

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**INTEGRAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL COM A EQUIPE  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Nomária César de Macedo

ORIENTADORA:  
PROFESSORA ELZA MARIA DE ARAÚJO CONCEIÇÃO

BELO HORIZONTE

2010

Nomária César de Macedo

## **INTEGRAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL COM A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada à Faculdade  
de Odontologia da Universidade  
Federal de Minas Gerais, como  
requisito parcial para obtenção do título  
de especialista em Saúde Coletiva com  
ênfase em Saúde da Família.

Orientadora: Professora Elza Maria de Araújo Conceição

BELO HORIZONTE

2010

“Se você quer transformar o mundo, mexa primeiro o seu interior.”

(Dali Lama)

## DEDICATÓRIA :

Para todos os profissionais da equipe de saúde bucal que buscam a integração com a equipe de saúde da família.

Para Adriano, minha filhas Giullie e Manuelle, com amor.

## AGRADECIMENTOS:

À coordenação Técnica de Saúde bucal da SMS da PBH por me proporcionar este curso;

Aos meus gestores imediatos que tornaram este sonho possível;

Ao Adriano, pelo incentivo e colaboração;

À minha orientadora, Elza da Conceição, pela dedicação e compreensão tornando possível a realização deste trabalho.

## RESUMO

O artigo analisa a integração da Equipe de Saúde Bucal (ESB) com a (ESF) nos centros de saúde do distrito sanitário de Venda Nova (DISAN-VN) no município de Belo Horizonte, tendo como diretriz o trabalho em equipe numa visão holística do paciente na construção de projetos terapêuticos comuns na implantação de um modelo de atenção integral à saúde.

Para o presente trabalho foram realizadas visitas de monitoramento nos CS onde técnicos do nível central, distrital se reuniam com dentistas, auxiliares em saúde bucal, técnico em saúde bucal e gerente local para responder um questionário e neste momento discutir o processo de trabalho e os protocolos vigentes na SMSA-BH.

Nestas reuniões apontamos a necessidade de infiltração da SB nos espaços existentes, com uma agenda que propicie ações não clínicas, imprescindível para a integração da ESB à ESF e planejamento para população adscrita.

Os resultados apontam para uma integração em construção, sendo regulamentadas em alguns locais e inexistentes em outros. Portanto, é necessário um acompanhamento deste processo para que ele ocorra em todas as unidades e com isto a ESB seja realmente integrada à ESF.

Palavras-chave: Integração, Trabalho em Equipe.

## ABSTRACT

The present paper makes an analysis of the integration between the Oral Health Team (OHT) and the Family Health Team (FHT) in the Health Centers of the sanitary district of Venda Nova (VN-SANDIS) In Belo Horizonte. Its goal is to perform team work considering the holistic view of patients in the making of common therapeutic projects when introducing a model of total health attention.

For this work, many monitoring visits to Health Centers were made and several technicians of central and district areas had meetings with dentists, oral health technicians and assistants as well as the local manager to fill in a questionnaire and discuss the working process and the current protocols of SMSA-BH.

In those meetings, we pointed out the necessity of Oral Health as an integral part in the existing areas using an approach that favors non-clinical actions, which are crucial for the integration between the Oral Health Teams and Family Health Team as well as the subscribed population.

The outcomes show an integration which is under construction and is regulated in some areas and absent in others. Thus, it makes it necessary to follow the whole process to make sure it will occur in all units, so that the Oral Health Teams can actually be part of the Family Health Team.

Key words: Integration, Team work

## ABREVIATURAS:

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CC – Centro de Convivência

CD – Cirurgião-Dentista

CEM – Centro de Especialidades Médicas

CEST – Central de Esterilização

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CMS-BH – Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte

CS – Centro de Saúde

CTSB – Coordenação Técnica de Saúde Bucal

DISAN-VN – Distrito Sanitário de Venda Nova

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

RT – Referência Técnica

SB – Saúde Bucal

SF – Saúde da Família

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS-BH – Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1. Introdução e justificativa -----	10
2. Diagnóstico situacional do Distrito Sanitário Venda Nova -----	15
3. Objetivo -----	17
4. Objetivo Específico -----	17
5. Metodologia -----	17
6. Discussão -----	20
7. Conclusão -----	21
8. Referência Bibliográfica -----	24
9. Anexo 1 -----	25
10. Anexo 2 -----	26

## **INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA:**

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil, órgão que determina as políticas em saúde cria em 2002 o programa de saúde da família, que toma a atenção básica como eixo para a organização do modelo de atenção à saúde visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Com isto busca um processo de trabalho integrado, em equipe, onde o modelo assistencial parte do conhecimento do território, para enfrentamento dos problemas de saúde da população visando um cuidado em saúde dentro de suas linhas do cuidado. Como estratégia de fortalecimento desse programa o governo federal criou a política Brasil Sorridente, que reúne uma série de ações em saúde bucal, voltadas para cidadãos de todas as idades.

Esta política apresenta como principais linhas de ação a reorganização da atenção básica, tendo como diretriz o trabalho em equipe.

“O correto entendimento da Atenção Primária ou Atenção Básica pode ser possível a partir do conhecimento de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade ou abrangência, e a coordenação”. (Starfield, 2002).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte as primeiras equipes de saúde da família, foram implantadas em fevereiro de 2002, nos centros de saúde do município ficando responsáveis pela assistência das populações consideradas de maior risco para adoecer e morrer, conforme o risco de vulnerabilidade (p.32 SMSA)”.

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) são organizadas em modalidade I e modalidade II. Sendo que a equipe modalidade I é constituída por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde Bucal (ASB); e a equipe modalidade II possui além dos referidos profissionais um técnico em saúde bucal (TSB) constituindo junto com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) a equipe de saúde da família (ESF). Desta forma espera-se uma maior

integração da odontologia aos serviços de saúde em geral. “A partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida. Enfim, estabelece-se um novo processo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender.” (caderno de Atenção básica-Saúde bucal, 2006 - p.11, 19).

“O cuidado em Saúde Bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços, para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual e, mediante o estabelecimento de vínculo territorial” (MS-Política Nacional de SB do Brasil-2006- p.43).

A ESB deve interagir com profissionais de outras áreas havendo uma troca de saberes para uma abordagem integral do indivíduo, levando em consideração o contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido, na elaboração de um planejamento comum de projetos assistenciais. Todos os envolvidos - gestores, trabalhadores e usuários são atores importantes na construção de uma gestão democrática. Estabelecendo uma relação cidadã e humanizada, propiciando continuidade do cuidado ao longo do tempo com responsabilização e estabelecendo vínculo com esses usuários.

O Projeto Global de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte aprovado no plenário do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH) em 13 julho/2006, padroniza condutas de enfrentamento das necessidades prioritárias levantadas no nível local, a partir de todas as diretrizes e protocolos já produzidos e consolidados. Neste documento consta a proposta político-assistencial, com os seguintes itens: compromissos mínimos, caracterização da Atenção Básica, oferta de próteses totais e parciais acrílicas removíveis, urgências, promoção/prevenção/vigilância, populações especiais, atendimento especializado, gestão, educação permanente, manutenção de equipamentos,

relação com universidades, metas de gestão conforme Plano Municipal de Saúde - período 2005 a 2008.” Esse projeto foi construído a partir das demandas do Conselho Municipal de Saúde e também gestores, de reunir em local único, os principais aspectos dos documentos existentes, facilitando o entendimento articulado da assistência em saúde bucal, suas bases, seus objetivos, suas propostas, metas e mecanismos de gestão.”

Desde novembro de 2007, quando assumimos o cargo de Referência Técnica (RT) no Distrito Sanitário de Venda Nova (DISAN-VN), constatamos a dificuldade de integração da Equipe de Saúde Bucal (ESB) com os demais profissionais que atuam na Equipe de Saúde da Família (ESF), além de conflitos existentes na própria ESB.

Embora, existam centros de saúde onde esta integração ocorre de forma efetiva e consolidada, outros de forma rudimentar e outros inexistentes. Na nossa atuação como gestores, quando tivemos oportunidade de atuar em outras áreas da assistência, constatamos a dificuldade de se trabalhar em Equipe.

A equipe de Saúde Bucal tem conflitos internos e, dificilmente consegue organizar-se para planejar suas ações, tendo em vista a integração no Centro de Saúde (CS) e o trabalho em equipe.

Segundo o documento da Atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte. “De modo geral, observa-se que o projeto de saúde bucal do SUS-BH não está adequadamente divulgado/declarado nos espaços gerenciais. Como conseqüência, poucos gerentes locais conseguem articular/promover o planejamento local sem a presença do nível distrital. Sendo assim, propõe-se investimento no corpo gerencial como estratégia para obtenção de entendimento mínimo aceitável, que permita, inclusive, a discussão nos conselhos distritais e locais.” (caderno de Atenção básica-Saúde bucal, 2006, p.119).

O caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde afirma que “no trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a

abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada. A noção de consulta é superada por outra ação de maior amplitude, que passa a ser concebida como cuidado, uma nova atitude frente aos processos de Saúde-doença da comunidade. Cuidar é ir além da adoção de vigilância (de vigiar uma situação), é ter uma postura pró-ativa de proteção. (Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal; p19).

Apesar de quase oito anos de integração da ESB na ESF, o que se pode constatar é uma dificuldade de interação entre essas equipes. Pelo desconhecimento dos protocolos nas “linhas de cuidado”, com o trabalho limitando à prática do cirurgião-dentista com seu equipamento odontológico. Há uma dificuldade dos gestores e trabalhadores da equipe de saúde da família em visualizar as ações em saúde bucal, fora do atendimento clínico; não incluindo profissionais da área odontológica na apresentação dos protocolos assistenciais. Em contrapartida os próprios profissionais de saúde bucal têm dificuldades em participar de ações de promoção e proteção, na construção de um modelo de atenção integral à saúde.

“As equipes devem se configurar como referência para a população, para tanto, devem encontrar suas formas de interação, formular diagnósticos a partir do olhar diferenciado de cada profissional manuseando prontuários únicos, tecendo o caminho para a clínica ampliada e a formulação de projetos terapêuticos” (caderno de Atenção básica-Saúde bucal, 2006, p.129). Esta é uma dificuldade encontrada, tanto para alguns profissionais de outras áreas da assistência, quanto para os profissionais em SB.

No processo de trabalho, em que as ações são acordadas a partir de uma demanda espontânea; há uma dificuldade de planejar ações, encontrar espaços para reuniões, momentos cruciais para discussão de casos clínicos complexos, que

requer uma abordagem multiprofissional para a condução e melhor resolutividade do mesmo.

Para a Coordenação de Saúde Mental da SMSA/BH “A Organização do trabalho em equipe, segundo ponto de encontro, é um instrumento para superação do paradigma médico convencional de organização dos serviços, em que saberes disciplinares estanques orbitam ao redor do saber médico hegemônico. O trabalho em equipe adota caráter multidisciplinar, alargando competências comuns, e reorganizando poderes e saberes estabelecidos. O cuidado e projetos terapêuticos necessários requerem a combinação de instrumentos, técnicas e atos terapêuticos complexos e variados, no contexto de uma estratégia global em que a utilidade e o valor relativo dos saberes e ações particulares são norteados e organizados pelas necessidades múltiplas dos nossos usuários. Cabe ressaltar, a importância do novo ator introduzido pela estratégia Saúde da Família (SF), o agente comunitário de saúde (ACS), cujo saber não provém de qualquer técnica ou ciência, mas do conhecimento do território, da relação com a vizinhança e os laços solidários que aí se constroem; e esse saber é o diferencial que enriquece a prática da equipe, na medida em que introduz informações sobre o modo de vida de cada usuário...” (Rose, Mirian caderno de Atenção básica-Saúde bucal, 2006, p.108).

Portanto, não podemos esquecer o quão é importante o ACS, conhecedor do território na construção do vínculo com o usuário. Os profissionais das equipes ainda precisam buscar, para além da articulação técnica, a construção em comum de projetos assistenciais” (caderno de Atenção básica-Saúde bucal, 2006, p.53). Assim sendo, a proposta de intervenção consiste em sensibilizar os profissionais de saúde bucal para o conhecimento dos protocolos vigentes, no planejamento de suas ações, juntamente com os demais profissionais da equipe de saúde da família em busca de uma assistência integral, humanizada, responsável; em que o trabalho em equipe faz a diferença.

## **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO DISTRITO SANITÁRIO VENDA NOVA.**

O Distrito Sanitário de Venda Nova (DISAN/VN) possui uma população aproximada de 244.530 habitantes (fonte: IBGE - censo de 2000) e é guarnecido por 76 equipes de saúde da família com 38 ESB, distribuídas em 16 centros de saúde. Sendo que das 38 ESB, 7 estão incompletas, sem lotação de CDs, ASB e TSB. Conta ainda, com 7 Equipes de Saúde Mental, com alguns médicos de apoio (ginecologistas, clínicos e pediatras) e 7 pólos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O DISAN/VN possui como unidades de referência secundárias: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Centro de Convivência (CC), Central de Esterilização (CEST), Laboratório Distrital, Farmácia Distrital e Centro de Especialidades Médicas (CEM). Limita-se geograficamente com os distritos sanitários Norte e Pampulha e as cidades de Ribeirão das Neves, Santa Luzia e Vespasiano.

A população DISAN/VN foi distribuída segundo o Risco de Vulnerabilidade Social, de acordo com o quadro abaixo:

Período: 2000

<b>Área de Abrangência</b>	<b>Muito elevado</b>	<b>Elevado</b>	<b>Médio</b>	<b>Baixo</b>	<b>Total</b>
Total	15.558	101.728	119.707	7.537	244.530
C.S Andradas	2.252	2.352	18.743	2.831	25.178
C.S Santa Mônica	3.772	2.313	16.594	2.014	24.693
C.S. Rio Branco	zero	2.910	15.926	1.492	20.328
C.S. Venda Nova	0	9.656	9.730	0	19.386
C.S. Céu Azul	0	7.017	10.431	0	17.448
C.S. Minas Caixa	0	9.355	7.377	0	16.732
C.S. Jardim Leblon	7.687	2.699	6.287	0	16.673
C.S. Lagoa	0	12.363	3.035	0	15.398
C.S. Mantiqueira	0	11.307	3.922	0	15.229
C.S. Jardim Europa	0	7.575	7.228	0	14.803
CS. Nova York	1.372	8.925	1.891	755	12.943
C.S. Serra Verde	294	2.252	9.684	0	12.230
C.S. Novo Santa Mônica	0	8.994	2.720	0	11.714
C.S. Jardim Comercíarios	1.181	9.539	886	0	11.606
C.S. Copacabana	0	4.471	5.253	445	10.169

Fonte: Censo Populacional IBGE - 2000

Gerência de Epidemiologia e Informação - SMSA

## **OBJETIVO:**

- Promover maior integração da Equipe de Saúde Bucal com Equipe de Saúde da Família.

## **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

- Sensibilizar os profissionais de Saúde Bucal para a realização de um planejamento para sua área de abrangência;
- Implantar a agenda proposta pela Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde, em que o profissional participe de grupos junto com a ESF, visita domiciliar, reunião de equipe. (ANEXO 1)

## **METODOLOGIA:**

Para o desenvolvimento do trabalho foi usado um questionário cuja intenção foi mapear a necessidade de apoio ao processo de trabalho em cada unidade, tomando como referência as diretrizes para atenção primária à saúde. Um roteiro foi construído em reuniões dos distritos sanitários com a Coordenação Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde (CTSB-SMSA-BH), tendo como referenciais documentos já existentes utilizados pelos distritos sanitários Barreiro e Oeste.

A CTSB-SMSABH, por demanda dos profissionais cirurgiões-dentistas (CD) que trabalham na atenção primária à saúde, constatou a necessidade de construir este documento para monitoramento local do processo de trabalho.

O referido roteiro (ANEXO 2) é composto de 8 itens, sendo eles: 1) Acolhimento/Acesso, 2) Planejamento/Organização de agendas, 3) **Integração com ESF/Gestão Participativa**, 4) Atendimento Clínico, 5) Ações coletivas/Promoção de Saúde, 6) Controle Social, 7) Organização técnica/administrativa e 8) Educação Permanente.

Após agendamento com o gerente em que se solicita a participação de todos os integrantes da ESB e preenchimento de um roteiro antes da reunião, um novo roteiro consolidado é preenchido ao término da mesma.

O nosso trabalho foi feito por meio de visitas de monitoramento; levando em consideração o item 3 deste roteiro, transcrito abaixo:

### **3-INTEGRAÇÃO COM ESF / GESTAO PARTICIPATIVA**

- a) ESB participa das reuniões com ESF?  
( ) Sim ( ) Não, por quê?
- 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 quê? \_\_\_\_\_
- e) As crianças de 0 a 6 anos com código 3 (evento sentinela) são trabalhadas 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

Ao preencher cada campo faz-se uma discussão apresentando os protocolos e demais instrumentos que norteiam a assistência em Saúde Bucal no SUS-BH. Discute-se o processo de trabalho da equipe, apresentando a produção local, com estabelecimento de propostas e metas a serem cumpridas, elaborando um planejamento que será pactuado e monitorado pelo gestor local.

Foram feitas 15 visitas de monitoramento, uma vez que um CS foi criado recentemente e não houve lotação das duas ESB lá existentes, até o presente

momento. Dos CS existentes, três funcionam em casa alugada e o atendimento odontológico é feito em um anexo distante do mesmo, o que aumenta o índice de absenteísmo para consultas agendadas e distancia a ESB da ESF.

## **DISCUSSÃO:**

Para o trabalho em questão foi analisado o item 3 - Integração com ESF/ Gestão Participativa, que avalia 9 questões, a saber:

### **a) A ESB participa das reuniões com ESF?**

Do total de 29 ESB, 18 equipes responderam sim, 2 responderam não ( por estar em um prédio anexo e não saberem do agendamento da mesma e por ser referência de 3 a 4 ESF), 7 responderam não, porque não houve preocupação e articulação gerencial e 2 responderam raramente

### **b) Qual a periodicidade destas reuniões?**

Dos participantes, 11 responderam que a periodicidade era semanal, sendo que a participação de três ESB é variável nestas reuniões, duas mensais, e, 14 não se aplicam.

### **c) Qual o produto destas reuniões?**

Para esse item, foram colocadas 7 possibilidades, podendo ser preenchido por uma mesma equipe mais de uma resposta. Assim, para o item planejamento de ações, 13 responderam sim. No item definições de prioridades, 12 responderam sim. Para a discussão de casos específicos, 13 responderam que realizam. No item interação e integração, 16 responderam sim. Para a avaliação de resultados alcançados diante das ações desenvolvidas, 6 responderam que realizam. No item encaminhamento de demandas da ESF para a ESB, 16 responderam que encaminham. Já, para o item encaminhamento de demandas da ESB para a ESF, foram 15 respostas afirmativas. E, 13 responderam não se aplica, por não participar das reuniões de ESF.

### **d) Há participação da ESB em grupos operativos?**

Dos 29 respondentes, 27 equipes responderam que sim, sendo eles: gestantes, diabéticos, hipertensos, puericultura, desnutridos, idosos, bebês, Saúde Mental, reuniões com integrantes do bolsa família.

**e) As crianças de 0 a 6 anos com código 3 (evento sentinela) são trabalhadas conjuntamente com ESF, com um olhar diferenciado?**

Das 29 equipes, 17 responderam sim, explicaram que fazem visita domiciliar com a assistente social e ACS, realizam o tratamento odontológico e o acompanhamento com a ESF. E, 10 responderam não, sendo que duas afirmaram só fazer tratamento odontológico e não tem acompanhamento com a ESF.

**f) As gestantes estão passando pela consulta odontológica no pré-natal, conforme Protocolo da Mulher?**

Das 29 respondentes, 24 responderam sim e 5 responderam não, faziam atendimentos esporádicos, não examinando todas as gestantes segundo protocolo.

**g) Os diabéticos acompanhados pelas ESF estão passando pela consulta odontológica e atendimento clínico?**

Para esse item, 11 responderam que sim e 18 responderam não, sendo atendidos quando demandavam alguma queixa à ESF.

**h) Há participação de algum profissional da SB no colegiado da unidade?**

Nesse item, a participação não é obrigatório, assim, 21 responderam que participam e 4 responderam não, sem justificar o por quê.

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

Das equipes participantes, 27 responderam sim e 2 responderam não para a campanha de idosos. E, 15 responderam sim para a campanha de crianças fazendo levantamento de necessidades, distribuição de Kits de higienização e orientações . E, 14 responderam não para essa campanha.

## **CONCLUSÃO:**

O DISAN/VN possui como relatado 38 equipes de saúde bucal. Entretanto, quando da realização da nossa pesquisa havia apenas 36 equipes em funcionamento, das quais 7 estavam incompletas. Das vinte e nove (29) ESB visitadas, dezoito (18) responderam que participam das reuniões com a equipe de saúde da família, nove (09) responderam que não participam e duas (02) raramente, deixando claro, que

não se configura em uma rotina instituída. Há uma dificuldade das equipes de SB em se infiltrarem nestes espaços e de entender a importância deles.

Do item 3 do roteiro, escolhido para a nossa análise o que possui uma maior participação da ESB é nos grupos operativos, principalmente no atendimento ao pré-natal odontológico. Os profissionais participam dos grupos com atividades educativas e avaliam todas as gestantes clinicamente, orientando-as e realizando as intervenções possíveis neste momento. Porém, cinco (5) ESB ainda não seguem o protocolo da mulher, realizando apenas atendimentos esporádicos advindos da demanda espontânea.

Portanto, em relação ao atendimento ao diabético, mesmo sabendo da importância do atendimento e controle glicêmico, ainda não está totalmente instituído. A maioria das equipes, dezoito (18) atendem os diabéticos, apenas após alguma queixa à ESF.

Quanto ao *evento sentinela*, crianças de 0 a 6 anos com mais de 8 dentes necessitando de obturação e/ou extração, que deveriam além do atendimento clínico odontológico, ser acompanhado pela equipe com um olhar diferenciado; apenas dezessete (17) ESB fazem este acompanhamento. Há desconhecimento do *evento sentinela* por alguns gestores e também por membros da própria ESB, apesar desta discussão ter sido tema de Fórum, videoconferências e de ter sido enviado documentos para os CS explicando a importância deste olhar para estas crianças.

Um grande problema nesta rede é a comunicação, sendo possível que documentos apresentados durante as visitas não serem conhecidos por um ou mais profissionais da ESB, sendo muito importante que estas equipes realizem reuniões periódicas, para discutir e mesmo estudar os protocolos e temas de interesse destas equipes, fazendo uma análise para o planejamento local.

Muitas vezes o gestor local tem uma dificuldade em disponibilizar os 20% da agenda proposta pela SMS/BH, em prejuízo ao atendimento clínico. Ao discutir os protocolos vigentes, quando o gerente é de outra categoria profissional ele se surpreende com as diretrizes apresentadas, demonstrando desconhecimento das

conseqüências de uma doença periodontal para gestantes, diabéticos e suas implicações.

Como apresentado no roteiro são vários os produtos destas reuniões, permitindo tanto à equipe, como ao gestor, monitorar o produto das mesmas propiciando uma maior integração com a ESF.

Nas campanhas de vacinação, quando há uma convocação para a vigilância em saúde, estes espaços são utilizados. Porém, quando este movimento não é feito próximo a estas ocasiões, muitas vezes se perdem apesar de estar descrito no protocolo da Atenção Básica, qual seja: “Tomar como referência os resultados do levantamento epidemiológico nacional do SB-Brasil e organizar ações oportunas para aprofundar a análise de situações específicas do município, por exemplo, aproveitando as campanhas de vacinação de crianças e idosos para realizar o levantamento de necessidades em saúde bucal.”

“ Promover o trabalho multiprofissional em todos os níveis do sistema como meio de fortalecer a política municipal de atenção à saúde; promover e estimular a utilização dos vários mecanismos de gestão participativa para a reflexão do processo de trabalho cotidiano e fortalecimento das relações entre os trabalhadores e entre os serviços (caderno de Atenção básica-Saúde bucal, 2006, p. 119).”

Podemos concluir, que a integração ESB com ESF é um passo a ser alcançado e esperamos que esta visita de monitoramento continue, para que consigamos sensibilizar a ESB, para que ela seja constituinte de fato da ESF, e não um apoio para a mesma.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BELO HORIZONTE (MG).Secretaria Municipal de Saúde. **Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte..**-Março,2008
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.**-Brasília,2004.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma Conquista Histórica.**-Brasília,2006.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica-nº17.**-Brasília,2006.'
5. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal.. – 2. ed.- Belo Horizonte: SAS/MG 2007
6. WERNECK, Marcos Azeredo Furquim. **Princípios para Organização dos Serviços de Saúde Bucal.** -Belo Horizonte,1997

# ANEXO 1

<b>Agenda Semanal – Equipe de Saúde Bucal</b>					
<b>Proposta de Plataforma Básica</b>					
	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
<b>M A N H Ã A</b>	<b>Atendimento demanda espontânea e programada</b>	<b>Atendimento demanda espontânea e programada</b>	<b>Atendimento demanda espontânea e programada</b>	<b>Atendimento demanda espontânea e programada</b>	<b>Atendimento demanda espontânea e programada</b>
<b>T A R D E</b>	<b>Atendimento demanda espontânea e programada</b>	<b>Atendimento demanda espontânea e programada</b>	<b>Teleconferência Visita a Instituição de convívio coletivo (Creches, escolas, etc)</b>	<b>Reunião de Equipe Estudo. Visita domiciliar. Grupo Operativo</b>	<b>Atendimento demanda espontânea e programada</b>

## ANEXO 2

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:** ..... **CD** ..... **TSB**  
.....**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

b) A ESB participa das reuniões com ESF?

( ) Sim ( ) Não, por que?

c) Qual a periodicidade destas reuniões?

( ) Semanal ( ) Quinzenal ( ) Mensal ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

d) 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

e) Há participação da ESB em grupos operativos?

( ) Sim Em quais? \_\_\_\_\_

Descreva:

( ) Não Por que? \_\_\_\_\_

f) 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 \_\_\_\_\_

g) As gestantes estão passando pela consulta odontológica no pré natal, conforme Protocolo da Mulher?

( ) Sim ( ) Não Por quê?

.....

h) 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 CLÍNICO

- 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 critérios do SISREG?  
( ) Sim ( ) Não Por que?
- l) São realizadas visitas domiciliares pela ESB?  
( ) Sim ( ) Não. Por quê?
- m) Estas visitas são realizadas por:



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 acessá-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



