

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**O DESAFIO DA INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CENTRO DE SAÚDE SANTA
AMÉLIA**

Vânia Cristina Calcagno Saade Simão

Tutor: Flávio de Freitas Matos

2009

RESUMO

O Centro de Saúde Santa Amélia situa-se no bairro de mesmo nome, pertencendo à Regional Pampulha. O serviço de Odontologia é oferecido à população desde o ano de 1996, mas a Equipe de Saúde Bucal não havia aprendido na prática a trabalhar integrada às outras especialidades médicas da unidade. Este problema vinha se prolongando ao longo dos anos sem qualquer reflexão com relação às nossas ações e conseqüentes resultados. Sabemos que o Programa de Saúde da Família propõe uma nova dinâmica de trabalho onde se reforça o vínculo e o compromisso com a comunidade pela qual somos responsáveis. O objetivo deste estudo foi analisar o real envolvimento da Equipe de Saúde Bucal com as atividades que acontecem no Centro de Saúde e as possibilidades concretas de mudança no nosso dia a dia. Apesar das diferenças de conduta e de ideologias, vimos que isto é possível, desde que haja uma disponibilidade interior, dedicação diária, diálogo constante e vontade de mudar. Criou-se então, uma nova perspectiva de atuação para os profissionais da Equipe de Saúde Bucal, onde as atividades se estenderam além do espaço do consultório odontológico, indo à busca de um maior envolvimento e compromisso com todo o Centro de Saúde, rompendo com paradigmas, e enfrentando as dificuldades de relacionamento inerentes a qualquer grupo humano que esteja inserido num espaço comum, e ao mesmo tempo aprimorando as estratégias de cuidado com a saúde daquele que busca este serviço.

Palavras chave: inserção, motivação, compromisso

ABSTRAT

The Health Center Santa Amelia is located in the neighborhood of the same name, belonging to the Regional Pampulha. The Dental Service is offered to the public since 1996, but the Team Dental Health had not learned to work in practice integrated with other medical specialties unit. This problem has prolonging over the years without any discussion with respect to our actions and consequent results. We know that the Program of Family Health proposes a new dynamic where you work strengthens the link and commitment to the community in which we are responsible. The objective of this study was to assess the actual involvement of the Oral Health Team with the activities that take place at the Health Center and the practical possibilities of change in our day to day. Despite the differences in behavior and ideologies, we saw that this is possible, provided there is an available pool, daily devotion, constant dialogue and willingness to change. He then created a new perspective of action for the Team Professional Oral Health, where the activities were extended beyond the scope of the dental office, going to seek greater involvement and commitment throughout the health center, breaking paradigms and experiencing relationship difficulties inherent in any human group that is housed in a common area, while improving the strategies of health care that seeking this service.

Keywords: integration, motivation, commitment

INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), o Programa de Saúde da Família (PSF), é uma estratégia de reorganização assistencial com atenção centrada na família, que busca a vigilância à saúde por meio de ações individuais e coletivas voltadas a promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde.

O PSF, criado em 1994, tem sido considerado uma estratégia eficaz na reorganização da Atenção Básica, pois seus princípios são: o foco na família, prática clínica baseada na epidemiologia social, adscrição da clientela, e principalmente o estabelecimento de vínculo, ou seja, o compromisso e a responsabilidade entre os profissionais e a população. (BRASIL, 1997)

Segundo Carvalho et al, (2004), a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) como parte do PSF foi efetivada na Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), onde estabeleceu-se critérios e incentivos financeiros para a inclusão de uma Equipe de Saúde Bucal para cada duas Equipes de Saúde da Família, com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica odontológica no município, em termos de promoção de saúde, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal, sempre em busca da melhoria do perfil odontológico da população, e conseqüentemente da sua qualidade de vida. O sucesso deste programa depende, acima de tudo, da mudança de perfil dos profissionais que atuam na Atenção Básica. Isto significa que não basta incluir um cirurgião-dentista na equipe mínima constituída por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde. É bom enfatizar que não existe um método que se coloque como único para a melhora da situação bucal da

população, pois o conhecimento da realidade local é um dos mais importantes delineadores de políticas de Atenção à Saúde.

Ainda segundo Carvalho, durante o processo de implantação da ESB no PSF, pode-se encontrar duas situações:

- a) A ESB é habilitada junto com a Equipe de Saúde da Família (ESF), o que favorece a participação integral no planejamento e organização do processo de trabalho.
- b) A ESB é incorporada a uma equipe já habilitada do PSF, o que dificulta o processo de inserção das ESB no PSF (como é o caso do nosso Centro de Saúde)

Vale ressaltar que o fato de uma ESB estar vinculada ao território de mais de uma Equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2003), dificulta a integração das equipes e corre o risco de dividir o PSF, além do desafio de ter de atender uma demanda reprimida maior que a capacidade do serviço, tornando inviável a criação de um vínculo com a população adscrita e dificulta a execução de um trabalho planejado.

Por este motivo, hoje o Ministério da Saúde já admite ser implantada uma ESB para cada ESF implantada ou em processo de implantação, ou seja, o incentivo do Ministério da Saúde estabelece que possam ser implantadas quantas ESB forem necessárias a critério do gestor, desde que não ultrapassem o número de ESF e considere a lógica de organização da Atenção Básica. (Portaria 673 MS 2009)

Neste momento, de acordo com Franco et al, (1999), se torna oportuna a inclusão do acolhimento, que é visto como ponto de partida para a organização do processo de trabalho, pois a partir de sua implantação, otimiza-se o serviço, dando resolutividade. É fundamental ouvir, cuidar e atender com qualidade, e desta forma ampliar o acesso. O grande desafio passa a ser a incorporação de profissionais a este processo de forma que causem impacto na solução dos problemas acumulados, além de serem capazes de criar um vínculo com a população.

A inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) cria um novo espaço para as práticas e relações a serem construídas, partindo da reorganização do processo de trabalho e do papel da odontologia na saúde pública.

De acordo com Lima et al, (2006), existem duas modalidades de implantação das ESB na Saúde da Família:

- a) Modalidade 1, composta por um CD e um ASB (auxiliar de saúde bucal)
- b) Modalidade 2, composta por um CD, um ASB, e um TSB (técnico de saúde bucal).

A inclusão da ESB na ESF tem se mostrado como um grande avanço na prática odontológica do país, pois se trata de uma estratégia eficaz para reorganização da Atenção Básica no nível do município. A sua implementação é um grande desafio tanto para nós, trabalhadores da saúde, como para os gestores. Para isto acontecer, precisamos, em primeiro lugar, conhecer muito bem o território em que vamos trabalhar e pelo qual nos responsabilizaremos, isto é, a nossa área de abrangência, com suas condições sócio-econômicas, culturais, e epidemiológicas. Assim iremos conhecer a nossa realidade e planejar a nossa intervenção.

A vigilância em saúde pode se tornar um instrumento de construção de uma nova modalidade de Atenção, onde o indivíduo e o coletivo são vistos além da dimensão biológica humana, mas também se considera o ambiente que vive e o estilo de vida. (MENDES, 1999).

O CENÁRIO

O Distrito Sanitário Pampulha é o segundo maior de Belo Horizonte em extensão (46.03 Km²). É uma área de contrastes onde atrações turísticas e luxuosas mansões dividem o espaço com aglomerados e famílias em situação

de vulnerabilidade social nos setores considerados de baixo risco. Este é um grande desafio, pois esta população também demanda atendimento nas unidades de saúde. A população é de 142.602 habitantes (senso 2000 IBGE), onde 52,2% dos habitantes (74.507) residem em áreas de risco e 47,8% em áreas de baixo risco. Outra característica da Pampulha é o número elevado de setores censitários resultando em áreas de abrangência extensas nas unidades básicas de saúde. O Distrito Sanitário Pampulha possui 08 centros de saúde, 24 ESF, e a população varia de 4.259 a 34.074 pessoas por área de abrangência. Foram usados dados do censo do IBGE de 1996 para a implantação das ESF. Em 2003, o índice de vulnerabilidade social (IVS), foi atualizado com dados de 2000, e muitos setores censitários foram reclassificados. Assim, com a mudança da classificação de risco, duas vagas de ESF do Centro de Saúde Santa Amélia (CSSA) foram remanejadas para outras Regionais. A grande preocupação dos trabalhadores e gestores desta Regional sempre foi o atendimento à população de baixo risco, o que deixa claro que é necessária uma estratégia de atendimento desta população. O CSSA utiliza o critério de referenciamento para a equipe de apoio. Outra característica da Regional Pampulha é que ela tem um dos maiores índices de crescimento populacional de Belo Horizonte. Isto exige uma continuidade da discussão do processo de trabalho com as equipes locais, na atualização do cadastro, na participação popular, de forma a buscar os princípios do SUS, que são: universalidade, integralidade e equidade. (TURCI, 2008)

De acordo com os dados coletados por Trombin (2006), o CSSA situa-se no bairro Santa Amélia, pertencente à Regional Pampulha. Segundo o censo IBGE 2000, ele é responsável por uma população de 32.199 habitantes, fazendo parte de sua área de abrangência os bairros Itapoã, Santa Branca, Santa Amélia, Jardim Atlântico, Copacabana e parte do bairro Céu Azul. O CSSA foi inaugurado em dezembro de 1996, sendo uma conquista da população através do orçamento Participativo. Ele caracteriza-se por uma área de médio risco de 11.008 habitantes e de baixo risco de 20.858 habitantes. O risco elevado de 333 habitantes, após acordo entre regionais, deixou de pertencer ao CSSA e passou a ser responsabilidade do Centro de Saúde São Tomás, na Regional Norte.

Já o processo de implantação do PSF no CSSA iniciou-se no ano de 2002, após várias reuniões entre o Conselho Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e os trabalhadores da rede. (SANTOS, 2007)

O CSSA possui 36 setores censitários. Do total de famílias cadastradas, 97,2% residem em casa de alvenaria, 99,78% possuem energia elétrica de rede oficial, 96,13% têm coleta de lixo oficial. Quanto ao esgoto, 81,51% usam a rede de esgoto oficial, 16,77% despejam o esgoto à céu aberto ou em córregos e 1,72% usam fossa. Um dado considerável mostra que 41,96% das pessoas têm cobertura de plano de saúde. (CENSO 2000 IBGE).

A unidade conta hoje com três ESF assim denominadas: Equipe Sol com 3.785 habitantes, Equipe Vermelha, com 3.647 habitantes e Equipe Laranja com 2812 habitantes, e uma Equipe de baixo risco, denominada Equipe Prata de 20.858 habitantes. Isto significa que estes últimos não são contemplados pelo PSF. Este fato, sem dúvida, é um grande complicador do nosso processo de trabalho, pois a grande demanda do Centro de Saúde é justamente a população de baixo risco para a qual ainda não há uma política de saúde específica que possa dar resolutividade às suas necessidades acumuladas de saúde. Nas ESF trabalha-se o baixo risco prioritariamente com a demanda espontânea. Apesar do conceito de universalidade, existe o desafio inicial de trabalhar com o conceito de equidade, proporcionando uma maior atenção aos grupos populacionais mais vulneráveis até que possa progressivamente, se possível, estender a cobertura do programa a toda a população que utiliza o SUS. As ações desenvolvidas na unidade são variadas. Entre elas temos o atendimento à demanda espontânea e um fluxo já estabelecido para a demanda organizada como o atendimento à gestante e à nutriz, a puerpéria, prevenção de colo de útero, acompanhamento de crianças menores de um ano, visitas domiciliares a acamados e idosos dependentes, grupos de hipertensos, diabéticos, saúde mental, reuniões de equipe, grupos de trabalho manuais, acolhimentos, vacinação, prevenção, puericultura, pré-natal, planejamento familiar, farmácia, curativo, etc. O atendimento médico e da enfermagem se baseiam em experiências e estratégias desenvolvidas pelas equipes anteriores e pelos Cadernos de Atenção Básica fornecidos pelo Ministério da Saúde, onde cada profissional tem sua função específica, mas

também um papel essencial na equipe interdisciplinar. As três ESF já contam com sua população adscrita, com um conhecimento do território, facilitando a priorização de ações a serem executadas. Além disto, existe o estabelecimento de vínculo entre família e equipe, ocasionando a responsabilidade pelo usuário. O paciente se sente acolhido e confiante, facilitando o diagnóstico e o tratamento, além de abrir brechas para ações de promoção e prevenção à saúde. (TROMBIN, 2006)

O PROBLEMA

A princípio, a ESB ficou isolada deste processo de implantação do PSF. O atendimento se resumia no agendamento programado de quatro pacientes por turno, e o atendimento intercalado das urgências odontológicas (demanda espontânea). Com a inserção da ESB na ESF, houve mudanças no quadro de recursos humanos, mas as estratégias de trabalho ainda não estavam norteadas pelos princípios do PSF, pois no início a adesão dos profissionais ao programa se resumia apenas ao aumento da carga horária, sem um vínculo com as ESF. Isto foi um dificultador do processo de inserção da odontologia no programa, pois no início havia uma integração e uma organização das atividades médicas e de enfermagem dentro da unidade, enquanto que a odontologia continuava isolada, funcionando com o sistema de inscrição por equipe.

De acordo com Mendes (1999), a ESB deve criar e manter um vínculo de responsabilidade entre comunidade e profissionais. Este é um dos grandes diferenciais do PSF, onde a vigilância em saúde bucal deve se basear em: território, problemas de saúde e intersetorialidade. Devido ao elevado número da população adscrita e ao número reduzido de ESB em relação ao número de ESF, a demanda pelo serviço odontológico é muito grande. Por este motivo, optou-se pelo acolhimento (demanda espontânea) de acordo com as diretrizes do Projeto Global de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-BH), onde priorizamos as urgências e agendamos os pacientes com

necessidade de tratamento odontológico, para que não haja fila de espera como ocorria antigamente.

Sabe-se que a população brasileira possui altos índices de necessidades acumuladas de tratamento em saúde bucal. Portanto, qualquer ampliação de acesso de cobertura só poderá ocorrer de forma gradativa. Para isto se faz necessária a padronização das condutas para o enfrentamento das necessidades prioritárias levantadas no nível local, a partir de diretrizes e protocolos já produzidos e consolidados.

É de se esperar que haja a princípio uma dificuldade de negociação do trabalho das equipes, decorrente de um excesso de demanda e da dificuldade de negociação com a população para priorização de ações.

Hoje, a expectativa e a cobrança da parte dos usuários do SUS são bem maiores do que antes, pois após a implementação da ESF, e por residirem em um grande centro urbano, onde há um controle efetivo através dos Conselhos Locais, Distritais e Municipais de Saúde, e também por terem muito mais acesso à informação sobre auto-cuidado, cabe a nós profissionais de saúde e aos gestores deste sistema, dar um retorno dentro de nossas possibilidades.

Atualmente no serviço odontológico do CSSA, existem duas ESB. Somos dois CD de 8 horas, um TSB de 8 horas, duas ASB de 8 horas e uma ASB de 6 horas.

As atividades realizadas na unidade são: acolhimento diário da demanda espontânea, segundo proposta da SMS, nos dois turnos durante todo o horário de atendimento; atendimento individual da demanda programada, onde são realizadas restaurações diretas de amálgama, resina composta ou ionômeros de vidro, além de restaurações provisórias (curativos), profilaxia (raspagem e polimento coronário), exodontias, pulpectomias, e quando necessário, são feitos encaminhamentos para a referência secundária através da Central de Marcação de Consultas (SISREG); escovação supervisionada e aplicação de flúor (quando indicada) para crianças até doze anos, às segundas-feiras nos dois turnos de forma a dar cobertura ao maior número possível de crianças, e onde é feita uma pré- avaliação dos casos mais urgentes a serem agendadas,

além da orientação quanto à higiene bucal e do reforço aos métodos de escovação, visitas domiciliares quando solicitadas pela ESF ou pelos ACS; os adultos diabéticos, hipertensos, idosos, pacientes da Saúde Mental têm prioridade de atendimento; prevenção de câncer bucal nos levantamentos de lesão de mucosa realizados na participação das Campanhas de Vacinação de Idosos anualmente; o acolhimento por equipes periódico como forma de organizar a demanda programada que busca o serviço odontológico; participação das Teleconferências de Saúde Bucal buscando aprimorar o conhecimento na área em que atuamos; reuniões periódicas com a ESB para maior entrosamento da equipe entre si e posteriormente com a unidade, além de avaliar o andamento do serviço, entre outras.

De acordo com o documento: “A Atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte: Recomendações para a Organização Local” de maio de 2006 ficou claro que é papel do CD participar das reuniões das ESF, grupos, visitas domiciliares de acordo com necessidade identificada; realizar a atenção integral em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da ESF, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; entre outras.

Da mesma forma, o TSB e o ASB, dentro de suas atribuições técnicas e legais, também devem realizar esta atenção integral em saúde bucal em conjunto com a ESF.

Podemos dizer que hoje, apesar do esforço de toda a ESB em se integrar às outras atividades desenvolvidas no Centro de Saúde, existe uma resistência em participarmos destas ações, pois a demanda acumulada de necessidades odontológicas é muito grande, o que causa grande stress nas equipes, além do número significativo de usuários de baixo risco, onde não há cobertura do PSF (20.858 habitantes), cuja procura pelo serviço odontológico supera em muito a das equipes de nossa responsabilidade.

No mês de março deste ano, tivemos uma reunião das ESB com a gerência da unidade, onde houve uma tentativa de alteração nas agendas, com o objetivo de modificar as nossas condutas de forma a tentar nos adequarmos a proposta da SMS quanto a um maior envolvimento das ESB nas atividades desenvolvidas na unidade, mas constatamos que na prática isto ainda não aconteceu.

OBJETIVO

Inserir de forma gradativa a ESB nas atividades do CSSA, com compromisso e responsabilidade, de forma que seus integrantes se sintam realmente vinculados, agindo como uma equipe multidisciplinar, contribuindo com as outras categorias profissionais no que lhe cabe, e recebendo dos outros tudo que possa colaborar na promoção da saúde dos usuários que buscam este serviço.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Optou-se por adotar uma abordagem qualitativa que avalie o trabalho da ESB no PSF. Esta é uma modalidade metodológica que permite analisar criticamente a realidade, bem como visualizar as possibilidades de transformações. Partiu-se, então do pressuposto que nós, trabalhadores do PSF, possuímos experiência cotidiana e conhecimentos práticos sobre o trabalho em equipe, mas no dia a dia não fazemos uma reflexão crítica sobre nossas ações. Sendo assim, dividimos a proposta em três etapas:

Primeira etapa: Marcação de uma reunião com a ESB para esclarecer da urgência de pararmos para revermos o nosso processo de trabalho, onde faremos uma re-leitura do documento citado anteriormente, onde ficam bem definidos os papéis de cada profissional dentro da ESB e também se inserindo nas suas respectivas ESF, com compromisso e responsabilidade.

Segunda etapa: Procurar rever a nossa proposta de agendamento semanal que é baseada naquela que a SMS colocou como sugestão assim denominada:” PROPOSTA DE PLATAFORMA BÁSICA ”. Nela o atendimento da demanda espontânea acontece durante todo o expediente de trabalho onde a necessidade imediata do usuário (urgência), não fica prejudicada em função de uma melhora na organização do serviço. Dentro da mesma proposta, precisamos reservar horários para participarmos das reuniões de equipe, com compromisso de estarmos contribuindo de alguma forma na melhora da saúde bucal individual e coletiva. Desta forma haverá uma maior integração da ESB aos outros profissionais da unidade acrescentando e recebendo saberes e ações com a finalidade de unir esforços visando à saúde daquele que busca este serviço.

Terceira etapa: Fazermos o acompanhamento e uma avaliação periódica para sabermos se a ESB realmente se integrou às atividades existentes na unidade.

DISCUSSÃO

A partir da proposta de intervenção feita, as ESB do CSSA atenderam prontamente ao convite, e foi marcada a primeira reunião para o dia 16 de junho de 2009.

Os temas trabalhados foram:

- a) Reavaliar o nosso processo de trabalho, para aí sim, entrosados e mais conscientes do nosso papel no processo de construção da história da odontologia no CSSA, termos mais envolvimento e responsabilidade.

- b) Para isto, a primeira sugestão foi assumirmos o compromisso de nos reunirmos periodicamente, priorizando na agenda estes momentos com antecedência.
- c) Posteriormente, procurar nos engajarmos nas respectivas ESF, buscando estarmos bem informados das atividades realizadas por estas equipes, e não se isolando apenas no nosso dia a dia, como acontecia antes da implementação do PSF.
- d) Buscar uniformizar as informações tanto para os usuários que buscam o serviço como para os funcionários da unidade.

No dia combinado, ao começarmos a discutir o nosso processo de trabalho, houve neste primeiro momento um estranhamento inicial, com grande choque de idéias, onde não se conseguiu chegar a um consenso geral, talvez até pela falta de hábito de se realizar este encontro periodicamente. Alguns nem sequer se manifestaram, colocando-se apenas como meros expectadores, sem qualquer envolvimento ou interesse aparente, enquanto outros, se aproveitando da oportunidade, se exaltaram ao extremo, causando um enorme mal estar. Foi frustrante, mas necessário.

Como estamos vivendo um momento especial de transição, de mudança de gerência local, tivemos logo após esta data, uma reunião geral que aconteceu no dia 24 de junho de 2009, onde a nova gerente, desde o início de suas atividades na unidade se mostrou muito empenhada em desenvolver um novo trabalho no sentido de um maior envolvimento de todos visando um objetivo comum que é a melhora no serviço prestado, sabendo de antemão que já temos este potencial, basta querermos.

A reunião se intitulou: “Reorganização do processo de trabalho a partir de sugestões construídas em reunião de equipe feita em dezembro de 2008”.

Fazendo um apanhado geral das idéias que foram discutidas e aprovadas nesta oportunidade, e feitas pelos próprios funcionários, vale ressaltar:

- a) Melhorar a colaboração/ cooperação entre os profissionais
- b) Saber escutar o colega

- c) Promover a boa convivência
- d) Reconhecer o valor do colega
- e) Ter compromisso
- f) Respeitar a hierarquia
- g) Não faltar sem avisar
- h) Ter mais reuniões de equipe para promover a integração dos funcionários
- i) Participar de reuniões para construir planos de ação
- j) Melhorar o repasse de informações
- k) Divulgar internamente o trabalho de equipe
- l) Aceitar a opinião dos outros
- m) Reconhecimento profissional (lutar por melhores salários)
- n) Falar a mesma língua
- o) Saber receber mudanças positivamente
- p) Ser responsável pelo que se fala
- q) Confiar na administração
- r) Colocar limites para os usuários (mais privacidade para atendimento)
- s) Trabalhar a recepção (acolhimento) desenvolvendo o cuidado com o usuário
- t) Investir na melhoria das relações interpessoais e profissionais (desenvolver cooperação, respeito e habilidades afetivas entre todos)

Resumindo, temos como palavras-chave:

RESPEITO

COOPERAÇÃO

COMPROMISSO

MOTIVAÇÃO / ENTUSIASMO

Na verdade, o trabalho do outro depende do meu e vice-versa. A motivação é interna (de dentro para fora) e pode ser estimulada, inovando. Se

pensarmos no significado da palavra Entusiasmo, veremos que é “Deus dentro de nós”, e sem ele não chegaremos a lugar nenhum.

Partindo deste pensamento, surgiram sugestões para reorganização do serviço, onde se tornou necessário uma pactuação que pudesse sustentar as mudanças, como por exemplo:

- a) Eleger o que, como e os responsáveis pela mudança
- b) Estabelecer regras, normas e condutas
- c) Apoio permanente (do distrito, que é nosso parceiro e não fiscal; do nível local; da gerente)
- d) Usar a tática do “POSSO AJUDAR” como estratégia de melhora na qualidade do atendimento aos usuários do SUS (Humaniza SUS) onde o ambiente possa ser confortável, agradável e alegre para quem o busca. Fica claro aqui que não somos obrigados a ter todas as respostas, mas precisamos rever o nosso empenho e boa vontade em melhorar a qualidade da nossa resposta, nos perguntando sempre: “Como dou a informação ao usuário?” O envolvimento é fundamental para que esta reflexão aconteça.
- e) Não se esquecer do envolvimento/ entusiasmo necessário para enfrentar qualquer mudança, pois sabemos da resistência natural de cada um a tudo que é novo.
- f) Fazer reuniões permanentes, ampliadas e formatadas
- g) Promover a inclusão de algumas categorias (zoonoses, odontologia, ACS) Abrindo aqui um parêntese, fica registrado o reconhecimento de toda a equipe do Centro de Saúde no sentido da urgência do reconhecimento da Odontologia como parte integrante das atividades de rotina da unidade
- h) Informatização de todos os setores da unidade.
- i) Formação do Colegiado Gestor, que é um sistema de co-gestão onde se procura articular novo formato no atendimento em saúde com participação dos envolvidos no trabalho em equipe. Neste sentido ele se torna um instrumento de estímulo à reflexão e aumento da auto-estima dos profissionais, ao fortalecimento do empenho no trabalho, com criatividade e busca de soluções, e conseqüentemente um

aumento da responsabilidade social, com a implementação das diretrizes do SUS. Há uma troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores.

As atribuições do Colegiado Gestor são:

- 1) Elaborar um projeto de ação
- 2) Atuar no processo de trabalho
- 3) Responsabilizar envolvidos
- 4) Criar e analisar indicadores
- 5) Sugerir e elaborar propostas
- 6) Criar estratégias para envolvimento dos prestadores de serviço
- 7) trabalhar por objetivo comum
- 8) Promover valorização do trabalho
- 9) Melhorar a comunicação interna

Se pensarmos bem, o Centro de Saúde é uma “empresa que lida com produto vivo (com usuários, colegas de trabalho, chefias, coordenadores, etc.) e isto exige muito de nós, pois o produto de nosso trabalho não é um objeto, mas o ser humano, buscando incansavelmente a sua saúde, principalmente nos momentos em que ele se encontra mais fragilizado. Para isto, nós, equipe do CSSA, e demais funcionários do sistema público de saúde, precisamos estar atentos às nossas atitudes, para que também nós, seres humanos que somos, acabemos por nos tornarmos vítimas de um trabalho estressante, desgastante e improdutivo, onde perdemos de vista o objetivo maior que é a melhora da qualidade de vida da população, na qual com certeza estamos incluídos.

Se seguirmos esta linha de pensamento que direciona para uma visão humana do processo de trabalho, pudemos enfatizar que a comunicação entre os profissionais de saúde tanto internamente, na nossa ESB, quanto na ESF do CSSA é a chave, ou seja, o segredo para que o trabalho em equipe ocorra da melhor forma possível. Temos que destacar a dimensão das relações interpessoais que trazem em si sentimentos positivos de amizade, simpatia,

coleguismo, camaradagem, ou mesmo sentimentos negativos de desavenças ou antipatias naturais. Tudo isto dificulta o relacionamento, influenciando sobremaneira no resultado dos nossos esforços, sobrepondo muitas vezes à dimensão tecnológica em si. Em qualquer grupo humano, esta dinâmica acontece, mas é preciso que não se perca de vista o objetivo, ou seja, a meta que é o serviço, que exige de nós maturidade suficiente para conviver com as diferenças e acima de tudo respeitá-las, vendo no outro um alguém diferente de mim, mas que também carrega consigo expectativas e possibilidades que precisam ser colocadas em grupo, para que haja uma complementaridade de saberes, e não apenas um agrupamento de pessoas no mesmo espaço físico guardando para si suas capacidades, sem dividi-las com os outros. É preciso que cada um coloque em comum sua contribuição única e insubstituível, não guardando seu potencial por motivos alheios ao serviço a que nos propomos fazer como opção de vida.

Após esta reflexão, e voltando à realidade do CSSA, tivemos como fatos concretos que o Colegiado Gestor num primeiro momento elaborou um documento onde foi traçado um planejamento estratégico para guiar as ações do Centro de Saúde, mas ainda não foi possível pelo curto espaço de tempo, dizer qual a avaliação deste trabalho.

Quanto à inserção da ESB nas atividades da unidade, podemos dizer que os encontros que já fizemos foram apenas os primeiros passos de um longo caminho que decidimos percorrer, onde o retorno é muito maior que nossas expectativas, o que nos dá confiança de que estamos no rumo certo. Rompeu-se a resistência inicial, o que mudou sobremaneira o perfil de cada um de nós, de forma bastante perceptível no dia a dia da clínica. Começamos a ver no colega de trabalho um aliado empenhado em buscar incansavelmente resultados cada vez melhores, explorando assim nossas capacidades e melhorando o ambiente de trabalho, onde passamos grande parte do dia nos dedicando a um objetivo maior que deve superar qualquer fragilidade humana.

CONCLUSÃO

A nossa proposta de enfrentamento das dificuldades de relacionamento no trabalho e de envolvimento da ESB com as atividades realizadas na unidade já deram resultados animadores. A conscientização da importância do papel de cada um na construção de uma nova odontologia precisa acontecer, pois só assim conseguiremos romper com paradigmas, libertando-nos da cadeira do dentista. É necessário que a ESB participe dos processos de planejamento e avaliação das ações em desenvolvimento na sua região, fazendo visitas domiciliares, participando de grupos operativos, fazendo parte do colegiado gestor, mas não se eximindo de suas funções no campo da prevenção e promoção da saúde bucal do indivíduo. Vale ressaltar que uma das limitações deste estudo é a não realização de entrevistas individuais que poderiam destacar em maior profundidade as dificuldades e potencialidades do trabalho em equipe no PSF. Fica aqui a expectativa de que o presente trabalho nos desperte mudanças de atitude pessoal e profissional, no sentido de buscar uma maior integração de todos em busca de um objetivo comum.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1.444/GM. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família, Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 dez.2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.673/GM. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa Saúde da família, parte integrante do Piso de Atenção Básica-PAB. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 3 jun. 2003.

BRASIL- Caderno de Atenção Básica n.17. Ministério da Saúde, Saúde Bucal, Brasília, DF, 2006, pág. 21.

CARVALHO, D. Q; ELY, H.C.; PAVIANI, L. S.; CORRÊA, P.E.B.; A Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família; Boletim da Saúde, Porto Alegre, vol. 18, n. 1, jan/jun 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W S.; MERHY, E, E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde; o caso de Betim, Minas Gerais, Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.15, n.2, pág. 345-353 abr./jun. 1999.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde, São Paulo, Hucitec 1999.

Organização da Atenção Básica na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Recomendações para a Organização Local; maio de 2005, pág. 93 a 97.

SANTOS, Edivânia dos. Implantação do Programa de Saúde da Família no Centro de Saúde Santa Amélia. Belo Horizonte, UFMG; Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Políticas da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas no Curso de Pós-Graduação Lato Sensu da Universidade

Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Políticas Públicas, pág.14 (2007).

TROMBIN, Shirley Lima. O Desafio do Programa de Saúde da Família como Alternativa ao Modelo Médico Hegemônico: Realidade ou Mito? Monografia apresentada ao curso de Política Social de Saúde, Programa de Pós-Graduação Lato Sensu da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, pág.64 a 67, (2006).

TURCI, Maria Aparecida. BH, Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica á Saúde em Belo Horizonte. S.M.S., BH; pág. 399 a 413. (2008).

