

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Odontologia

**Organização do serviço: dificuldades no atendimento a uma
população diversificada**

Margarida Cristina Minucci Bicalho

Belo Horizonte

2009

Margarida Cristina Minucci Bicalho

**Organização do serviço: dificuldade no atendimento
a uma população diversificada**

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

Orientadora: Professora Elza
Maria de Araújo Conceição.

Belo Horizonte

2009

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Elza, pelo conhecimento e sabedoria. Ao Professor Marcos pela luta, durante anos, para a realização deste curso. A todos os professores de Saúde Coletiva, pela dedicação.

No modo de ser-cuidado ocorrem resistências e emergem perplexidades. Mas elas são superadas pela paciência perseverante. No lugar da agressividade, há a convivência amorosa. Em vez da dominação, há a convivência afetuosa, ao lado e junto do outro.

Leonardo Boff

Resumo

Este trabalho tem como objetivo a organização do serviço de saúde bucal do Centro de Saúde Sagrada Família. As principais dificuldades encontradas pela equipe de saúde bucal são território populoso e alta demanda. A maioria da população é considerada de baixo risco, tem boa escolaridade e demanda mais os serviços de saúde, apesar de não haver um modelo de assistência para esta população. A população adscrita ao Programa de Saúde da Família, que faz parte do médio risco e elevado risco é relativamente menor, mas em números absolutos é um grande número de pessoas que apesar da necessidade, buscam atendimento apenas nas urgências. A metodologia utilizada foi um levantamento dos problemas da população da área de abrangência do centro de saúde, uma revisão da literatura existente sobre a organização do serviço e também a elaboração de uma proposta de várias ações para a promoção de saúde no Centro de Saúde Sagrada Família. A questão central de discussão neste trabalho são os princípios do Sistema Único de Saúde, principalmente a Universalidade e a Equidade. A universalidade é uma meta inquestionável a ser alcançada, no entanto, diante dos recursos disponíveis atualmente, ainda é um sonho. A Equidade deve ser um norteador durante o acolhimento, pois é através da aplicação deste princípio que as injustiças sociais e os baixos investimentos financeiros na saúde poderão ser reparados. As ações de saúde devem atrair o usuário de maior risco, pois a literatura mostra que este tem baixa escolaridade e renda, não reconhece seus problemas de saúde e nem sabem dos seus direitos. Portanto, se faz necessária a construção de ações voltadas para as necessidades da população do Centro de Saúde Sagrada Família, em que se atenda a demanda do usuário, tanto de elevado e baixo risco com um acolhimento humanizado que o faça se sentir cuidado e que ocorram mudanças no estilo de vida das pessoas, pois apenas o atendimento clínico tradicional não produzirá impacto na saúde dessa população.

Palavras chave: acolhimento, acesso e organização dos serviços.

Abstract

This work aimed to organize the oral health service of the Sagrada Familia Health Center. The main difficulties encountered by the oral health team were, populated territory and high demand. The majority of the population is considered of low risk, have good schooling and demand more health services, although there are no type of assistance to this population. The population into the Health Family Program, which is part of the medium risk and high risk are relatively minor, but in absolute numbers there is a large number of people that, despite the needs, seek emergency service only. The methodology used was to quantify the population problems in the area of the health center, review the existing literature about the organization of the service and elaboration of a proposal of multiple actions of health promotion at the Sagrada Familia Health Center. The main question of the discussion is the principles of the Single Health System, especially universality and equity. Universality is an unquestionable goal to be reached; however, faced with the resources currently available is still a dream. Equity should be a guiding during the user embracement, because it's through the application of this principle that the social injustice and low financial investments in health can be repaired. Health actions should attract the users of higher risk, because the literature shows that this has low income and schooling, does not recognize their health problems and do not know their rights. Therefore, it is necessary to build actions geared to the needs of the population of the Sagrada Familia Health Center, which congregate users demand for both high and low-risk with a user embracement more humanized and that proportionate changes in people's lifestyle, because only traditional clinical service will not produce impact on the health of this population.

Keywords: user embracement, accessibility, service organization

Sumário

1. Introdução	7
2. Revisão da Literatura	9
3. Objetivo	16
4. Metodologia	17
5. Discussão	18
6. Conclusão	20
7. Proposta de Intervenção	21
8. Avaliação	23
9. Referências Bibliográficas	24

Introdução e justificativa:

A introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) na constituição de 1988, regulamentado posteriormente pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990, determinou grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil. O reconhecimento da crise do modelo assistencial predominante vem suscitando propostas que visem à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde. Dentro destas propostas de mudança surge o Programa Saúde da Família (PSF) definido pelo Ministério da Saúde (MS) como: uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família (Pereira, 2007).

O Centro de Sagrada Família, situa-se no bairro Sagrada Família, região leste de Belo Horizonte. A área de abrangência compreende os bairros Sagrada Família, Horto e Instituto Agrônômico. Conta com uma população total de 35.489 pessoas, sendo 4.424 crianças, 5.921 adolescentes, 21.030 adultos e 4.114 idosos (IBGE, 2000). De acordo com o índice de vulnerabilidade à saúde (IVS), o número de pessoas consideradas de baixo risco é de 24.424, de médio risco, 9.830 e baixo risco, 1.235 pessoas. Diante de área de abrangência tão grande, populosa e diferenciada faz-se necessário um planejamento no sentido de se adequar a oferta de serviços aos recursos existentes.

A atual sede do Centro de Saúde, na avenida Petrolina, inaugurada em julho de 2005, foi uma conquista da população, através do orçamento participativo. O nome foi mudado, por um vereador em homenagem a seu irmão, um antigo político da região, para Centro de Saúde Marco Antônio de Menezes, mas continua mais conhecido pelo seu antigo nome, Centro de Saúde Sagrada Família.

Possui uma gerente; duas equipes de saúde da família, contendo oito agentes comunitários de saúde (ACSs); equipe de apoio composta por três clínicos, três enfermeiras auxiliares e quatro ACSs; equipe de saúde mental formada por um psiquiatra, duas psicólogas e uma assistente social; duas ginecologistas; dois

pediatras, um médico homeopata; equipe de zoonoses (composta por dez funcionários) e cinco funcionários do setor administrativo.

A equipe de saúde bucal é composta por uma equipe de PSF modalidade II e dois apoios.

O acolhimento odontológico é feito por toda a equipe, todo o tempo. Os critérios para avaliação são: dor, doenças sistêmicas, índice de necessidade de tratamento odontológico (INTO), pertencer à equipe de PSF, criança e idoso. Há uma escala semanal para o atendimento de urgências, este atendimento é uma importante porta de entrada ao serviço odontológico. O cirurgião-dentista de plantão avalia o paciente, prioriza o tratamento ou indica este usuário para retornar em marcação mensal. A equipe de saúde bucal procura critérios justos para selecionar aquele usuário que terá acesso ao atendimento clínico curativo que é a principal demanda existente. Como o número de vagas oferecidas para esse fim é menor que a demanda, há uma insatisfação do usuário e frustração do profissional.

A demanda espontânea é muito grande, conseqüentemente há uma saturação operacional, pois os recursos humanos são insuficientes.

O usuário de baixo risco tem maior acesso às informações e por isso conhece seus direitos, demanda mais os serviços de saúde e reivindica tratamento curativo. A prevalência de uso regular de dentista por indivíduos de maior escolaridade é cerca de 10 vezes maior do que entre os menos escolarizados (Matos, 2001).

A população de baixo risco, segundo o Censo BH Social (2009) corresponde a 69% de toda a área de abrangência do Centro de Saúde, ou seja a maioria, esse fato, isoladamente, não significa maior demanda aos serviços por parte destes. Características dessa população como: grande número de desempregados, famílias com muitos agregados, muitos idosos, custo alto dos planos de saúde é que levam essas pessoas a procurarem o serviço público de saúde. Santos (1995) se refere à condição sócio econômica com fator determinante da escolha do serviço público, em relação ao serviço privado, reconhecendo que o cuidado médico é semelhante em ambos, variando a rapidez e facilidade de acesso a certos procedimentos.

A população adscrita ao PSF, em sua maioria, procura atendimento odontológico no momento de dor e freqüentemente, não retorna para continuar o tratamento oferecido.

Atualmente, o usuário de menor risco conquista e ocupa sessões clínicas com tratamento curativo-restaurador e esse tempo poderia ser dedicado a quem tem maior risco ou em ações coletivas e educativas.

A constituição brasileira institui o princípio da universalidade do atendimento na saúde e a equidade diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade. Os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento universais, de modo eqüitativo e integral (BRASIL, 2004).

Portanto, esse trabalho objetiva a construção de uma agenda com definição e priorização de ações que atendam às necessidades em saúde da população da área de abrangência do Centro de Saúde Sagrada Família. Pretende-se seguir o princípio da equidade e obter algum impacto em relação à universalidade.

Revisão da Literatura:

As diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), definidas na Constituição de 1988, são: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e a participação da comunidade. O processo de construção do SUS, tendo como bases tais princípios, tem como objetivo reduzir a distância, ainda existente, entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira (BRASIL, 2004).

Acesso (diretriz da política nacional de saúde bucal): buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um

determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento (BRASIL, 2004).

A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde, expressando que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos e também às populações isoladas geopoliticamente (BRASIL, 2004).

No vocabulário do SUS, a equidade diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a idéia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos. Para que se possa exercer a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso à informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de equidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade (BRASIL, 2004).

Entre os conceitos pilares da construção do SUS, está a universalidade, entendido como o direito ao acesso aos serviços de saúde por todos os cidadãos. É, pois, a expressão legítima da saúde como direito de cidadania. Como desdobramento do conceito de universalidade, a equidade pressupõe a organização da assistência a partir dos princípios de justiça social, no sentido de introduzir uma discriminação positiva, tratando desigualmente os desiguais (RONCALLI, 2000).

A equidade funciona como um filtro da universalidade, a qual possui uma conceituação mais abrangente, ou seja, é possível um discurso universalista mesmo na existência de modelos desiguais do ponto de vista do acesso aos serviços (PEREIRA, 2003).

Direito à saúde não significa necessariamente direito à assistência à saúde, em verdade a última está incluída na primeira. O direito à saúde envolve todo um conjunto de políticas sociais. A inclusão do direito à saúde na Constituição de 1988 foi

considerada um avanço, pois o princípio da universalidade da atenção incorporou o direito à assistência como construção da cidadania (PEREIRA, 2003).

Atualmente houve uma sensível melhora no quadro epidemiológico dos países da América Latina e do Caribe em relação ao CPOD aos 12 anos de idade, por exemplo, o Brasil passou a ter CPOD menor que 3 em 2000. De acordo com o Plano Decenal de Saúde Bucal – período 2005 a 2015 – para a região proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde, “a saúde bucal continua sendo aspecto crítico em relação às condições gerais de saúde na América Latina e no Caribe devido a seu peso no conjunto das doenças, os custos associados de tratamento e o potencial para a prevenção efetiva” (PAHO, 2006). O Plano desenhou uma estratégia de ação direcionada a superar três grandes desafios: equidade no atendimento, integração da saúde bucal aos serviços de atenção primária geral e manutenção e melhoria dos programas preventivos vigentes (PINTO, 2008).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal aprovadas pelo Ministério da Saúde estabeleceram um conjunto de sete ações principais (Brasil, 2004):

- a. Promoção e proteção da saúde com destaque para fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor (em indivíduos com alto risco à cárie);
- b. Recuperação da saúde traduzida em diagnóstico e tratamento;
- c. reabilitação parcial ou total da capacidade perdida;
- d. Ampliação da atenção básica por meio de iniciativas para prevenção e controle do câncer bucal, aumento da resolutividade em pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos;
- e. Reabilitação protética;
- f. Ampliação do acesso com orientações especiais aos grupos de crianças de 0 a 5 anos (ingresso no sistema de atenção no máximo aos 6 meses) e de 6 a 18 anos, gestantes, adultos com ênfase aos trabalhadores e idosos;

g. Qualificação da atenção secundária e terciária, de onde resultou a implantação de uma rede de Centros de Especialidades odontológicas – CEOs, junto com Centros de Laboratórios de Prótese Dentária – CLPD (PINTO, 2008) .

Segundo Botazzo (2002), a universalização da assistência à saúde é princípio constitucional e está caracterizado, no âmbito do SUS, como elemento constituidor dos direitos do cidadão. No entanto, trata-se de característica que ao mesmo tempo em que expressa desejo coletivo encontra dificuldades em ver-se objetivada, isto é, que se torne efetiva ou se encaminhe como tendência à efetividade. Muitas seriam as causas de tal situação, posto haver concordância, seja na produção científica seja nos relatórios ou na observação, que ainda os serviços públicos não implementaram formas de organização do trabalho que possam garantir acesso pleno e universal aos que deles necessitam.

O modelo do pronto atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva. É necessário incorporar o atendimento clínico individual, agregando recursos humanos capazes de fazer vigilância sanitária e epidemiológica. Para tal, acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade são eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida (RAMOS, 2003).

Chaves (1986), diz que necessidade se refere à expressão numérica dos problemas bucais de uma população e em contrapartida, demanda ou procura é necessidade sentida. As necessidades odontológicas podem ser representadas por quatro círculos concêntricos, onde, de dentro para fora temos, nos dois primeiros a demanda atual e a demanda potencial. Nos dois círculos mais externos temos as necessidades não sentidas, subdivididas naquelas com capacidade econômica e sem capacidade econômica.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1995).

Santos (1995) se refere à condição socioeconômica como fator determinante da escolha do serviço público, em relação ao serviço privado, reconhecendo que o cuidado médico é semelhante em ambos, variando a rapidez e facilidade de acesso a certos procedimentos. Ressalta a importância dada à obtenção de medicamentos pelos usuários nos postos públicos, em vista da dificuldade de comprá-los, o que contribui para a escolha do serviço.

As experiências descritas por Franco (1999) buscaram reorganizar os serviços, na tentativa de garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado, isto é, inverter a lógica do atendimento de quem chega primeiro para quem precisa mais. Nesse sentido, todos têm de ser ouvidos e, na medida do possível, ter seus problemas de saúde atendidos.

Acesso e acolhimento são elementos essenciais para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois contribuem para a procura pelo usuário. A conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento propiciaram a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, freqüentemente, um bom vínculo, expresso através de um longo tempo de uso. Confirma-se a necessidade de uma atuação que busque a construção de um vínculo entre usuários e trabalhadores, com garantia de acesso a ações de saúde pelos usuários, bem como acolhimento humanizado nos serviços (RAMOS, 2003).

Matumoto (1998) apresenta o acesso aos serviços como *"uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de*

saúde". A partir das relações que se estabelecem no atendimento, surge o acolhimento relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários.

Para Merhy (1997), *"a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações"*.

No entanto, paradoxalmente, as observações mostraram que as recepções, nas unidades de saúde da família, ainda são burocráticas e conduzidas por critérios administrativos e não técnicos. É realizado atendimento a uma demanda definida pela oferta restrita na porta de entrada – a recepção. Nessa direção, a forma como se dá o acesso dos usuários à unidade de saúde da família pode conflitar com o princípio da universalidade, considerando que o mesmo é modulado pela ordem de chegada, com cartazes informativos sobre o número de vagas, dias específicos para determinado grupo, presença do trabalhador na unidade, tipo de demanda, triagem ou seleção prévia de alguns casos, dentre outras formas de regular o acesso ao serviço (SANTOS, 2007).

Só existe acolhimento quando há diálogo, escuta e envolvimento com a queixa do outro na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, sendo imperiosa a co-responsabilização e procura pelo melhor cuidado. Nesse sentido, para Matumoto (1998), *"uma dispensa pode ser acolhedora, se houver a disposição para escutar, procurar dar o encaminhamento adequado ao caso, percebendo as necessidades do usuário na situação"*.

O processo terapêutico ocorre de distintas maneiras: atendimento nas urgências, nos casos de dor, traumatismo, infecções, hemorragias, dentre outros; encaminhamentos internos dos trabalhadores da própria unidade, solicitando o atendimento de saúde bucal; o agendamento de atendimento às crianças é realizado nas escolas, após triagem realizada pelo dentista ou pelo agente comunitário de saúde;

agendamento nas micro áreas, realizado pelo agente de saúde (idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais e portadores de patologias crônicas); livre demanda, busca pelo serviço baseado na necessidade percebida pelo usuário, em dias programados na unidade; retornos programados: após a primeira consulta, o dentista faz um aprazamento para o retorno, baseado na necessidade ou risco do usuário, porém não existe garantia de conclusão do tratamento; encaminhamentos externos a outros serviços de saúde da rede, sem responsabilização da equipe para assegurar o atendimento (SANTOS, 2007).

Ressalta-se que o processo terapêutico organiza-se de forma tensa e conflitante, entre fazer ou não o tratamento completo, ou seja, concluir todas as necessidades que cada usuário apresenta, pelo menos, em relação aos procedimentos básicos ou resolver apenas os problemas demandados em cada consulta. No entanto, o tratamento que não se completa gera uma maior rotatividade de usuários que utilizam os serviços, criando um círculo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, sem a garantia de que concluirão o tratamento ou se conseguirão resolver seus problemas (SANTOS, 2007).

Para Merhy (1997), conhecer a etapa final nos serviços de saúde é imprescindível para analisar o grau de resolubilidade e de comprometimento, em síntese, o coeficiente de saúde que é produzido em serviço. Apreender o nível de tensão, nesse momento, contribui para responder ao tipo de modelo de atenção: o que se produz, como é produzido, por quem e para quem.

Acolher, em uma unidade de saúde, inicia-se com o diálogo no momento dos encontros, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira teia comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si, como para os trabalhadores e usuários. Sendo assim, cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado. Finalmente, a confluência dos encontros de

maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a conquista da saúde, na sua integralidade (SANTOS, 2007).

Ressalta-se que, "nem sempre é possível curar ou resolver uma necessidade apresentada, mas é sempre possível cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro. Até porque, quem adoce a si, como um todo, ou seja, uma cárie, uma dor de dente, referente na boca, no corpo, na alma, na vida. Com alguém que sofre, sofrem os que o ama, então, o sofrimento é compartilhado, ainda que não dividido, por isso, é patente a necessidade de trabalhadores sensíveis, com uma nova ética na saúde" (MERHY, 1997)

Politicamente, sob a perspectiva da programação, as características e as possibilidades do acesso em cada sistema local de saúde são resultantes de processos históricos, onde atores sociais fazem escolhas racionais e estratégicas que definem regras e assim ordenam a gestão de recursos mobilizados no enfrentamento das complexidades da equação oferta-demanda. Nesta perspectiva, por ser uma construção social, a universalização do acesso à atenção integral em saúde bucal depende de cenários locais específicos (ZANETTI, 2002).

Objetivo:

- Desenvolver uma proposta de atendimento para o Centro de Saúde Sagrada Família.
- Construir uma agenda com definição e priorização de ações que atendam as necessidades em saúde da população da área de abrangência do Centro de Saúde Sagrada Família.

Metodologia:

Este trabalho utilizou como metodologia um levantamento dos problemas existentes no Centro de Saúde Sagrada Família e uma revisão da literatura. Os temas estudados foram: Sistema Único de Saúde, Programa de Saúde da Família, acesso, acolhimento, planejamento, entre outros. Fez-se uma reflexão sobre a distância existente para alcançarmos a universalidade da assistência em saúde no Brasil. Foi construída uma proposta de intervenção para se obter um aumento no acesso e na qualidade dos serviços do Centro de Saúde Sagrada Família.

Discussão:

Assim como diz Merry (1997), a porta de entrada de uma unidade de saúde não deve barrar ninguém, o acolhimento deve ser feito todo o tempo. Devemos seguir o princípio da universalidade no atendimento. Portanto, o acolhimento, assim como foi orientado pela secretaria de Saúde em 2003, deve ser viabilizado pela equipe de saúde bucal durante todo o tempo, para que a população encontre as portas abertas na unidade básica.

A partir do conhecimento da realidade, da definição de estratégias de enfrentamento traçadas e da definição de grupos prioritários e das atividades previstas para a atenção à saúde desses grupos, faz-se necessário garantirmos no nosso cotidiano a implementação dessas ações.

O Ministério da Saúde preconiza de 3000 a 4500 pessoas adscritas a cada equipe de saúde da família e uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde da família (ESF), ou seja, uma realidade bem distante do Centro de Saúde Sagrada da Família, portanto, a organização do serviço deve se adequar a essas limitações de recursos (BRASIL, 2004).

Quando não há organização do serviço, a realização do acolhimento de grande demanda espontânea, como é o caso do Centro de Saúde Sagrada Família, provoca no profissional a sensação de pouca resolutividade ou de não estar “fazendo PSF”, pois há a dificuldade de uma escuta qualificada que exija atenção e disponibilidade e conseqüentemente a tendência em atender a expectativa do usuário pelo atendimento individual e “na cadeira do dentista”.

Pinto, 2008, citando Cohane (1972), afirma que a necessidade de cura é bem conhecida, embora a cura seja rara e que sua busca a todo custo pode restringir o fornecimento de cuidados, tal como a estratégia populacional.

Os fatores de risco ambientais relacionados às doenças bucais, ou seja, o consumo exagerado de açúcar e a higiene bucal deficiente, são quase todos determinados por comportamento, os quais, por sua vez são determinados por normas sociais as quais toda população está submetida. Portanto uma estratégia populacional para prevenir doenças bucais deverá ser adotada, como por exemplo, a distribuição de kits de higiene bucal aos usuários que recebem o benefício Bolsa Família, controle sobre a venda de guloseimas em escolas, palestras em espaços sociais, etc. (PINTO, 2008).

Só se pode pensar em formato de agenda ao se definir a necessidade real de cada área de abrangência e o potencial de cada componente da equipe e de cada recurso disponível dentro e fora do Centro de Saúde.

A pressão da população leva a equipe odontológica a utilizar como principal porta de entrada para o atendimento odontológico a demanda espontânea e a principal resposta a essa demanda são ações curativas que levam a insatisfação tanto para os profissionais quanto para os usuários diante disso o planejamento das ações tem um papel essencial no processo de reorganização dessas práticas, pois, como reflete Pinto (2008), planejar é requisito elementar da administração em saúde pública, pois serve para ordenar de forma sistemática a conduta de cada profissional, para alcançar uma nova realidade, melhor que a atual. E dessa forma, através de uma melhor organização dos sistemas de prestação de cuidados em saúde, proporcionar um aumento significativo dos padrões de saúde bucal de toda a população, reduzindo, e se possível, eliminando as desigualdades de acesso aos serviços odontológicos.

A Secretaria Municipal de Saúde (2008) recomenda que a discussão e a pactuação da agenda de trabalho das equipes de saúde da família devem ser feitas utilizando-se todos os eixos da atenção integral e dos projetos terapêuticos individuais e coletivos como, por exemplo, o atendimento à demanda espontânea, o cuidado clínico continuado, ações de vigilância, reuniões de equipe, visita domiciliar, reuniões com famílias, atividades de planejamento, ações de educação em saúde, atenção domiciliar, atividades na comunidade. Diante de recursos tão distantes do ideal algumas ações ficarão prejudicadas, cabendo à equipe definir prioridades e aquelas ações essenciais ao cuidado.

Segundo o cadastro do Censo B.H. Social (2009), cerca de 50% das pessoas que pertencem à população da área de abrangência do Centro de Saúde Sagrada Família, e que pertencem ao baixo risco, não possuem plano de saúde e procuram a unidade básica de saúde quando adoecem. Em números absolutos esse valor representa mais que toda a população adscrita ao PSF desta unidade.

A população pertencente ao PSF evidentemente deve ser priorizada e devemos aplicar o princípio da equidade, pois incontestavelmente, pelos índices do IBGE são pessoas muito mais vulneráveis ao adoecimento.

Atualmente são realizadas palestras onde são passadas informações sobre higiene e saúde bucal. O usuário tem pequena participação e conseqüentemente essas palestras se tornam pouco atrativas e acabam sendo vistas pela população como obrigação para se ter acesso ao tratamento odontológico.

O fato de atendermos a praticamente todos os casos de dor que aparecem na unidade faz com que a insatisfação do usuário não seja evidente e nem provoque tensão junto à gerente do centro de saúde.

Atualmente nos deixamos levar pela grande demanda espontânea existente e realizamos poucas buscas ativas e escassos grupos operativos em creches, asilos ou escolas.

Embora seja uma diretriz da Política Nacional de saúde bucal, a qualificação da atenção secundária e terciária, está longe de ser alcançada. Este fato faz com que o número de agudizações de casos crônicos em Endodontia e Periodontia seja elevado e que seja gasta horas clínicas com baixa resolutividade.

Em Odontologia, não basta educar bem e democraticamente. Há necessidade, também, de fazer o possível para resolver os problemas de cada comunidade ou para que ela crie as condições para a resolução de seus problemas. É verdade que os recursos disponíveis não são suficientes para tratar a todos, mas também é verdade que uma comunidade organizada tem maiores possibilidades de conseguir uma Unidade de Saúde e depois fazer com que ela funcione adequadamente do que uma dispersa onde cada qual “viva por si”. Ao apoiar a organização coletiva de maneira que os problemas comuns – inclusive os odontológicos – possam ser discutidos, a equipe de saúde está dando um importante passo na direção da conscientização da comunidade (ZANETTI, 2005)

Segundo a Portaria MS/GM nº 267/01 que dispõem sobre as normas e diretrizes à reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica, o sistema de saúde não deve, de maneira nenhuma, excluir qualquer cidadão aos serviços de saúde, pois, como descreve a constituição vigente, a saúde é um direito de todos (BRASIL, 2001).

A agenda de trabalho deverá traduzir as propostas definidas globalmente, como o atendimento à demanda espontânea, o cuidado clínico continuado, ações de vigilância, reuniões de equipe, visita domiciliar, reuniões com famílias, atividades de planejamento, grupos de educação em saúde, atenção domiciliar, atividades na comunidade, entre outras. Diante de recursos tão aquém do ideal algumas ações ficarão prejudicadas, cabendo à equipe de saúde bucal definir prioridades e aquelas ações essenciais ao cuidado.

Assim como diz Pereira (2003), a promoção de saúde é basicamente uma atividade no campo social e não um serviço médico. Entretanto, os profissionais de saúde têm um papel importante em fomentar e facilitar sua promoção.

Conclusão:

Para trabalharmos em um território tão grande e diferenciado, onde a maioria da população necessita do serviço de saúde pública, é necessário mais do que nunca que

sejam democráticos adotando como eixo norteador a equidade e a universalização na promoção à saúde.

A população de baixo risco demanda o atendimento clínico muitas vezes por questões culturais e não somente por necessidade, portanto é preciso ações efetivas na saúde sendo necessário que o usuário passe a ter uma visão mais ampla do conceito de saúde e se torne assim um ator mais participativo.

A universalização da assistência à saúde, ainda é uma meta distante de ser alcançada. No entanto, a ampliação de ações de saúde é possível de ser realizada e essas ações podem se tornar eficazes e efetivas como resposta às demandas da população de baixo risco. Assim, o atendimento clínico ficará reservado para aquele usuário avaliado durante o acolhimento como sendo de maior risco ao adoecimento.

Proposta de Intervenção:

Valorizar e incrementar ações de promoção à saúde, que levem as pessoas às mudanças no estilo de vida e, que tragam conscientização política, objetivando o empoderamento dos cuidados em saúde. Priorizar o atendimento clínico ao usuário de maior risco ao adoecimento.

Ações:

- Realização do acolhimento durante todo o tempo, como forma de organização da demanda espontânea, adotando a classificação do grau de vulnerabilidade à doença, para priorizar o atendimento dos usuários de maior risco. Utilizar também o índice de necessidade de tratamento odontológico (INTO) priorizando o usuário com classificação de códigos dois e três, assim com os portadores de doenças sistêmicas, idosos e crianças.

- Elaboração de uma agenda semanal que contemple ações como: atendimento de demanda espontânea, atendimento de demanda programada, formação de grupos operativos, visitas às instituições de convívio coletivo, como creches e escolas, visitas domiciliares, criação de grupos de estudo e reuniões de equipe.
- Participação da equipe de saúde bucal em grupos específicos de atenção coletiva desenvolvidos dentro e fora do Centro de Saúde, tais como: gestantes, hipertensos, diabéticos e escolares.
- Realização de grupos de estudo entre as equipes de saúde para atualização e capacitação na realização de grupos operativos eficientes e atraentes para o usuário.
- Realização de ações educativas que propiciem a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e o estímulo à criatividade, pois a promoção de saúde busca fazer com que as escolhas mais saudáveis tornem-se escolhas mais fáceis. (PEREIRA, 2003).
- Priorização de ações de proteção à saúde de crianças e idosos.
- Formação de multiplicadores que possam trabalhar como educadores em saúde dentro de seus espaços de atuação como escolas, creches e asilos.
- Elaboração de capacitação dos agentes de saúde e multiplicadores
- Realização de levantamento de necessidades em saúde bucal de crianças e idosos durante as campanhas de vacinação.
- Reuniões de equipe, frequência recomendada semanal. As reuniões deverão ser rápidas, objetivas e com pautas pré-estabelecidas.

- Formação de grupos voltados para usuários considerados hiperutilizadores do Centro de Saúde, retirando essas pessoas do atendimento tradicional e buscando formas diferenciadas de abordagem. Relacionar a excessiva busca por atendimento restaurador com as consultas médicas, exames, etc. Enfatizar para o usuário que o que deve mudar é o estilo de vida e a responsabilização deste pela sua saúde.
- Reivindicação de divisão da área de abrangência do Centro de Saúde através da construção de outra unidade de atendimento básica. Discussão deste assunto nas reuniões da comissão local de saúde para a conscientização do usuário de seu poder como ator político.
- Conquistar a adesão de toda a Equipe de Saúde Bucal. A principal estratégia utilizada para se conseguir este objetivo será a realização de reuniões entre as equipes. Durante esses encontros serão feitas avaliações das ações realizadas e através dos resultados positivos alcançados a satisfação do profissional aumentará e este se sentirá motivado a participar cada vez mais.

Avaliação:

Toda ação deve ser acompanhada de modo crítico para que as correções necessárias se procedam no momento oportuno e, ser avaliada para saber se os objetivos e metas foram atingidos.

A avaliação das ações deverá ser realizada através da aplicação de questionários aplicados aos usuários durante as reuniões dos grupos operativos e em reuniões nos espaços sociais com a participação da comunidade.

A análise dos resultados obtidos nas avaliações deverá ser feita durante as reuniões da equipe de saúde bucal.

Através do acompanhamento e avaliação, é possível saber se o que foi previsto está sendo corretamente realizado, se os resultados são positivos e/ou negativos.

Desta forma alterar as ações em que a resposta não foi a esperada e manter aquelas que obtiveram sucesso incrementando- as.

Referências Bibliográficas:

1. BOTAZZO C. A saúde bucal a caminho da universalização: desafios e estratégias. Sorocaba MG; 2002. Disponível em www.saude.sp.gov.br
2. BRASIL. Portaria nº 267/GM, 6 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de Normas e diretrizes da saúde bucal. Diário Oficial da União 2001.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde; Departamento de atenção básica; Coordenação nacional de saúde bucal. Brasília 2004.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção básica e Saúde da família. Equipes de saúde. 2004. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em 14/8/2009.
5. CHAVES, MM. Odontologia Social. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986, 448 p.
6. FRANCO TB; Bueno WS & Merhy EE. 1999. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 15:345-353.
7. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2000. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 14/12/2008.
8. MATOS DL, Lima- Costa ML, Guerra HL & Marcenes W 2001. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores relacionados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. Cadernos de Saúde Pública 17 (3):661-668

9. MATUMOTO S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo; 1998.
10. MERHY EE. Em busca do tempo: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo; 1997
11. PEREIRA AC. A inserção de equipes de saúde bucal no programa de saúde da família no Estado de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP; 2007.
12. PEREIRA AC & Colaboradores. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde / organizado por Antônio Carlos Pereira. – Porto Alegre: Artmed, 2003, 440 p.
13. PINTO VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos, 2008, 635 p.
14. RAMOS DD.; Maria Alice Dias da Silva Lima. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública vol. 19 nº 1 Rio de Janeiro Jan/fev. 2003.
15. RONCALLI AG. A organização da demanda em Serviços Públicos de Saúde Bucal. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2000.
16. SANTOS MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. Revista Brasileira de Enfermagem, 48;109-119, 1995.
17. SANTOS AM; Assis MMA; Rodrigues AAO; Nascimento MAA; Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública vol. 23 nº 1, Rio de Janeiro, 2007.

18. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE: Cadastro Censo B.H. Social. Disponível na INTRANET – PBH. Acesso em 16/6/2009.
19. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE: Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte. Organizadora: Maria Aparecida Turci. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.
20. UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: Distrito Sanitário (E. V. Mendes, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
21. ZANETTI CH. Universalização do acesso à atenção integral: um desafio programático ainda não respondido. Ver. Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva 2002; Suplemento Especial, XVII Enatespo: 20-1.

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Odontologia

**Organização do serviço: dificuldades no atendimento a uma
população diversificada**

Margarida Cristina Minucci Bicalho

Belo Horizonte
2009

Margarida Cristina Minucci Bicalho

**Organização do serviço: dificuldade no atendimento
a uma população diversificada**

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

Orientadora: Professora Elza Maria de Araújo Conceição.

Belo Horizonte

2009

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Elza, pelo seu conhecimento e sabedoria. Ao Professor Marcos, pela luta, durante anos, para a realização deste curso. A todos os professores de Saúde Coletiva, pela dedicação.

No modo de ser-cuidado ocorrem resistências e emergem perplexidades. Mas elas são superadas pela paciência perseverante. No lugar da agressividade, há a convivência amorosa. Em vez da dominação, há a convivência afetuosa, ao lado e junto do outro.

Leonardo Boff

Resumo

Este trabalho tem como objetivo a organização do serviço de saúde bucal do Centro de Saúde Sagrada Família. As principais dificuldades encontradas pela equipe de saúde bucal são território populoso e alta demanda. A maioria da população é considerada de baixo risco, tem boa escolaridade e demanda mais os serviços de saúde, apesar de não haver um modelo de assistência para esta população. A população adscrita ao Programa de Saúde da Família, que faz parte do médio risco e elevado risco é relativamente menor, mas em números absolutos é um grande número de pessoas que apesar da necessidade, buscam atendimento apenas nas urgências. A metodologia utilizada foi um levantamento dos problemas da população da área de abrangência do centro de saúde, uma revisão da literatura existente sobre a organização do serviço e também a elaboração de uma proposta de várias ações para a promoção de saúde no Centro de Saúde Sagrada Família. A questão central de discussão neste trabalho são os princípios do Sistema Único de Saúde, principalmente a Universalidade e a Equidade. A universalidade é uma meta inquestionável a ser alcançada, no entanto, diante dos recursos disponíveis atualmente, ainda é um sonho. A Equidade deve ser um norteador durante o acolhimento, pois é através da aplicação deste princípio que as injustiças sociais e os baixos investimentos financeiros na saúde poderão ser reparados. As ações de saúde devem atrair o usuário de maior risco, pois a literatura mostra que este tem baixa escolaridade e renda, não reconhece seus problemas de saúde e nem sabem dos seus direitos. Portanto, se faz necessária a construção de ações voltadas para as necessidades da população do Centro de Saúde Sagrada Família, em que se atenda a demanda do usuário, tanto de elevado e baixo risco com um acolhimento humanizado que o faça se sentir cuidado e que ocorram mudanças no estilo de vida das pessoas, pois apenas o atendimento clínico tradicional não produzirá impacto na saúde dessa população.

Palavras chave: acolhimento, acesso e organização dos serviços.

Abstract

This work aimed to organize the oral health service of the Sagrada Familia Health Center. The main difficulties encountered by the oral health team were, populated territory and high demand. The majority of the population is considered of low risk, have good schooling and demand more health services, although there are no type of assistance to this population. The population into the Health Family Program, which is part of the medium risk and high risk are relatively minor, but in absolute numbers there is a large number of people that, despite the needs, seek emergency service only. The methodology used was to quantify the population problems in the area of the health center, review the existing literature about the organization of the service and elaboration of a proposal of multiple actions of health promotion at the Sagrada Familia Health Center. The main question of the discussion is the principles of the Single Health System, especially universality and equity. Universality is an unquestionable goal to be reached; however, faced with the resources currently available is still a dream. Equity should be a guiding during the user embracement, because it's through the application of this principle that the social injustice and low financial investments in health can be repaired. Health actions should attract the users of higher risk, because the literature shows that this has low income and schooling, does not recognize their health problems and do not know their rights. Therefore, it is necessary to build actions geared to the needs of the population of the Sagrada Familia Health Center, which congregate users demand for both high and low-risk with a user embracement more humanized and that proportionate changes in people's lifestyle, because only traditional clinical service will not produce impact on the health of this population.

Keywords: user embracement, accessibility, service organization

Sumário

1. Introdução	7
2. Revisão da Literatura	9
3. Objetivo	16
4. Metodologia	17
5. Discussão	18
6. Conclusão	20
7. Proposta de Intervenção	21
8. Avaliação	23
9. Referências Bibliográficas	24

Introdução e justificativa:

A introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) na constituição de 1988, regulamentado posteriormente pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990, determinou grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil. O reconhecimento da crise do modelo assistencial predominante vem suscitando propostas que visem à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde. Dentro destas propostas de mudança surge o Programa Saúde da Família (PSF) definido pelo Ministério da Saúde (MS) como: uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família (Pereira, 2007).

O Centro de Sagrada Família, situa-se no bairro Sagrada Família, região leste de Belo Horizonte. A área de abrangência compreende os bairros Sagrada Família, Horto e Instituto Agrônômico. Conta com uma população total de 35.489 pessoas, sendo 4.424 crianças, 5.921 adolescentes, 21.030 adultos e 4.114 idosos (IBGE, 2000). De acordo com o índice de vulnerabilidade à saúde (IVS), o número de pessoas consideradas de baixo risco é de 24.424, de médio risco, 9.830 e alto risco, 1.235 pessoas. Diante de área de abrangência tão grande, populosa e diferenciada faz-se necessário um planejamento no sentido de se adequar a oferta de serviços aos recursos existentes.

A atual sede do Centro de Saúde, na avenida Petrolina, inaugurada em julho de 2005, foi uma conquista da população, através do orçamento participativo. O nome foi mudado, por um vereador em homenagem a seu irmão, um antigo político da região, para Centro de Saúde Marco Antônio de Menezes, mas continua mais conhecido pelo seu antigo nome, Centro de Saúde Sagrada Família.

Possui uma gerente; duas equipes de saúde da família, contendo oito agentes comunitários de saúde (ACSs); equipe de apoio composta por três clínicos, três enfermeiras auxiliares e quatro ACSs; equipe de saúde mental formada por um psiquiatra, duas psicólogas e uma assistente social; duas ginecologistas; dois

pediatras, um médico homeopata; equipe de zoonoses (composta por dez funcionários) e cinco funcionários do setor administrativo.

A equipe de saúde bucal é composta por uma equipe de PSF modalidade II e dois apoios.

O acolhimento odontológico é feito por toda a equipe, todo o tempo. Os critérios para avaliação são: dor, doenças sistêmicas, índice de necessidade de tratamento odontológico (INTO), pertencer à equipe de PSF, criança e idoso. Há uma escala semanal para o atendimento de urgências, este atendimento é uma importante porta de entrada ao serviço odontológico. O cirurgião-dentista de plantão avalia o paciente, prioriza o tratamento ou indica este usuário para retornar em marcação mensal. A equipe de saúde bucal procura critérios justos para selecionar aquele usuário que terá acesso ao atendimento clínico curativo que é a principal demanda existente. Como o número de vagas oferecidas para esse fim é menor que a demanda, há uma insatisfação do usuário e frustração do profissional.

A demanda espontânea é muito grande, conseqüentemente há uma saturação operacional, pois os recursos humanos são insuficientes.

O usuário de baixo risco tem maior acesso às informações e por isso conhece seus direitos, demanda mais os serviços de saúde e reivindica tratamento curativo. A prevalência de uso regular de dentista por indivíduos de maior escolaridade é cerca de 10 vezes maior do que entre os menos escolarizados (Matos, 2001).

A população de baixo risco, segundo o Censo BH Social (2009) corresponde a 69% de toda a área de abrangência do Centro de Saúde, ou seja a maioria, esse fato, isoladamente, não significa maior demanda aos serviços por parte destes. Características dessa população como: grande número de desempregados, famílias com muitos agregados, muitos idosos, custo alto dos planos de saúde é que levam essas pessoas a procurarem o serviço público de saúde. Santos (1995) se refere à condição sócio econômica com fator determinante da escolha do serviço público, em relação ao serviço privado, reconhecendo que o cuidado médico é semelhante em ambos, variando a rapidez e facilidade de acesso a certos procedimentos.

A população adscrita ao PSF, em sua maioria, procura atendimento odontológico no momento de dor e freqüentemente, não retorna para continuar o tratamento oferecido.

Atualmente, o usuário de menor risco conquista e ocupa sessões clínicas com tratamento curativo-restaurador e esse tempo poderia ser dedicado a quem tem maior risco ou em ações coletivas e educativas.

A constituição brasileira institui o princípio da universalidade do atendimento na saúde e a equidade diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade. Os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento universais, de modo eqüitativo e integral (BRASIL, 2004).

Portanto, esse trabalho objetiva a construção de uma agenda com definição e priorização de ações que atendam às necessidades em saúde da população da área de abrangência do Centro de Saúde Sagrada Família. Pretende-se seguir o princípio da equidade e obter algum impacto em relação à universalidade.

Revisão da Literatura:

As diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), definidas na Constituição de 1988, são: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e a participação da comunidade. O processo de construção do SUS, tendo como bases tais princípios, tem como objetivo reduzir a distância, ainda existente, entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira (BRASIL, 2004).

Acesso (diretriz da política nacional de saúde bucal): buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um

determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento (BRASIL, 2004).

A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde, expressando que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos e também às populações isoladas geopoliticamente (BRASIL, 2004).

No vocabulário do SUS, a equidade diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a idéia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos. Para que se possa exercer a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso à informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de equidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade (BRASIL, 2004).

Entre os conceitos pilares da construção do SUS, está a universalidade, entendido como o direito ao acesso aos serviços de saúde por todos os cidadãos. É, pois, a expressão legítima da saúde como direito de cidadania. Como desdobramento do conceito de universalidade, a equidade pressupõe a organização da assistência a partir dos princípios de justiça social, no sentido de introduzir uma discriminação positiva, tratando desigualmente os desiguais (RONCALLI, 2000).

A equidade funciona como um filtro da universalidade, a qual possui uma conceituação mais abrangente, ou seja, é possível um discurso universalista mesmo na existência de modelos desiguais do ponto de vista do acesso aos serviços (PEREIRA, 2003).

Direito à saúde não significa necessariamente direito à assistência à saúde, em verdade a última está incluída na primeira. O direito à saúde envolve todo um conjunto de políticas sociais. A inclusão do direito à saúde na Constituição de 1988 foi

considerada um avanço, pois o princípio da universalidade da atenção incorporou o direito à assistência como construção da cidadania (PEREIRA, 2003).

Atualmente houve uma sensível melhora no quadro epidemiológico dos países da América Latina e do Caribe em relação ao CPOD aos 12 anos de idade, por exemplo, o Brasil passou a ter CPOD menor que 3 em 2000. De acordo com o Plano Decenal de Saúde Bucal – período 2005 a 2015 – para a região proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde, “a saúde bucal continua sendo aspecto crítico em relação às condições gerais de saúde na América Latina e no Caribe devido a seu peso no conjunto das doenças, os custos associados de tratamento e o potencial para a prevenção efetiva” (PAHO, 2006). O Plano desenhou uma estratégia de ação direcionada a superar três grandes desafios: equidade no atendimento, integração da saúde bucal aos serviços de atenção primária geral e manutenção e melhoria dos programas preventivos vigentes (PINTO, 2008).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal aprovadas pelo Ministério da Saúde estabeleceram um conjunto de sete ações principais (Brasil, 2004):

- a. Promoção e proteção da saúde com destaque para fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor (em indivíduos com alto risco à cárie);
- b. Recuperação da saúde traduzida em diagnóstico e tratamento;
- c. reabilitação parcial ou total da capacidade perdida;
- d. Ampliação da atenção básica por meio de iniciativas para prevenção e controle do câncer bucal, aumento da resolutividade em pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos;
- e. Reabilitação protética;
- f. Ampliação do acesso com orientações especiais aos grupos de crianças de 0 a 5 anos (ingresso no sistema de atenção no máximo aos 6 meses) e de 6 a 18 anos, gestantes, adultos com ênfase aos trabalhadores e idosos;

g. Qualificação da atenção secundária e terciária, de onde resultou a implantação de uma rede de Centros de Especialidades odontológicas – CEOs, junto com Centros de Laboratórios de Prótese Dentária – CLPD (PINTO, 2008) .

Segundo Botazzo (2002), a universalização da assistência à saúde é princípio constitucional e está caracterizado, no âmbito do SUS, como elemento constituidor dos direitos do cidadão. No entanto, trata-se de característica que ao mesmo tempo em que expressa desejo coletivo encontra dificuldades em ver-se objetivada, isto é, que se torne efetiva ou se encaminhe como tendência à efetividade. Muitas seriam as causas de tal situação, posto haver concordância, seja na produção científica seja nos relatórios ou na observação, que ainda os serviços públicos não implementaram formas de organização do trabalho que possam garantir acesso pleno e universal aos que deles necessitam.

O modelo do pronto atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva. É necessário incorporar o atendimento clínico individual, agregando recursos humanos capazes de fazer vigilância sanitária e epidemiológica. Para tal, acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade são eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida (RAMOS, 2003).

Chaves (1986), diz que necessidade se refere à expressão numérica dos problemas bucais de uma população e em contrapartida, demanda ou procura é necessidade sentida. As necessidades odontológicas podem ser representadas por quatro círculos concêntricos, onde, de dentro para fora temos, nos dois primeiros a demanda atual e a demanda potencial. Nos dois círculos mais externos temos as necessidades não sentidas, subdivididas naquelas com capacidade econômica e sem capacidade econômica.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1995).

Santos (1995) se refere à condição socioeconômica como fator determinante da escolha do serviço público, em relação ao serviço privado, reconhecendo que o cuidado médico é semelhante em ambos, variando a rapidez e facilidade de acesso a certos procedimentos. Ressalta a importância dada à obtenção de medicamentos pelos usuários nos postos públicos, em vista da dificuldade de comprá-los, o que contribui para a escolha do serviço.

As experiências descritas por Franco (1999) buscaram reorganizar os serviços, na tentativa de garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado, isto é, inverter a lógica do atendimento de quem chega primeiro para quem precisa mais. Nesse sentido, todos têm de ser ouvidos e, na medida do possível, ter seus problemas de saúde atendidos.

Acesso e acolhimento são elementos essenciais para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois contribuem para a procura pelo usuário. A conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento propiciaram a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, freqüentemente, um bom vínculo, expresso através de um longo tempo de uso. Confirma-se a necessidade de uma atuação que busque a construção de um vínculo entre usuários e trabalhadores, com garantia de acesso a ações de saúde pelos usuários, bem como acolhimento humanizado nos serviços (RAMOS, 2003).

Matumoto (1998) apresenta o acesso aos serviços como *"uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de*

saúde". A partir das relações que se estabelecem no atendimento, surge o acolhimento relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários.

Para Merhy (1997), *"a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações"*.

No entanto, paradoxalmente, as observações mostraram que as recepções, nas unidades de saúde da família, ainda são burocráticas e conduzidas por critérios administrativos e não técnicos. É realizado atendimento a uma demanda definida pela oferta restrita na porta de entrada – a recepção. Nessa direção, a forma como se dá o acesso dos usuários à unidade de saúde da família pode conflitar com o princípio da universalidade, considerando que o mesmo é modulado pela ordem de chegada, com cartazes informativos sobre o número de vagas, dias específicos para determinado grupo, presença do trabalhador na unidade, tipo de demanda, triagem ou seleção prévia de alguns casos, dentre outras formas de regular o acesso ao serviço (SANTOS, 2007).

Só existe acolhimento quando há diálogo, escuta e envolvimento com a queixa do outro na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, sendo imperiosa a co-responsabilização e procura pelo melhor cuidado. Nesse sentido, para Matumoto (1998), *"uma dispensa pode ser acolhedora, se houver a disposição para escutar, procurar dar o encaminhamento adequado ao caso, percebendo as necessidades do usuário na situação"*.

O processo terapêutico ocorre de distintas maneiras: atendimento nas urgências, nos casos de dor, traumatismo, infecções, hemorragias, dentre outros; encaminhamentos internos dos trabalhadores da própria unidade, solicitando o atendimento de saúde bucal; o agendamento de atendimento às crianças é realizado nas escolas, após triagem realizada pelo dentista ou pelo agente comunitário de saúde;

agendamento nas micro áreas, realizado pelo agente de saúde (idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais e portadores de patologias crônicas); livre demanda, busca pelo serviço baseado na necessidade percebida pelo usuário, em dias programados na unidade; retornos programados: após a primeira consulta, o dentista faz um aprazamento para o retorno, baseado na necessidade ou risco do usuário, porém não existe garantia de conclusão do tratamento; encaminhamentos externos a outros serviços de saúde da rede, sem responsabilização da equipe para assegurar o atendimento (SANTOS, 2007).

Ressalta-se que o processo terapêutico organiza-se de forma tensa e conflitante, entre fazer ou não o tratamento completo, ou seja, concluir todas as necessidades que cada usuário apresenta, pelo menos, em relação aos procedimentos básicos ou resolver apenas os problemas demandados em cada consulta. No entanto, o tratamento que não se completa gera uma maior rotatividade de usuários que utilizam os serviços, criando um círculo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, sem a garantia de que concluirão o tratamento ou se conseguirão resolver seus problemas (SANTOS, 2007).

Para Merhy (1997), conhecer a etapa final nos serviços de saúde é imprescindível para analisar o grau de resolubilidade e de comprometimento, em síntese, o coeficiente de saúde que é produzido em serviço. Apreender o nível de tensão, nesse momento, contribui para responder ao tipo de modelo de atenção: o que se produz, como é produzido, por quem e para quem.

Acolher, em uma unidade de saúde, inicia-se com o diálogo no momento dos encontros, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira teia comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si, como para os trabalhadores e usuários. Sendo assim, cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado. Finalmente, a confluência dos encontros de

maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a conquista da saúde, na sua integralidade (SANTOS, 2007).

Ressalta-se que, "nem sempre é possível curar ou resolver uma necessidade apresentada, mas é sempre possível cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro. Até porque, quem adoce a si, como um todo, ou seja, uma cárie, uma dor de dente, referente na boca, no corpo, na alma, na vida. Com alguém que sofre, sofrem os que o ama, então, o sofrimento é compartilhado, ainda que não dividido, por isso, é patente a necessidade de trabalhadores sensíveis, com uma nova ética na saúde" (MERHY, 1997)

Politicamente, sob a perspectiva da programação, as características e as possibilidades do acesso em cada sistema local de saúde são resultantes de processos históricos, onde atores sociais fazem escolhas racionais e estratégicas que definem regras e assim ordenam a gestão de recursos mobilizados no enfrentamento das complexidades da equação oferta-demanda. Nesta perspectiva, por ser uma construção social, a universalização do acesso à atenção integral em saúde bucal depende de cenários locais específicos (ZANETTI, 2002).

Objetivo:

- Desenvolver uma proposta de atendimento para o Centro de Saúde Sagrada Família.
- Construir uma agenda com definição e priorização de ações que atendam as necessidades em saúde da população da área de abrangência do Centro de Saúde Sagrada Família.

Metodologia:

Este trabalho utilizou como metodologia um levantamento dos problemas existentes no Centro de Saúde Sagrada Família e uma revisão da literatura. Os temas estudados foram: Sistema Único de Saúde, Programa de Saúde da Família, acesso, acolhimento, planejamento, entre outros. Fez-se uma reflexão sobre a distância existente para alcançarmos a universalidade da assistência em saúde no Brasil. Foi construída uma proposta de intervenção para se obter um aumento no acesso e na qualidade dos serviços do Centro de Saúde Sagrada Família.

Discussão:

Assim como diz Merry (1997), a porta de entrada de uma unidade de saúde não deve barrar ninguém, o acolhimento deve ser feito todo o tempo. Devemos seguir o princípio da universalidade no atendimento. Portanto, o acolhimento, assim como foi orientado pela secretaria de Saúde em 2003, deve ser viabilizado pela equipe de saúde bucal durante todo o tempo, para que a população encontre as portas abertas na unidade básica.

A partir do conhecimento da realidade, da definição de estratégias de enfrentamento traçadas e da definição de grupos prioritários e das atividades previstas para a atenção à saúde desses grupos, faz-se necessário garantirmos no nosso cotidiano a implementação dessas ações.

O Ministério da Saúde preconiza de 3000 a 4500 pessoas adscritas a cada equipe de saúde da família e uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde da família (ESF), ou seja, uma realidade bem distante do Centro de Saúde Sagrada da Família, portanto, a organização do serviço deve se adequar a essas limitações de recursos (BRASIL, 2004).

Quando não há organização do serviço, a realização do acolhimento de grande demanda espontânea, como é o caso do Centro de Saúde Sagrada Família, provoca no profissional a sensação de pouca resolutividade ou de não estar “fazendo PSF”, pois há a dificuldade de uma escuta qualificada que exija atenção e disponibilidade e conseqüentemente a tendência em atender a expectativa do usuário pelo atendimento individual e “na cadeira do dentista”.

Pinto, 2008, citando Cohane (1972), afirma que a necessidade de cura é bem conhecida, embora a cura seja rara e que sua busca a todo custo pode restringir o fornecimento de cuidados, tal como a estratégia populacional.

Os fatores de risco ambientais relacionados às doenças bucais, ou seja, o consumo exagerado de açúcar e a higiene bucal deficiente, são quase todos determinados por comportamento, os quais, por sua vez são determinados por normas sociais as quais toda população está submetida. Portanto uma estratégia populacional para prevenir doenças bucais deverá ser adotada, como por exemplo, a distribuição de kits de higiene bucal aos usuários que recebem o benefício Bolsa Família, controle sobre a venda de guloseimas em escolas, palestras em espaços sociais, etc. (PINTO, 2008).

Só se pode pensar em formato de agenda ao se definir a necessidade real de cada área de abrangência e o potencial de cada componente da equipe e de cada recurso disponível dentro e fora do Centro de Saúde.

A pressão da população leva a equipe odontológica a utilizar como principal porta de entrada para o atendimento odontológico a demanda espontânea e a principal resposta a essa demanda são ações curativas que levam a insatisfação tanto para os profissionais quanto para os usuários diante disso o planejamento das ações tem um papel essencial no processo de reorganização dessas práticas, pois, como reflete Pinto (2008), planejar é requisito elementar da administração em saúde pública, pois serve para ordenar de forma sistemática a conduta de cada profissional, para alcançar uma nova realidade, melhor que a atual. E dessa forma, através de uma melhor organização dos sistemas de prestação de cuidados em saúde, proporcionar um aumento significativo dos padrões de saúde bucal de toda a população, reduzindo, e se possível, eliminando as desigualdades de acesso aos serviços odontológicos.

A Secretaria Municipal de Saúde (2008) recomenda que a discussão e a pactuação da agenda de trabalho das equipes de saúde da família devem ser feitas utilizando-se todos os eixos da atenção integral e dos projetos terapêuticos individuais e coletivos como, por exemplo, o atendimento à demanda espontânea, o cuidado clínico continuado, ações de vigilância, reuniões de equipe, visita domiciliar, reuniões com famílias, atividades de planejamento, ações de educação em saúde, atenção domiciliar, atividades na comunidade. Diante de recursos tão distantes do ideal algumas ações ficarão prejudicadas, cabendo à equipe definir prioridades e aquelas ações essenciais ao cuidado.

Segundo o cadastro do Censo B.H. Social (2009), cerca de 50% das pessoas que pertencem à população da área de abrangência do Centro de Saúde Sagrada Família, e que pertencem ao baixo risco, não possuem plano de saúde e procuram a unidade básica de saúde quando adoecem. Em números absolutos esse valor representa mais que toda a população adscrita ao PSF desta unidade.

A população pertencente ao PSF evidentemente deve ser priorizada e devemos aplicar o princípio da equidade, pois incontestavelmente, pelos índices do IBGE são pessoas muito mais vulneráveis ao adoecimento.

Atualmente são realizadas palestras onde são passadas informações sobre higiene e saúde bucal. O usuário tem pequena participação e conseqüentemente essas palestras se tornam pouco atrativas e acabam sendo vistas pela população como obrigação para se ter acesso ao tratamento odontológico.

O fato de atendermos a praticamente todos os casos de dor que aparecem na unidade faz com que a insatisfação do usuário não seja evidente e nem provoque tensão junto à gerente do centro de saúde.

Atualmente nos deixamos levar pela grande demanda espontânea existente e realizamos poucas buscas ativas e escassos grupos operativos em creches, asilos ou escolas.

Embora seja uma diretriz da Política Nacional de saúde bucal, a qualificação da atenção secundária e terciária, está longe de ser alcançada. Este fato faz com que o número de agudizações de casos crônicos em Endodontia e Periodontia seja elevado e que seja gasta horas clínicas com baixa resolutividade.

Em Odontologia, não basta educar bem e democraticamente. Há necessidade, também, de fazer o possível para resolver os problemas de cada comunidade ou para que ela crie as condições para a resolução de seus problemas. É verdade que os recursos disponíveis não são suficientes para tratar a todos, mas também é verdade que uma comunidade organizada tem maiores possibilidades de conseguir uma Unidade de Saúde e depois fazer com que ela funcione adequadamente do que uma dispersa onde cada qual “viva por si”. Ao apoiar a organização coletiva de maneira que os problemas comuns – inclusive os odontológicos – possam ser discutidos, a equipe de saúde está dando um importante passo na direção da conscientização da comunidade (ZANETTI, 2005)

Segundo a Portaria MS/GM nº 267/01 que dispõem sobre as normas e diretrizes à reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica, o sistema de saúde não deve, de maneira nenhuma, excluir qualquer cidadão aos serviços de saúde, pois, como descreve a constituição vigente, a saúde é um direito de todos (BRASIL, 2001).

A agenda de trabalho deverá traduzir as propostas definidas globalmente, como o atendimento à demanda espontânea, o cuidado clínico continuado, ações de vigilância, reuniões de equipe, visita domiciliar, reuniões com famílias, atividades de planejamento, grupos de educação em saúde, atenção domiciliar, atividades na comunidade, entre outras. Diante de recursos tão aquém do ideal algumas ações ficarão prejudicadas, cabendo à equipe de saúde bucal definir prioridades e aquelas ações essenciais ao cuidado.

Assim como diz Pereira (2003), a promoção de saúde é basicamente uma atividade no campo social e não um serviço médico. Entretanto, os profissionais de saúde têm um papel importante em fomentar e facilitar sua promoção.

Conclusão:

Para trabalharmos em um território tão grande e diferenciado, onde a maioria da população necessita do serviço de saúde pública, é necessário mais do que nunca que

sejam democráticos adotando como eixo norteador a equidade e a universalização na promoção à saúde.

A população de baixo risco demanda o atendimento clínico muitas vezes por questões culturais e não somente por necessidade, portanto é preciso ações efetivas na saúde sendo necessário que o usuário passe a ter uma visão mais ampla do conceito de saúde e se torne assim um ator mais participativo.

A universalização da assistência à saúde, ainda é uma meta distante de ser alcançada. No entanto, a ampliação de ações de saúde é possível de ser realizada e essas ações podem se tornar eficazes e efetivas como resposta às demandas da população de baixo risco. Assim, o atendimento clínico ficará reservado para aquele usuário avaliado durante o acolhimento como sendo de maior risco ao adoecimento.

Proposta de Intervenção:

Valorizar e incrementar ações de promoção à saúde, que levem as pessoas às mudanças no estilo de vida e, que tragam conscientização política, objetivando o empoderamento dos cuidados em saúde. Priorizar o atendimento clínico ao usuário de maior risco ao adoecimento.

Ações:

- Realização do acolhimento durante todo o tempo, como forma de organização da demanda espontânea, adotando a classificação do grau de vulnerabilidade à doença, para priorizar o atendimento dos usuários de maior risco. Utilizar também o índice de necessidade de tratamento odontológico (INTO) priorizando o usuário com classificação de códigos dois e três, assim com os portadores de doenças sistêmicas, idosos e crianças.

- Elaboração de uma agenda semanal que contemple ações como: atendimento de demanda espontânea, atendimento de demanda programada, formação de grupos operativos, visitas às instituições de convívio coletivo, como creches e escolas, visitas domiciliares, criação de grupos de estudo e reuniões de equipe.
- Participação da equipe de saúde bucal em grupos específicos de atenção coletiva desenvolvidos dentro e fora do Centro de Saúde, tais como: gestantes, hipertensos, diabéticos e escolares.
- Realização de grupos de estudo entre as equipes de saúde para atualização e capacitação na realização de grupos operativos eficientes e atraentes para o usuário.
- Realização de ações educativas que propiciem a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e o estímulo à criatividade, pois a promoção de saúde busca fazer com que as escolhas mais saudáveis tornem-se escolhas mais fáceis. (PEREIRA, 2003).
- Priorização de ações de proteção à saúde de crianças e idosos.
- Formação de multiplicadores que possam trabalhar como educadores em saúde dentro de seus espaços de atuação como escolas, creches e asilos.
- Elaboração de capacitação dos agentes de saúde e multiplicadores
- Realização de levantamento de necessidades em saúde bucal de crianças e idosos durante as campanhas de vacinação.
- Reuniões de equipe, frequência recomendada semanal. As reuniões deverão ser rápidas, objetivas e com pautas pré-estabelecidas.

- Formação de grupos voltados para usuários considerados hiperutilizadores do Centro de Saúde, retirando essas pessoas do atendimento tradicional e buscando formas diferenciadas de abordagem. Relacionar a excessiva busca por atendimento restaurador com as consultas médicas, exames, etc. Enfatizar para o usuário que o que deve mudar é o estilo de vida e a responsabilização deste pela sua saúde.
- Reivindicação de divisão da área de abrangência do Centro de Saúde através da construção de outra unidade de atendimento básica. Discussão deste assunto nas reuniões da comissão local de saúde para a conscientização do usuário de seu poder como ator político.
- Conquistar a adesão de toda a Equipe de Saúde Bucal. A principal estratégia utilizada para se conseguir este objetivo será a realização de reuniões entre as equipes. Durante esses encontros serão feitas avaliações das ações realizadas e através dos resultados positivos alcançados a satisfação do profissional aumentará e este se sentirá motivado a participar cada vez mais.

Avaliação:

Toda ação deve ser acompanhada de modo crítico para que as correções necessárias se procedam no momento oportuno e, ser avaliada para saber se os objetivos e metas foram atingidos.

A avaliação das ações deverá ser realizada através da aplicação de questionários aplicados aos usuários durante as reuniões dos grupos operativos e em reuniões nos espaços sociais com a participação da comunidade.

A análise dos resultados obtidos nas avaliações deverá ser feita durante as reuniões da equipe de saúde bucal.

Através do acompanhamento e avaliação, é possível saber se o que foi previsto está sendo corretamente realizado, se os resultados são positivos e/ou negativos.

Desta forma alterar as ações em que a resposta não foi a esperada e manter aquelas que obtiveram sucesso incrementando- as.

Referências Bibliográficas:

1. BOTAZZO C. A saúde bucal a caminho da universalização: desafios e estratégias. Sorocaba MG; 2002. Disponível em www.saude.sp.gov.br
2. BRASIL. Portaria nº 267/GM, 6 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de Normas e diretrizes da saúde bucal. Diário Oficial da União 2001.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde; Departamento de atenção básica; Coordenação nacional de saúde bucal. Brasília 2004.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção básica e Saúde da família. Equipes de saúde. 2004. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em 14/8/2009.
5. CHAVES, MM. Odontologia Social. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986, 448 p.
6. FRANCO TB; Bueno WS & Merhy EE. 1999. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 15:345-353.
7. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2000. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 14/12/2008.
8. MATOS DL, Lima- Costa ML, Guerra HL & Marcenes W 2001. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores relacionados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. Cadernos de Saúde Pública 17 (3):661-668

9. MATUMOTO S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo; 1998.
10. MERHY EE. Em busca do tempo: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo; 1997
11. PEREIRA AC. A inserção de equipes de saúde bucal no programa de saúde da família no Estado de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP; 2007.
12. PEREIRA AC & Colaboradores. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde / organizado por Antônio Carlos Pereira. – Porto Alegre: Artmed, 2003, 440 p.
13. PINTO VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos, 2008, 635 p.
14. RAMOS DD.; Maria Alice Dias da Silva Lima. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública vol. 19 nº 1 Rio de Janeiro Jan/fev. 2003.
15. RONCALLI AG. A organização da demanda em Serviços Públicos de Saúde Bucal. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2000.
16. SANTOS MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. Revista Brasileira de Enfermagem, 48;109-119, 1995.
17. SANTOS AM; Assis MMA; Rodrigues AAO; Nascimento MAA; Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública vol. 23 nº 1, Rio de Janeiro, 2007.

18. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE: Cadastro Censo B.H. Social. Disponível na INTRANET – PBH. Acesso em 16/6/2009.
19. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE: Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte. Organizadora: Maria Aparecida Turci. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.
20. UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: Distrito Sanitário (E. V. Mendes, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
21. ZANETTI CH. Universalização do acesso à atenção integral: um desafio programático ainda não respondido. Ver. Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva 2002; Suplemento Especial, XVII Enatespo: 20-1.

