



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA - CEABSF

Yone Pires Gontijo

**SAÚDE BUCAL E SAÚDE DA FAMÍLIA:
DIFICULDADES DO TRABALHO EM EQUIPE**

MONTES CLAROS
NOVEMBRO/2009



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA - CEABSF

Yone Pires Gontijo

SAÚDE BUCAL E SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFICULDADES DO TRABALHO EM EQUIPE

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais como parte das exigências curriculares para a obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Horácio Pereira de Faria

MONTES CLAROS
NOVEMBRO/2009

SAÚDE BUCAL E SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFICULDADES DO TRABALHO EM EQUIPE

Yone Pires Gontijo

Monografia realizada na Universidade Federal de Minas Gerais submetida ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), visando à obtenção do grau de Especialista.

APROVADA POR:

MONTES CLAROS
NOVEMBRO/2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Gontijo, Yone Pires

O desafio do trabalho em equipe na Atenção à Saúde da Família: inserção da saúde bucal

Yone Pires Gontijo – Montes Claros: UFMG, CEABSF, 2009. vii, 14 p.:

Orientador: Prof. Horácio Pereira de Faria

Monografia: Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

1. Atenção à Saúde da Família 2. Trabalho em equipe 3. Saúde da Família

I. Universidade Federal de Minas Gerais

II. Título

GONTIJO, Y. P. O desafio do trabalho em equipe na Atenção à Saúde da Família: inserção da saúde bucal. [The challenge of teamwork in Health Care for the Family: integration of oral health]. Montes Claros, 2009. 14 p. Monografia: Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. CEABSF, Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Como uma possível resposta ao desafio de reorientar o modelo de atenção no espaço político-operacional, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família – PSF, que em 1998 passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família, por ser considerado estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde. Para a construção do projeto de saúde da família é necessário que a equipe construa um projeto comum, para que os trabalhos especializados de cada profissional se complementem e os agentes possam construir uma ação de interação entre trabalhadores e os usuários. O Programa Saúde da Família aponta para importantes mudanças na organização dos serviços e no processo de trabalho. Um dos diferenciais é o trabalho de diversos tipos de profissionais em equipe, inclusive a saúde bucal, que até então estava excluída. Desta forma, é necessário conseguir o relacionamento consciente e coordenado de certo número de profissionais para que o conjunto do trabalho executado, o serviço de atenção à saúde, constitua-se em um só movimento em direção a um só fim e não na justaposição alienada de certa quantidade de trabalhos desconexos. Diante desse contexto o objetivo principal desse trabalho foi analisar as dificuldades e os desafios relacionados ao trabalho em equipe na atenção à saúde da família. Assim, a partir de um papel ativo de todos os profissionais no cuidado aos usuários da área de responsabilidade da equipe, poder-se-á prevenir patologias, contribuindo para a promoção, controle e manutenção da saúde.

GONTIJO, Y. P. **The challenge of teamwork in Health Care for the Family: integration of oral health.** [O desafio do trabalho em equipe na Atenção à Saúde da Família: inserção da saúde bucal]. Montes Claros, 2009. 14 p. Monografia: Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. CEABSF, Universidade Federal de Minas Gerais.

ABSTRACT

As a possible response to the challenge of the reorientation of attention in political and operational, the Ministry of Health launched in 1994, the Program for Family Health - PSF, which in 1998 became the strategy called the Family Health to be considered a strategy for structuring the municipal health systems. To construct the project in family health is necessary for the team to build a common project for the specialized work of each professional to complement and agents can build an interaction between workers and users. The Family Health Program points to important changes in the organization of services and the work process. One of the differences is the work of various types of professional staff, including oral health, which until then was deleted. Thus, it is necessary to achieve coordinated and conscious relationship with a number of professionals so that all the work performed, the service of health care, should be constituted in a single movement toward a single purpose and not sold in the juxtaposition a certain amount of work disconnected. Given this context the main objective of this study was to analyze the difficulties and challenges related to teamwork in health care of the family. Thus, from an active role of all professionals caring for the users area of responsibility of the team, it could be preventing diseases, helping to promote, control and health maintenance.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
JUSTIFICATIVA	13
OBJETIVOS	15
METODOLOGIA	16
DESENVOLVIMENTO	17
CONCLUSÕES	21
REFERENCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

As estratégias de saúde propostas pelo governo nem sempre foram dirigidas ao bem-estar da população. As políticas de saúde no Brasil traduziam o momento pelo qual o país encontrava-se, sob o aspecto econômico e das classes dominantes. Não houve, linearmente, o desenvolvimento de uma política que avançasse, corrigindo-se ou aperfeiçoando-se através das gestões públicas que administraram o Brasil durante o transcorrer da história. Sob este enfoque, os planos de saúde podem ser chamados de circunstanciais (político, econômico ou socialmente analisados).

As metas estabelecidas durante a Primeira República visavam o saneamento de portos e núcleos urbanos com objetivo de manter condições sanitárias suficientes para assegurar as relações comerciais com o exterior. Em 1933, foi instalada a organização dos segurados por categorias de empresas. Foram ainda criados o Conselho Superior de Previdência Social - órgão de recursos em questões referentes a prestações - e o Departamento de Previdência Social - órgão de supervisão e controle geral dos institutos - ambos relacionados ao Ministério do Trabalho. Esta estrutura institucional só viria desaparecer em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (ROSA & LABATE, 2005).

A partir da década de 1970, emergiram diversas iniciativas que propunham a ampliação de práticas nos centros de saúde tradicionalmente ligados à prestação de serviços públicos para populações pobres. As iniciativas que merecem destaque são: o projeto de saúde comunitária Murialdo da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, com residência multiprofissional e que funcionou como guia para outros projetos semelhantes realizados em Vitória de Santo Antão, Rio de Janeiro, Teresina, São Luiz, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinville; a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC), que contou com as experiências da medicina comunitária como a de Montes Claros, que serviram de base para programas de extensão de cobertura; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste, que ao ser ampliado para todo o país promoveu uma grande expansão da rede ambulatorial (CONILL, 2008).

A Saúde entrou em um processo de crise. As crises no processo das revoluções científicas, descrito por Kuhn (2001), demonstram a necessidade de renovar os instrumentos, capazes de resolver os problemas, aparentemente sem respostas até então

oferecidas pelo modelo teórico vigente. A superação da crise estrutural sanitária exigia mudança significativa no modelo médico, o que implicava em um novo sistema, mudanças políticas, culturais e cognitivo-tecnológicas (SCHERER *et al.*, 2005).

Como uma proposta de reorientação do método vigente, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família – PSF, que em 1998 passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família, por ser considerado estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (SCHERER *et al.*, 2005).

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) iniciou-se quando o Ministério da Saúde formou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Desde então se começou a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo, e foi iniciada a noção de área de cobertura (por família). Na verdade, o ministério institucionalizou, as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham se desenvolvendo isoladamente e de forma focalizada em diversas regiões do País. O PACS é então um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes introduzidas pelo primeiro se relaciona diretamente com o segundo, é que pela primeira vez, dentro das práticas de saúde, há um enfoque na família e não no indivíduo. O programa também estabeleceu uma visão ativa da intervenção em saúde, a prevenção, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro divergente é a integração com a comunidade e de um enfoque mais abrangente sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Destaca-se ainda que todos esses elementos foram centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituíram a essência de sua intervenção (VIANA & DAL POZ, 2005).

No primeiro documento ministerial elaborado em 1994 o PSF é entendido como um programa, a seguir passa a ser considerado uma estratégia para reorientação do modelo assistencialista, com alteração nas práticas convencionais (CONILL, 2008).

O Programa Saúde da Família surgiu no Brasil conforme os princípios do Sistema Único de Saúde. A busca de novos modelos de assistência sucede a um momento histórico social, onde o modelo centrado em atendimento hospitalar não atende mais as mudanças desencadeadas com o passar dos anos e também as necessidades de saúde populacional (ROSA & LABATE, 2005). Pode-se destacar, dentre os objetivos específicos do Programa Saúde da Família, a elaboração amplificada de conhecimento em saúde, por meio da troca de informações e experiências entre as equipes de PSF e a comunidade, através da educação (MOURA & SOUSA, 2002).

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático, de acordo com os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, integralidade e equidade - constitui um processo sócio-político baseado na formulação de práticas públicas voltadas para a saúde (ALVES, 2005).

O Ministério da Saúde (1994) determina que para implantação do PSF deve-se ter uma clientela de, no máximo, 4.500 pessoas e uma equipe composta de no mínimo, um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No entanto, outros profissionais já estão sendo incorporados, dependendo das necessidades locais de saúde, bem como das possibilidades administrativo-financeiras dos municípios. Entre eles, os cirurgiões-dentistas, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas (VIANA & DAL POZ, 2005).

Peduzzi (1998) afirma que em uma assistência integral, as ações parciais nem sempre solucionam as necessidades de saúde em seu todo. Refere ainda que a noção de equipe está originalmente associada à realização de tarefas e de trabalhos compartilhados entre indivíduos, extraindo o sucesso para realização pretendida. Esta noção soluciona e apazigua os conflitos entre as diferentes áreas profissionais.

De acordo com a idéia de equipe, pode-se observar a divisão do trabalho, a desigualdade no trabalho, dos diferentes graus de autonomia profissional, a diversa legitimidade técnica e social dos vários saberes implicados e a racionalidade presente nas práticas profissionais (OLIVEIRA & SPIRI, 2006).

O trabalho em equipe não tem sido um esforço exclusivo da Saúde da Família, entretanto o papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde pode implicar em valorações hierárquicas e desigualdades sociais entre os trabalhos dos agentes envolvidos. A Saúde da Família pode evoluir de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia dos agentes e maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde; se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual, com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos. Para o planejamento da saúde da família é necessário que a equipe construa um projeto comum, em que os trabalhos especializados de cada profissional se complementem e os agentes

possam construir uma ação de interação entre os mesmos e entre estes e os usuários (ALMEIDA & MISHIMA, 2001).

O dentista vem sendo incluído nas equipes multiprofissionais do PSF. Em 2000, o Ministério da Saúde criou o incentivo de saúde bucal que proporcionou a inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Este acontecimento foi considerado um passo importante na observância dos princípios do SUS. Durante o século XX, principalmente em suas três últimas décadas, pode-se observar o desenvolvimento da Odontologia cada vez mais especializada e de melhor qualidade, capaz de oferecer alternativas de crescente sofisticação e praticidade para solucionar até mesmos os problemas de saúde bucal mais complexos de seus clientes, o que demonstra a importância da inserção do profissional odontológico na Estratégia Saúde da Família (XAVIER *et al.*, 2007).

O agente comunitário de saúde (ACS) tradicionalmente esteve mais vinculado ao profissional de enfermagem e ao profissional médico para realização das suas atividades práticas, sendo visto como um elemento de apoio exclusivo desses profissionais da saúde. A saúde bucal historicamente tendeu a trabalhar isoladamente, separando a boca do resto do corpo e o indivíduo do seu meio ambiente. A Estratégia de Saúde da Família aponta para importantes mudanças na organização dos serviços e no processo de trabalho. Um dos diferenciais é o trabalho de diversos tipos de profissionais em equipe, inclusive a saúde bucal, que até então estava excluída (HOLANDA *et al.*, 2007).

Atualmente, e com o advento da inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família, o perfil esperado do cirurgião-dentista mudou e deve incluir, entre outras coisas, noções de epidemiologia, conhecimentos de saúde pública e o desenvolvimento do trabalho em equipe. No entanto, percebe-se uma dificuldade de integração dos odontólogos nestas equipes, condicionada a sua formação acadêmica desvinculada dos problemas sociais da população, desvalorizada por estudantes e professores que adotam o desenvolvimento de conteúdos técnicos fortemente ancorados no interior do ambulatório-escola, sendo este o lugar onde o tecnicismo é produzido, e reproduzido, refletindo uma prática meramente positivista (HOLANDA *et al.*, 2007).

A prática de saúde bucal integral teria que ser composta de um conjunto de agenciadores de mudança. A integralidade no campo da saúde se decompõe em várias perspectivas. Neste mesmo sentido, esta integralidade incide sobre diferentes instituições, organizações ou estabelecimentos e em espaços de difícil acesso. A princípio, os

agenciadores teriam certa dificuldade com a inserção da prática de saúde bucal, num segundo momento, podemos observar a ruptura de entraves. Num momento mais avançado, os dispositivos da integralidade romperiam as barreiras, construiriam novas formas de fazer/agir na prática cotidiana e seriam, portanto, disseminados e absorvidos pelos diversos sujeitos (SANTOS & ASSIS, 2006).

Segundo Mendes-Gonçalves (1992) a noção de trabalho em equipe vem precedida da divisão de trabalho em saúde, o que contribuiria para uma atenção à saúde planejada e executada, integrando uma diversidade de ações e de trabalhadores.

É necessário, por fim, conseguir um relacionamento consciente e coordenado de certo número de profissionais para que o conjunto do trabalho executado e o serviço de atenção à saúde, constitua-se em um só movimento em direção a um único fim (CREVELIM & PEDUZZI, 2005). A prática de trabalho em equipe com a integração entre os profissionais e as intervenções executadas, pode ser reconhecida e apoiada nos critérios apontados por Peduzzi (2001), sendo eles: a comunicação entre os agentes do trabalho, a articulação das ações, o reconhecimento das diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, o questionamento das desigualdades estabelecidas entre os diversos trabalhos e o reconhecimento do caráter interdependente da autonomia profissional. Segundo Crevelim & Peduzzi (2005) à medida que a equipe configura o trabalho cotidiano nesta direção, tende a construir um projeto comum que se torna o eixo em torno do qual os diferentes agentes executam seu trabalho especializado e integrado aos demais.

2 JUSTIFICATIVA

As atribuições técnicas de cada um dos profissionais no PSF – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e equipe de saúde bucal – devem estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo. Faz-se necessário integrar conhecimentos disponíveis nos espaços de trabalho, nos espaços de formação, nos espaços de produção de conhecimento, especialmente nos espaços de construção de cidadania. Um rol de atividades e funções buscando definir um perfil mínimo para atuação, não é suficiente para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania. Quando consideramos que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações biopsicossociais da saúde-doença e cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade; a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias. É nesta relação de complementaridade e interdependência e ao mesmo tempo de autonomia relativa com um saber próprio, que entendemos o trabalho dos distintos agentes – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e equipe de saúde bucal na estratégia em Saúde da Família. Articular estes distintos aspectos não é um empreendimento rápido e de um único grupo profissional; requer esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis possamos construir a idéia de equipe integração.

Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família. Se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhos.

Considerando a relevância que o Programa Saúde da Família pode se abrir para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos

agentes e maior integração da equipe, este trabalho se justifica em contribuir para uma maior percepção na construção do projeto de saúde da família, sendo necessário que a equipe construa um projeto comum e para tal os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes possam construir uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre esses e os usuários.

3 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho foi analisar as dificuldades e possibilidades para inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. Complementarmente, objetivou-se analisar, com fundamento na revisão da Literatura sobre o assunto – já referenciada na Introdução – a aplicação dos postulados estruturais do Programa da Saúde da Família na comunidade denominada “Grande Eldorado”, no Município de Montes Claros/MG, tratando os seguintes tópicos:

- Revisão da Literatura sobre os fundamentos da Saúde da Família, conforme tratado na introdução do presente trabalho, e, posteriormente, descrição da aplicação destes fundamentos quanto à inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.
- Descrição da inserção da Equipe de Saúde Bucal no PSF Nova Morada, Bairro Eldorado.
- Análise das possibilidades e desafios da inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.

4 METODOLOGIA

Revisão de literatura acerca da temática trabalho em equipe na atenção à saúde da família. As fontes de consulta foram artigos científicos, dissertações e teses relacionadas ao programa saúde da família, localizados a partir da pesquisa nas bases de dados virtuais SCIELO e MEDLINE, por meio de palavras-chave estratégicas, como: “equipe multidisciplinar”, “saúde bucal”, “saúde da família”.

Pesquisa através de análise do ambiente pesquisado e de experiência pessoal na Unidade e Equipe de Saúde Básica.

Discussão e apontamentos das dificuldades e possibilidades do PSF a partir da atuação das ESB.

5 DESENVOLVIMENTO

Souza (2001), citado por Emmi e Barroso (2006) afirma que a saúde bucal, no contexto do PSF, deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe e não exclusivamente daqueles que se dedicam especificamente à área de odontologia. Para o autor, o simples fato de incorporar a saúde bucal ao PSF não significa necessariamente incluir o cirurgião-dentista na equipe mínima constituída por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, mas é preciso articular o trabalho desses profissionais a uma equipe de saúde bucal, tendo em vista o enfoque à atenção básica à saúde.

Emmi e Barroso (2006), ao darem enfoque específico para a área odontológica, afirmam ser necessário que haja uma preparação das equipes de saúde bucal no sentido de prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, com a atenção sempre voltada para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais.

Sob este enfoque da atenção básica à saúde bucal, no ano de 1999, o Município de Montes Claros/MG adotou a Estratégia de Saúde da Família através de negociação da residência médica em Saúde da Família da Unimontes – Universidade Estadual de Montes Claros – com a Secretaria Municipal de Saúde para transferir o campo de prática de residência de Itacambira/MG para Montes Claros, organizando-se, com isso, a atenção básica à saúde local.

Para implantação do programa foi escolhida a região do Grande Eldorado, extensa área situada na zona periférica norte da cidade, por comportar as três equipes exigidas, dada a dimensão geográfica e a complexidade sócio-econômica da área, além de já existir, à época, solicitação do presidente do conselho gestor e da comunidade do local.

Em Agosto de 2005 foram implantadas as 10 primeiras Equipes de Saúde Bucal, completando-se o PSF, ressaltando-se que no Município a saúde bucal é, também, uma das maiores necessidades da população.

No início, a UBS do bairro Jardim Eldorado atendia de maneira tradicional, como praticada em postos de saúde, e comportava 3 equipes de PSF. Esta configuração causou alguns transtornos e dificuldades para o desenvolvimento das atividades: espaço físico inadequado e não aceitação da nova forma de atendimento característico do PSF por parte do setor administrativo (servidores públicos) e de alguns profissionais da UBS arraigados à maneira convencional. A título exemplificativo, cita-se que a gerência da UBS não concordava em ceder o espaço disponível para desenvolvimento das atividades de Grupos, essencialmente preventivas e educativas. Quanto aos profissionais, houve dificuldade, em alguns casos, para aceitação e prática do atendimento amplo à pessoa, contrário ao atendimento tópico.

A superação destes entraves se deu pela reeducação ou remoção, conforme o caso, dos profissionais, possibilitando a implantação da filosofia do PSF.

Outra dificuldade encontrada ocorreu quanto à cooperação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na mobilização da comunidade para eventos da saúde bucal tais como palestras, teatros, grupos de escovação supervisionada. A causa do problema foi identificada a partir das queixas apresentadas pelos ACS, referentes a acúmulo de funções (entre a equipe médica e a odontológica) e a remuneração recebida para o desempenho das atividades atribuídas.

A forma encontrada para solucionar tais dificuldades ocorreu por meio de instrução dos mesmos quanto ao conteúdo do Plano Diretor do programa, e bem como da Linha Guia, em reuniões quinzenais, que se mostraram eficazes também para exposição da forma de trabalho adotada. Foram confeccionados cadernos para cada micro-área, contendo cópia da ficha clínica de cada membro da família já atendido, o que resultou em eficiência na mobilização da comunidade para as atividades programadas – evitando, por exemplo, o comparecimento das mesmas pessoas às palestras educativas e possibilitando a análise real sobre o alcance do programa quanto às famílias de cada micro-área.

Sob o enfoque espacial e de organização das atividades, verificou-se que a organização da gestão da Unidade Básica de Saúde (UBS) demanda atenção vital para o funcionamento satisfatório do Programa de Saúde Bucal e da Família (PSB e PSF): a

gama de atividades médicas e odontológicas, quer isoladas, quer associadas, demanda espaço e estrutura que não foram suficientemente estudadas e disponibilizadas. O número de profissionais/equipes lotados na UBS, além dos servidores da área administrativa, confrontados com o espaço de trabalho, em princípio colocou em risco a execução do programa na comunidade, uma vez que cada equipe – médica e da saúde bucal – realizava isoladamente as atividades, em regime de escala de dias e/ou horários, dependendo da natureza.

Para além do escalonamento de horários, buscou-se solução através dos dados agregados pelo SIAB¹, identificando-se possibilidades de desempenho de atividades interdisciplinares de acordo com a filtragem e o cruzamento de informações. Por meio desta solução, verificou-se, por exemplo, que o número de gestantes das 3 equipes era reduzido; e devido à falta de espaço e a necessidade de otimizar o uso, as equipes se uniram e elaboraram programação anual voltada para os grupos operativo/educativos para gestantes.

Aos dados obtidos através do SIAB foram incorporados elementos do Plano Diretor do PSF e do Plano de Atenção Básica à saúde. Com isso, as intervenções direcionadas às necessidades de saúde de cada área passaram a ter fundamentos técnicos precisos e eficazes, aumentando quantitativa e qualitativamente a prestação do serviço de saúde à família, e favorecendo a atuação interdisciplinar.

O aperfeiçoamento da atuação das equipes gerou resposta também por parte da comunidade local, que gradativa e exponencialmente compreendeu os propósitos do Programa da Saúde da Família e respondeu positivamente aos planos traçados. Outras atitudes para inserção da comunidade se deram por divulgação dos programas, instrução direta pelos profissionais, ofertas de atrativos tais como sorteio de brindes, explicitação dos benefícios primeiro plano.

¹ “O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde.” Conforme dados obtidos através do *site* do Ministério da Saúde, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743, acessado em 05.05.2010.

Quanto às ações intuitivas, a atuação é dada de acordo com a demanda espontânea, ou seja, de acordo com a necessidade do usuário no momento que busca o atendimento. A postura padrão, nestes casos, é básica: o paciente é acolhido pela equipe responsável e dá-se as respostas mais satisfatórias e resolutivas possíveis. O responsável pelo acolhimento (tanto da demanda espontânea quanto da programada) segue um cronograma mensal de acompanhamento do caso, até o seu encerramento ou o último encaminhamento dado.

Atualmente, como característica de formação da equipe, todo profissional – e toda a equipe, por conseqüência – participa do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência; participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identifica grupos, famílias, e indivíduos expostos a riscos e atualizam essas informações continuamente; participam da priorização de situações a serem acompanhadas no planejamento local; realizam busca ativa e notificação compulsória de doenças e agravos; co-responsabilizam pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros níveis do sistema de saúde; garantem a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação; interagem com os usuários e seus familiares, identificando suas necessidades, expectativas e barreiras em relação á saúde.

A análise prática do objeto de análise, o perfil do PSB e PSF na região do “Grande Eldorado”, Montes Claros, estruturada na literatura revisada, revela que o propósito do Plano da Saúde da Família, se bem internalizado e compreendido quanto aos seus fundamentos, possibilita que quaisquer outros entraves sejam superados. Caminha-se para a formação de equipes multiprofissionais, com especificidades profissionais variadas, mas, capaz de tomar atitudes estratégicas para interagir com a população e com outros níveis da instituição de saúde, desde que lhe seja dado acesso a ferramentas e a condições adequadas.

6 CONCLUSÕES

Evidenciou-se a relevância do trabalho em equipe no PSF. A integração entre os membros proporciona a formação de ambiente natural para a troca de informações relacionadas aos pacientes, o que ocasiona tomada de condutas adequadas.

Considerado um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade reveste-se de importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil.

Na prática, cada membro tem o seu papel definido no Programa, devendo desempenhá-lo com dedicação e responsabilidade, o que torna o trabalho reconhecido pela comunidade e equipe. Conhecendo-se as necessidades das famílias, a abordagem torna-se mais ampla e é mais eficaz, pois toda a equipe participa do acompanhamento.

Ações educativas conjuntas devem ser estimuladas e implementadas pela Equipe de Saúde da Família, com o intuito de esclarecer à população em geral os principais sinais e sintomas de determinadas doenças, os fatores de risco a que ela está exposta, bem como os riscos associados ao descuido e ao não controle de tais doenças.

Pode-se desenvolver um programa de sensibilização dos profissionais da equipe através de educação continuada para possibilitar a identificação de patologias e com isso aumentar as chances de prevenção e captação precoce de patologias, acarretando com isso, comprometimento da equipe e responsabilização do usuário com o autocuidado.

Assim, a partir de um papel ativo e integrado de todos os profissionais no cuidado aos usuários da área de responsabilidade da equipe, poder-se-á prevenir patologias, contribuindo para a promoção, controle e manutenção da saúde.

A experiência revela que para consolidar esse novo modelo, torna-se necessária a presença de cirurgiões-dentistas, assim como todos os demais profissionais técnicos e auxiliares, juntos de todos os integrantes de uma equipe multiprofissional e completa, como demanda o PSF.

É fundamental que haja cursos de educação continuada para todos que ingressam e compõem a equipe, como estratégia de promoção à saúde, de forma que possam ser agentes transformadores de um paradigma, ainda hegemônico, que dissocia (desintegra) a equipe e distancia os profissionais. Revela-se um modelo consistente, de saúde integrada, familiar, compromissada, tal como é o propósito determinado pela Constituição democrática que prega a universalidade como princípio da saúde.

7 REFERÊNCIAS

Almeida, M. C. P. de, Mishima, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. *Interface (Botucatu)* [online]. 2001, vol.5, n.9, pp. 150-153. ISSN 1414-3283.

Alves, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 39-52. ISSN 1414-3283.

Conill, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s7-s16. ISSN 0102-311X.

Crevelim, M. A., Peduzzi, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.2, pp. 323-331. ISSN 1413-8123

Holanda, A. L. F. de, Barbosa, A. A. de A., Brito, E. W. G. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1507-1512. ISSN 1413-8123.

Kuhn, T. *A estrutura das revoluções científicas*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: Saúde dentro de casa*. Brasília (DF); 1994.

Mendes-Gonçalves, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. Centro de Formação de Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo. 1992. (Cadernos CEFOR, 1).

Moura, E. R. F., Sousa, R. A. de. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, n.6, pp. 1809-1811. ISSN 0102-311X.

Oliveira, E. M. de., Spiri, W.C, Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública*, 2006, vol. 40, n. 4, pp.727-33

Peduzzi, M. *Equipe multidisciplinar em saúde: a interface entre o trabalho e a interação* [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1998.

Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. 2001, vol.35, n.1, pp.103-109.

Rosa, W. de A. G., Labate, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.6, pp. 1027-1034. ISSN 0104-1169.

Santos, A. M. dos, 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. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, n.1, pp. 53-61. ISSN 1413-8123.

Scherer, M. D. dos A., Marino, S. R.A., Ramos, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhniananas. *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 53-66. ISSN 1414-3283.

Viana, A. L. D., Dal Poz, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* [online]. 2005, vol.15, suppl., pp. 225-264. ISSN 0103-7331.

Xavier, B., Barroso, J. M. Mariani, P. V., Nascimento, S. C. P. do, Santos, T. M. R. dos. Importância da inclusão do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família. *JOFA*, vol. 7, n. 1, 2007. ISSN 1678-0507