. Para o atendimento de grupos operativos e realização de palestras, a UBS possui uma sala de reunião específica.

O diagnóstico situacional, essencial para conhecer a realidade local da população adscrita e fomentar a organização das ações, ainda não se tornou instrumento sistemático de trabalho da ESB do CS Goiânia. Esta é uma situação vivida por um grande número de equipes e municípios, principalmente quando se considera a falta de compartilhamento da comunidade nessa prática. Esse fato determina ações fragmentadas e pouco resolutivas. (SOUZA & RONCALLI, 2007)

Consequentemente, acolher essa comunidade com índices elevados de necessidade, sem um planejamento adequado gera os conflitos enfrentados pela equipe. A pressão dessa demanda reprimida, a preferência da população pelo atendimento clínico, a falta de organização do serviço e a diferença na proporção ESB/ESF, de acordo com o estudo feito, resulta na manutenção de práticas curativas e tecnicistas.

Diariamente ocorre o acolhimento dessa demanda espontânea na tentativa de reverter esse quadro e melhorar a relação equipe/usuário e o acesso ao serviço. Paralelamente, a equipe prioriza os grupos organizados por problemas/demandas, como as gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos. Contudo, evidenciou-se através do monitoramento realizado pela equipe de técnicos da GEAS e GERASA, a prevalência do agendamento dos usuários sem critérios de risco, ou seja, sem programação. Mesmo classificando essa demanda, segundo a codificação vigente, o agendamento é aleatório.

Para sistematizar o acolhimento odontológico e a organização da agenda, algumas propostas foram levantadas: criar fluxograma do atendimento odontológico na UBS; estudar ações para facilitar o acesso de indivíduos e/ou grupos mais vulneráveis, como os beneficiários do Programa Bolsa Família; reservar um número de primeiras consultas por dia para demanda programada.

Envolver os outros profissionais da equipe de saúde é um grande desafio para ESB. A participação nas reuniões das ESF está cada vez mais constante e programada, embora o planejamento das ações de saúde continue sem a interação efetiva dos vários atores envolvidos. A discussão de casos específicos e encaminhamentos de demandas são os principais produtos gerados.

A participação em grupos programados na unidade consiste apenas em compartilhar o momento de educação em saúde, sem um planejamento prévio e conjunto. Os temas discutidos são baseados apenas no conhecimento técnico de cada categoria. A interdisciplinaridade esperada, de acordo com as diretrizes da Atenção Básica precisa ser discutida e ampliada na rotina das equipes. O atendimento odontológico de 100% das gestantes, previsto no protocolo da mulher, esbarra na falta de informação e comunicação entre equipes. Da mesma forma acontece no atendimento dos portadores de doenças crônicas, hipertensos e diabéticos.

Ainda no que refere à gestão participativa, a ESB sempre fez parte do Colegiado Gestor Local. Contudo, em relação ao controle social, não há representatividade na Comissão Local de Saúde e a equipe ainda não apresentou pauta nas reuniões dessa comissão. A comunidade não participa da definição e avaliação das ações de Saúde Bucal.

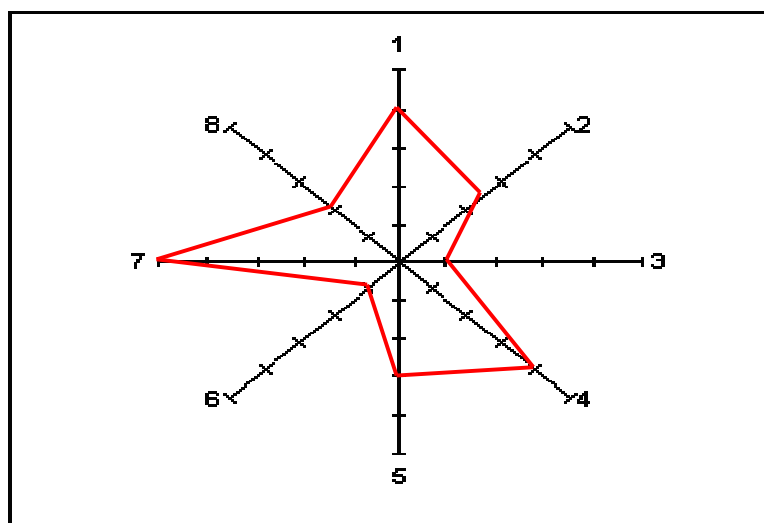
A estratégia utilizada no atendimento individual é o controle das doenças bucais, preconizado no protocolo de Atenção à Saúde Bucal de Belo Horizonte, com a finalidade de ampliar o acesso e a cobertura da população. A implantação rotineira da escovação prévia ao atendimento clínico não está adequadamente estabelecida, muitas vezes por falta de atenção dos profissionais de saúde bucal e, também, devido ao número insuficiente de escovas dentais. Esse espaço poderia ser mais bem aproveitado pelas auxiliares de saúde bucal para orientações de saúde, desprendendo-as da tendência de realizar apenas as ações convencionais, como a instrumentação e desinfecção de materiais e superfícies.

As ações coletivas na comunidade são realizadas precariamente. Não há programação efetiva nem mesmo espaço adequado na agenda. A capacitação de cuidadores e o gerenciamento dessas ações não são satisfatórios.

A necessidade de uma visão crítica do processo de trabalho da ESB do Centro de Saúde Goiânia é percebida pelos seus membros e pela gerente local, muito embora pouco se

tenha feito para transformar essa realidade. Não por falta de “querer fazer” da maneira adequada, todavia pela falta de uma melhor condução dos diálogos, de estudo e avaliação do trabalho em equipe. Não são realizadas, de forma sistematizada, reuniões periódicas para discussão e pactuação de metas e, a participação das auxiliares no processo de capacitação proporcionado pelas videoconferências não é suficiente.

A seguir a síntese da avaliação, representada graficamente:



TEMAS ABORDADOS

1. Acolhimento / Acesso
2. Planejamento / Organização de agendas
3. Integração com ESF / Gestão participativa
4. Atendimento clínico
5. Ações coletivas / Promoção da Saúde
6. Controle Social
7. Organização técnica administrativa
8. Educação permanente

LEGENDA

- 0-Situação menos favorável
- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-Situação mais favorável

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como resposta a pergunta feita inicialmente – o serviço insiste em manter práticas tecnicistas e tradicionais ou busca conhecer e implementar novas práticas? – fica evidente que mudanças no processo de trabalho em saúde bucal ocorreram, muito embora, mesmo com todo crescimento, ainda é preciso caminhar no conhecer, no “querer fazer” e no “saber fazer”. Sobretudo no “saber fazer juntos”, de forma integrada e interdisciplinar.

Considerando o aspecto da gestão dos serviços de saúde, algumas questões são relevantes e necessitam de um olhar criterioso. Aqui descritas como essenciais à qualidade da atenção em Saúde Bucal, entre elas, o envolvimento dos diversos atores (gestor, usuário e profissional), a capacitação e seleção adequada dos profissionais, efetivação de uma política de educação Permanente, o redimensionamento do número de ESB/ESF, estrutura física adequada e uma rede de saúde que possibilite a continuidade do cuidado nos outros níveis.

O apropriar-se do gerenciamento do cuidado pelo profissional de saúde bucal, ao longo desses anos, cresce na medida em que o mesmo agrega os vários saberes desse processo. De uma condição de desempenhar ações individuais e curativistas no PSF, inicia com ações planejadas, incorporando novos conceitos e posturas, mesmo que de forma incipiente. A mudança do objeto de trabalho, da doença para o indivíduo, e a incorporação de novos espaços de intervenção vem proporcionando a realização de ações coletivas e de promoção de saúde.

A educação permanente merece atenção especial, uma vez que muitos dos profissionais da saúde bucal começaram o seu trabalho no PSF sem uma capacitação prévia, vindos de uma graduação totalmente voltada para a atenção curativa e para o serviço privado. Aliado a essa questão temos outra discussão importante e pertinente: o perfil do profissional para uma ESB.

Palú (2004) entende a inserção da Saúde Bucal no PSF como um processo contínuo, portanto em construção. Assim, cabe a todos os envolvidos, através de uma postura acolhedora, utilizando-se do conhecimento, do aprimoramento do processo de trabalho e de uma rede integrada de saúde, contribuir para gestão do cuidado. E como disse Boff (2001), cuidar é afinar-se com o outro.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA GCM, FERREIRA MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Caderno Saúde Pública**, 24(9): 2131-2140, set, 2008.
2. ARAÚJO, Y. P., DIMENSTEIN, M. Estrutura e Organização do Trabalho do Cirurgião-Dentista no PSF de Municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência e Saúde coletiva**, 11 (1)-2006
3. BALDANI, Márcia Helena et al. A Inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, 21 (4), Julho – Agosto, 2006.
4. BARBOSA, A.A.A., BRITO, E.N.G., COSTA, I.C.C. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, da Inclusão ao Momento Atual, Percepções de Cirurgiões-dentistas e Auxiliares no Contexto de um Município. **Ciência odontológica Brasileira**, 10 (3), Julho – Setembro, 2007.
5. BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**. HMP comunicação, 2008.
6. BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra**. 7. Ed. Petrópolis Vozes. 2001 *apud* WERNECK, Marcos Azeredo Furkim et AL. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal**, Brasília. 2006
8. CERICATO, G.O. *et al*, A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO**, v. 12, n. 3, p. 18-23, setembro/dezembro 2007
9. FARIA, Horácio Pereira et al. Unidade didática I: **Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG: NESCON/UFMG, 2008.
10. FERREIRA, A. B. H. – **Miniaurélio Século XXI Escolar: O minidicionário da língua Portuguesa/ Aurélio Buarque de Holanda Ferreira**; 4ª edição, revisada, ampliada, Nova Fronteira, 2001
11. LOURENÇO, E.C. et al. A Inserção de Equipes de Saúde Bucal no PSF no Estado de Minas Gerais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14 (1), 2009.
12. MERHY EE. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. Texto produzido a partir do texto didático: o ato de cuidar como um dos nós críticos-chave dos serviços de saúde. Curso DMPS/FCM/Unicamp; 1999 *apud* ARAÚJO, Y. P., DIMENSTEIN, M. Estrutura e Organização do Trabalho do Cirurgião-Dentista no PSF de Municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência e Saúde coletiva**, 11 (1)-2006

13. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. 2. Ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 290 p.
14. NASCIMENTO AC et al. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: mudança de práticas ou diversionismo semântico. **Revista Saúde Pública**, 2009; 43(3):455-62
15. PALÚ, Adriana prestes do Nascimento. **A Inserção da Saúde Bucal no PSF, Perspectivas e Desafios: a Visão de Odontólogos do Paraná**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina
16. PEREIRA CRS et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Caderno Saúde Pública**, 25(5): 985-996, mai, 2009.
17. ROCHA, E. C. A., ARAÚJO, M. A. D. Condições de Trabalho da Equipe de Saúde Bucal no PSF: O Caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Revista da Administração Pública**, 43 (2), Março – Abril, 2009.
18. SACCONI, L. A.. **Minidicionário Sacconi de Língua Portuguesa**, São Paulo, 1996.
19. SANTOS AM et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil **Caderno Saúde Pública**, 23(1):75-85, janeiro, 2007.
20. SANTOS, A. M. & ASSIS, M. M. A.. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11(1): 53-61, 2006.
21. SHIMIZU HE, ROSALES C. As práticas desenvolvidas no Programa saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Revista Brasileira Enfermagem**, 2009 maio-junho; 62(3): 424-9.
22. SOUZA TMS, RONCALLI AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Caderno Saúde Pública**, 23(11): 2727-2739, novembro, 2007.
23. TEIXEIRA, Michele Cecille Bandeira. Dimensão Cuidadora do Trabalho de Equipe em Saúde e sua contribuição para a Odontologia. **Ciência Saúde Coletiva**, v.11, nº1, Janeiro/Março 2006.
24. WERNECK, Marcos Azeredo Furkim et AL. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009

ANEXO A – ROTEIRO DE MONITORAMENTO LOCAL

Este roteiro para monitoramento local do processo de trabalho em saúde bucal possui um caráter preliminar, sujeito a crítica e sugestões por aqueles que o usam. A intenção é mapear a necessidade de apoio ao processo de trabalho em cada unidade, tomando como referência as diretrizes para a atenção básica. Pretende-se realizar uma avaliação sobre os avanços organizacionais e assistenciais na área de saúde bucal. A SMSA-BH propõe este roteiro para discussão e preenchimento coletivo pelos gerentes e respectivos trabalhadores de saúde bucal de cada unidade com a participação de técnicos da GEAS/Coordenação de Saúde Bucal e das GERASA. Os dados serão posteriormente consolidados e discutidos na rede, para encaminhamento sobre a melhor forma de programar a ajuda sobre os pontos ainda pendentes. Sua participação nesta discussão é imprescindível.

ROTEIRO PARA MONITORAMENTO LOCAL DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

CS:

Numero ESF:.....

Numero ESB: Modalidade 1: Modalidade 2: Apoios:CDTSB
.....ASB

DATA:

1- ACOLHIMENTO/ACESSO

a) São portas de entrada:

- Fila/livro de espera Urgência Acolhimento Resultado de visita domiciliar
 Grupos organizados (assinale quais):
___ Por meio do levantamento de necessidades na população
___ Por faixa etária
___ Por problemas / demandas (hipertensos, diabéticos, gestantes, etc)
 Outras. Explique: _____

b) O acolhimento é realizado diariamente?

- Sim Não
Caso negativo, qual a periodicidade?

c) Quem faz o acolhimento?

- ASB TSB CD Outros profissionais. Quais?

d) Existe um fluxograma para a atenção odontológica produzido pelo CS já organizado e implementado para orientar o acolhimento?

- Sim Não Existe um fluxo definido, porém não sistematizado em um fluxograma

OBS. Apresentar e discutir sugestão.

Dificuldades encontradas neste bloco	Propostas para resolução das dificuldades

2- PLANEJAMENTO/ORGANIZAÇÃO DE AGENDAS

- a) Além do acolhimento, a unidade faz planejamento para atendimento da população adscrita?
 Sim Não
 Caso negativo, por que? _____
- b) Quem planeja as ações de saúde bucal na unidade?
 CD TSB ASB Gerente ESF ESB Outros –
 Quais? _____
- c) Como se faz na unidade para conhecer as necessidades e prioridades da população?
- d) Existe algum instrumento utilizado para esta finalidade?
- e) Quem define as prioridades?
 Profissionais SB e gerente Com participação ESF Somente a ESB Só o Gerente Só o CD Há discussão na Comissão Local de Saúde
- f) As agendas ficam:
 na recepção no consultório
- g) Quantas pessoas são agendadas por dia?
 CD 40 horas: _____ CD 20 horas: _____
- h) Quantas primeiras consultas são agendadas por dia?
 CD 40 horas: _____ CD 20 horas: _____
- i) Existe número ou período de tempo definido para atendimento de urgências/pronto atendimentos?
 Sim Não
- j) Como estão organizadas as agendas?
 Exclusiva para demanda espontânea
 Com espaço para demanda espontânea e programada (predominância de dem. espontânea)
 Com espaço para demanda espontânea e programada (predominância de dem. programada)
 Com espaço reservado para ações não clínicas

Dificuldades encontradas neste bloco	Propostas para resolução das dificuldades

3- INTEGRAÇÃO COM ESF / GESTÃO PARTICIPATIVA

- a) A ESB participa das reuniões com ESF?
 Sim Não, por que?
- b) Qual a periodicidade destas reuniões?
 Semanal Quinzenal Mensal Outra. Qual? _____
- c) Qual é o produto destas reuniões?
 Planejamento de ações
 Definição de prioridades
 Discussão de casos específicos
 Integração e interação
 Avaliação de resultados alcançados diante das ações desenvolvidas
 Encaminhamento de demandas da ESF para a ESB
 Encaminhamento de demandas da ESB para a ESF
- d) Há participação da ESB em grupos operativos?
 Sim Em quais? _____
 Descreva: _____
- Não Por que? _____
- e) As crianças de 0 a 6 anos com código 3 (evento sentinela) são trabalhados conjuntamente com a ESF, com um olhar diferenciado?
 Não Sim. O que é feito?
 Explique _____
- f) As gestantes estão passando pela consulta odontológica no pré natal, conforme Protocolo da Mulher?
 Sim Não Por quê?
- g) Os diabéticos acompanhados pelas ESF estão passando pela consulta odontológica e atendimento clínico?
 Sim
 Não Por quê?
- h) Há participação de algum profissional da Saúde Bucal no colegiado da unidade?
 Sim Não Por quê?

i) A ESB realiza ações específicas simultâneas durante as campanhas de vacinação dos idosos e crianças ?

Idosos: () Sim () Não

Crianças: () Sim () Não

Dificuldades encontradas neste bloco	Propostas para resolução das dificuldades

4- ATENDIMENTO CLINICO

a) A escovação prévia ao atendimento individual está sendo realizada conforme preconiza o Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal?

() Sim () Não. Por quê?

b) Qual a estratégia utilizada para o atendimento individual:

() Controle das doenças bucais

() Somente tratamento restaurador convencional

c) Você considera que há ampliação do acesso e da cobertura com o uso do protocolo?

() Sim () Não

d) A ESB conhece a taxa de absenteísmo nas consultas de odontologia da unidade?

() Sim Qual? () Não

e) A ESB conhece a taxa de absenteísmo nas consultas especializadas que são agendadas pela

unidade?

() Sim Qual? () Não

f) Existe alguma discussão ou ação organizada/proposta para enfrentamento do absenteísmo?

() Sim () Não

g) Os pacientes HIV + sem manifestação sistêmica são atendidos na unidade?

() Sim () Não Por que?

h) Os pacientes HIV + com manifestação sistêmica são encaminhados para CTR conforme protocolo?

() Sim () Não Por que?

i) Com relação a implantação do SISREG, você avalia que há uma otimização na marcação das consultas especializadas?

() Sim () Não Por que?

- j) Você realiza os encaminhamentos seguindo as prioridades do protocolo do SISREG?
 Sim Não Por que?
- k) A ESB acompanha/monitora a regulação da fila eletrônica, conforme criterios do SISREG?
 Sim Não Por que?
- l) São realizadas visitas domiciliares pela ESB?
 Sim Não. Por quê?
- m) Estas visitas são realizadas por:
 CD TSB ASB 2 ou mais profissionais da SB ESB e
 ESF

Dificuldades encontradas neste bloco	Propostas para resolução das dificuldades

5- AÇÕES COLETIVAS / PROMOÇÃO DE SAÚDE

- a) Quantas são as instituições de convívio coletivo existentes na área de abrangência da Unidade?
 Escolas Escolas especiais CrechesInstituições de longa permanência
- b) Nestas instituições, estão implantadas as ações previstas no 5Q7?
 Sim Não Em algumas.
 Quais instituições? _____
 Quais ações? _____
 Quem realiza?
 Os cuidadores/educadores Profissionais da equipe Outros.
 Quem? _____
- c) Quando realizada pelos cuidadores/educadores, há supervisão/acompanhamento pela ESB?
 Sim Não
- d) Qual a periodicidade desta supervisão?
 Mensal Trimestral Semestral Outra. Qual? _____
- e) A unidade tem distribuído pastas, escovas e fio dental para os beneficiados do programa bolsa família?
 Sim Não. Por quê?
- f) A unidade solicita regularmente ao almoxarifado pastas/escovas/fios dentais?
 Sim Não. Por que? _____

- g) A unidade tem recebido este material quando solicita ?
 Sim Não

Dificuldades encontradas neste bloco	Propostas para resolução das dificuldades

6- CONTROLE SOCIAL

- a) Existe representatividade da ESB nas reuniões de comissão local de saúde?
 Sim Não
- b) Houve alguma pauta da CLS relativa a saúde bucal nos últimos seis meses?
 Não Sim Qual? _____
- c) A comunidade participa de alguma forma de definição e avaliação das ações de saúde bucal?
 Sim Não
- d) A unidade de saúde recebe demandas de saúde bucal do SOS SAUDE?
 Sim Não Raramente
 Qual o encaminhamento dado quando isto acontece?

Dificuldades encontradas neste bloco	Propostas para resolução das dificuldades

7- ORGANIZACAO TÉCNICA / ADMINISTRATIVA

- a) Quem faz o controle de estoque, programação e pedidos de materiais?

()ASB ()TSB ()CD ()Outro. Quem? _____

b) Quais os profissionais envolvidos na rotina da limpeza e empacotamento do instrumental?

()ASB ()TSB ()CD ()Outro. Quem? _____

c) Com relação a manutenção técnica dos equipamentos, como você avalia:

()Ótima ()Boa ()Regular ()Ruim ()Péssima

Justifique:

d) A ESB observa/avalia que a assistência técnica tem melhorado?

()Sim ()Não

Explique

Dificuldades encontradas neste bloco	Propostas para resolução das dificuldades

8- EDUCACAO PERMANENTE

a) Com relação às videoconferências, há dificuldade para acessa-las nesta unidade?

()Não ()Sim Quais?

b) Quais os profissionais participam das videoconferências?

()CD ()TSB ()ASB ()Outros. Quais _____

c) Sugestões de temas a serem abordados nas ações futuras de educação permanente:

CD: _____

TSB: _____

ASB: _____

d) A equipe gostaria de apresentar alguma experiência local em videoconferência?

()Não ()Sim Qual? _____

e) A equipe realiza reuniões para estudos e avaliação do trabalho em saúde bucal?

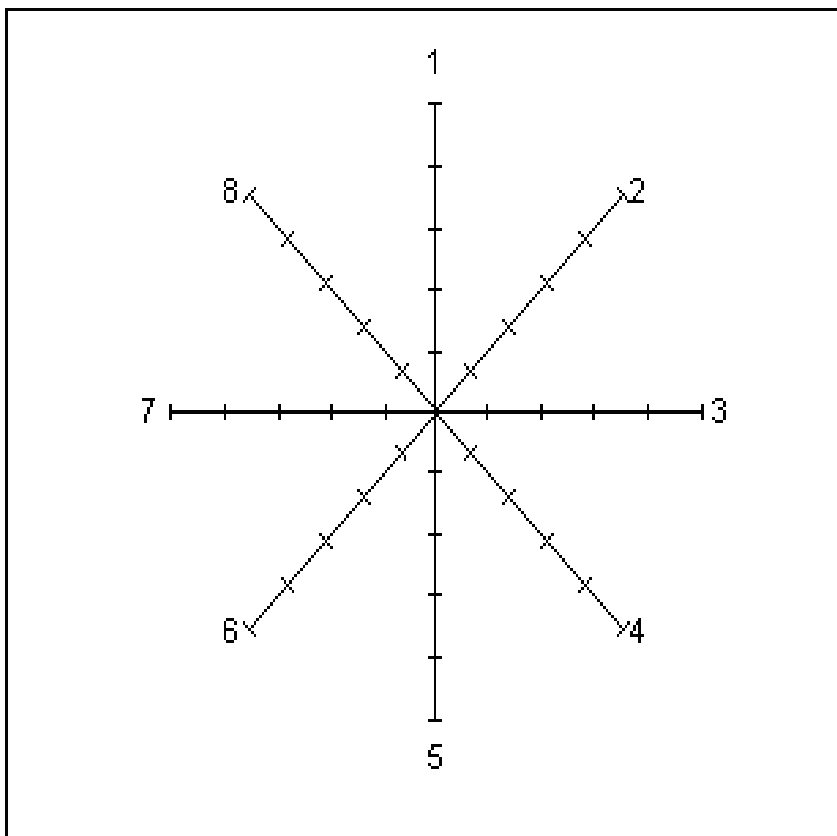
()Não ()Sim Quais?

f) A equipe foi treinada para realizar teleconsultorias?

()Sim ()Não Por quê?

Dificuldades encontradas neste bloco	Propostas para resolução das dificuldades

Síntese



TEMAS ABORDADOS

1. Acolhimento / Acesso
2. Planejamento / Organização de agendas
3. Integração com ESF / Gestão participativa
4. Atendimento clínico
5. Ações coletivas / Promoção da Saúde
6. Controle Social
7. Organização técnica administrativa
8. Educação permanente

LEGENDA

- 0-Situação menos favorável
- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5- Situação mais favorável