

**LUIZ AUDEBERT ANDRADE DELAGE**

**DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM SAÚDE  
BUCAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – JARDIM AMÉRICA.**

**VÁRZEA DA PALMA/MINAS GERAIS**

**2010**

LUIZ AUDEBERT ANDRADE DELAGE	<b>DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – JARDIM AMÉRICA.</b>	<b>UFMG 2010</b>
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

**LUIZ AUDEBERT ANDRADE DELAGE**

**DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM SAÚDE  
BUCAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – JARDIM AMÉRICA.**

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

Orientador: Horácio Faria

**VÁRZEA DA PALMA/MINAS GERAIS**

**2010**

**LUIZ AUDEBERT ANDRADE DELAGE**

**DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM SAÚDE  
BUCAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – JARDIM AMÉRICA.**

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

Orientador: Horácio Faria

Banca Examinadora

Prof ..... UFMG

Prof..... UFMG

Prof..... UFMG

Aprovada em...../...../.....

## Resumo

O acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários. Constitui-se como uma importante diretriz operacional da Estratégia Saúde da Família para reestruturação do processo de trabalho. Ele evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar “ruídos nas relações” que se estabelecem entre usuários e trabalhadores, com a possibilidade efetiva de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho que integre, principalmente, o interesse do usuário. O objetivo deste trabalho é definir diretrizes gerais para uma proposta de implementação do acolhimento em saúde bucal na Unidade Básica de Saúde – Jardim América. Para isto foram revisadas informações apresentadas em trabalhos anteriores, incluídas em artigos publicados nos últimos vinte anos. Foi descrita a rotina de funcionamento na Unidade Básica de saúde, enfatizando o acolhimento a usuários e demandas. Utilizaram-se, também, dados constantes no mapa contextual do portfólio elaborado ao longo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Por fim buscou-se confrontar dados obtidos na revisão da literatura com o contexto atual na ESF – Jardim América, para elaboração de diretrizes a serem utilizadas na implementação do acolhimento em saúde bucal naquela unidade de saúde. Acredita-se que o acolhimento constitui-se num processo eminentemente interacional eficaz para organizar os serviços de saúde, acolher as necessidades do profissional de saúde e da comunidade, gerando bases efetivas para a construção de ações de saúde em que a integralidade, resolutividade e equidade, constituem pilares básicos para sua concretização.

Descritores - “Acolhimento”, “humanização”, “processo de trabalho”

## Abstract

The host is the humanization of relations between workers and health service to its users. It constitutes an important strategic aim of the Family Health Strategy for restructuring the work process. He highlights the dynamics and the accessibility requirements of users to health services. Can be used as a device interrogator of daily practices, allowing us to capture "noise in the relationship" established between users and workers, with an effective opportunity to change them so that they establish a work process that includes, above all, the interest the User. The objective of this work is to define general guidelines for a proposed implementation of oral health care in the Basic Health Unit - Jardim America. For this we reviewed information submitted in previous works, including articles published in the last twenty years. We described the routine operation in the Basic health, emphasizing the host and the users demands. We used also in the map data in context of the portfolio developed over the Specialization Course in Primary Health Care Family. Finally we sought to compare data obtained in the literature review with the current context in ESF - Jardim America, to draw up guidelines to be used in the implementation of oral health care that health unit. It is believed that the host is in a highly interactive process to organize effective health services, fulfill the needs of health professionals and the community, creating foundations for building effective health interventions in which the full, resolute, and equitable constitute the basic pillars for achieving them.

Key words - "Home", "humanization", "work process"

## Sumário

1. Introdução	07
2. Objetivo geral	16
3. Objetivos específicos	16
4. Metodologia	16
5. Desenvolvimento	17
5.1. Revisão de literatura	17
5.1.1. Acolhimento	17
5.1.2. Acolhimento em saúde bucal	21
5.1.3. Capacitação da equipe de saúde para o acolhimento	23
5.1.4. Acolhimento: relato da experiência do município de Betim/MG	24
5.2. Caracterização da situação atual na Unidade Acolher Jardim América	29
5.2.1. Caracterização da Unidade	29
5.2.2. Funcionamento da Unidade	29
5.2.3. Acolhimento	29
5.3. Diretrizes para implementação do acolhimento em saúde bucal na Unidade Básica de Saúde – Jardim América	32
6. Considerações finais	33
7. Referências bibliográficas	35

# 1- INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) define a atenção primária como:

*“um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a população de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos e sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo sustentável. (CONASS, 2004, p.7)”.*

A Constituição Federal de 1988 representou um marco para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. A partir de sua promulgação, todos os cidadãos passaram a ter direito ao acesso a serviços de saúde e, para o cumprimento do disposto, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Ministério da Saúde assume explicitamente a responsabilidade em direcionar esforços na reorientação no modelo de atenção à saúde, onde a Atenção Primária à Saúde -

APS tem um papel de destaque.( Política Nacional de Atenção Básica, disposta na Portaria 648 / 2006 MS.)

No que se refere à concepção de atenção básica, recente portaria ministerial (Brasil, 2006) ratifica a visão clássica da APS enquanto primeiro nível de atenção, estratégia e filosofia para organizar os serviços de saúde. Ela é descrita em Brasil (2006) como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”.

Para Mendes (2002) a atenção primária deve cumprir três funções essenciais:

- Resolução: objetiva resolver a maioria dos problemas da população;
- Organização: refere-se a organizar o fluxo de referência e contra-referência dos usuários pelo sistema de saúde;
- Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde do usuário em qualquer ponto de atenção à saúde.

Segundo Starfield (2002) A atenção Primária à Saúde (APS) deve ser norteada pelos seguintes princípios:

- O Primeiro Contato: a APS deve ser a porta de entrada para o usuário ter acesso fácil ao serviço de saúde;
- A Longitudinalidade: adaptar ao crescimento e às mudanças do indivíduo no decorrer dos anos, oferecendo desde ações promocionais até reabilitação e como consequência gerar custos baixos para o serviço de saúde;
- A Integralidade da Atenção: visa reconhecer as necessidades da população e os recursos disponíveis para abordá-las;
- A Coordenação: compartilhar as informações dos usuários atendidos em outros pontos de atenção à saúde, ou seja, referência e contra-referência efetivas;
- A Centralização na Família: conhecer os membros da família e os problemas de saúde existentes ;



- A Orientação Familiar: refere-se a ações complementares aos programas que atendam às necessidades de uma população definida e também a participação da comunidade na tomada de decisões.

Enquanto porta de entrada de milhões de cidadãos ao SUS, a política de atenção básica consiste no elo entre a população e os serviços de saúde e em ferramenta fundamental no processo de universalização do acesso à saúde.

Como uma das estratégias para o fortalecimento da APS e reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1994, o Ministério da Saúde (MS) propôs a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa tem como princípios fundamentais a atenção integral e humanizada e como um de seus objetivos aumentar o vínculo entre profissionais de saúde e família, humanizar e qualificar o atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). (SMS São Paulo, 2002 e Lima, M. A.D.S.; Schimith, M.D.; 1994)

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Ministério da Saúde foi criado a partir da experiência do Ceará, iniciado em 1987, como parte de um programa emergencial, em 1991. A experiência do Ceará foi institucionalizada como política oficial do Governo Federal, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde. O seu objetivo geral consistia em melhorar, através dos Agentes Comunitários de Saúde, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde.

A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família. Assim, o Programa Saúde da Família (PSF), foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, DF, sobre o tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo com apoio do UNICEF. A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada. Cabe salientar que a supervisão do trabalho do agente comunitário pelo enfermeiro, no Ceará, foi um primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais.

A Estratégia Saúde da Família representa o instrumento ordenador da atenção básica e se estrutura a partir da constituição de equipes multiprofissionais responsáveis pela saúde da população. Seu objetivo é realizar de forma integral e contínua ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Ao tornar a família o foco da atenção em saúde, abarcando seu ambiente físico e social, a ESF permite uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença do que ocorreria a partir de intervenções pontuais.

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional responsável por oferecer assistência contínua à uma população adscrita. Prioriza a promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, atuando também na cura e reabilitação. Demonstra um potencial de resolubilidade de até 80% das demandas da comunidade. Possui como foco de atenção a família, não significando que a abordagem individual seja desprezada. Com a implantação da estratégia dificuldades como o acesso da população à assistência diminuiu e alguns indicadores de saúde melhoraram, como, por exemplo, a mortalidade infantil que reduziu.

#### (IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR OFICINA 05)

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Como vimos, os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

A Saúde da Família como estratégia dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento que reflete na reordenação do modelo de atenção no SUS. Busca racionalizar a utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família. (Brasil, DAB?)

Ao falar sobre mudança de modelos assistenciais estratégicos não podemos deixar de citar o processo de trabalho em saúde. De acordo com Franco e Merhy (2003) no processo de trabalho estão os saberes e os materiais necessários à produção e que para desenvolver a ESF são necessários outros saberes e novos instrumentos como: gerar saúde de acordo com a realidade de cada família levando em consideração a cultura popular e da educação produzidos por meio do diálogo.

O processo de trabalho em saúde é um processo que se realiza, predominantemente, em nível institucional, envolvendo os profissionais que prestam assistência (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.), profissionais de nível médio e de apoio (limpeza, copa, lavanderia, etc.), bem como profissionais do setor administrativo (planejamento, gestão, etc.). Processo coletivo que não se constitui de modo espontâneo, mas sim está sujeito à intencionalidade da formação de um projeto que precisa ser compartilhado por diferentes profissionais e assumido pela direção da gestão das instituições públicas.

Nesse sentido, é importante que se busque localizar principalmente as relações estabelecidas entre os diferentes trabalhadores, discutindo o processo de trabalho através da identificação e análise de sua história e dificuldades em desenvolver uma prática conjunta, contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre esse processo.

Vale ressaltar que o trabalho em saúde se desencadeia com base em necessidades. Para Mishima et al (2003) as necessidades são geradas nas relações sociais, logo se diferenciam ao longo do tempo. Por isso os indivíduos que fazem parte desse trabalho precisam saber ouvir, interpretar, desenvolver capacidade de adaptar a mudanças e por fim acolher o indivíduo, a família de forma adequada e satisfatória.

A Estratégia Saúde da Família, em seu modo de operar os serviços de saúde, constitui-se num processo, e, assim sendo, não está concluído, podendo caminhar para o plano da racionalização e flexibilização do processo de trabalho ou da radicalização do processo de humanização do cuidado, garantindo acesso, resolutividade, participação social e qualidade da assistência.

A ESF conclama para a construção de uma nova maneira de operar a saúde, humanizada e solidária, compreendendo-se humanização em sentido ampliado (resolutividade, equidade, acesso, autonomização, solidariedade e cidadania).

Em 2004 foi implantado pelo MS a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no SUS – Humaniza SUS. (Carvalho, C. A. P., *et al*, 2008)

Humanizar significa valorizar os sujeitos inseridos na produção de saúde, sejam eles usuários, trabalhadores ou gestores. O Humaniza SUS propõe construir espaços para encontros entre os sujeitos, realizar trocas de saberes, trabalhar em rede com equipe multiprofissional, saber identificar as necessidades, os desejos e interesses dos usuários. Para que essas ações sejam viabilizadas a PNH possui como um de seus dispositivos o Acolhimento com classificação de risco. (Brasil, 2006)

O acolhimento constitui uma forma de humanizar e organizar o trabalho em saúde, indo ao encontro das propostas do Programa Saúde da Família (PSF). Humanizar o atendimento não é apenas chamar o paciente pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios constantemente, mas também compreender seus medos, angústias, incertezas, dando-lhes apoio e atenção permanente. O caminho da humanização da atenção passa pelo reconhecimento do que o outro tem a dizer. Não devemos achar que sabemos antecipadamente as necessidades percebidas por ele. Assim, é possível afirmar que no âmbito de um programa de humanização, nada poderia ser mais desumanizante do que pretender saber, de antemão, o que deve ser feito. (Scallione, 2008 )

Acolher é receber de forma adequada, oferecer escuta, atenção oportuna, atender com resolutividade, enfim fazer com que o cidadão se sinta valorizado e satisfeito com o atendimento recebido. Isso modifica a organização do processo de trabalho, permitindo oferecer uma “nova” porta de entrada para o serviço público de saúde e atender a todas as

pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. (Carvalho, C. A. P. *et al* 2007)

A implantação do acolhimento é útil como forma de organização do trabalho em saúde neste programa. Ele deve ser realizado por cada membro da equipe, ouvindo os usuários e oferecendo respostas para suas necessidades. O acolhimento possibilita encaminhar as necessidades mais imediatas da população atendida, preservando a equidade na atuação do PSF e a organização da demanda na assistência aos usuários. Portanto pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, a partir de uma escuta qualificada que permita identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, de modo a ofertar o encaminhamento adequado dessas necessidades, segundo aqueles princípios do SUS.

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. Neste contexto, é fundamental a inserção da odontologia, fazendo parte desta atenção integral.

A saúde bucal passou a fazer parte do PSF em 28 de dezembro de 2000, quando foi sancionada a *Portaria n. 1.444* 10, na qual o Ministério da Saúde estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção em saúde bucal. O Artigo 2º, dessa Portaria, destaca que “*o trabalho das equipes de saúde bucal, no PSF, estará voltado para a reorganização de acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento do vínculo territorial*”.(Brasil,2000) Portanto, o acolhimento da saúde bucal deve estar em consonância com a porta de entrada da Unidade, respeitando os princípios da estratégia HumanizaSUS.

Durante a realização do curso de especialização foi possível conhecer sobre a estratégia de saúde da família, desde a sua criação, organização do processo de trabalho e mudanças que a mesma pode gerar no território em que está inserida, desde que esteja bem consolidada. Dentre todas as ações que podem ser desenvolvidas na ESF, a que mais se destacou foi o acolhimento, devido à capacidade que o profissional deve desenvolver para aprender a escutar e identificar na fala de cada indivíduo a sua maior necessidade.

Para tanto, é fundamental reorganizar o processo de trabalho da equipe, a fim de que este desloque o seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento-, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde e qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (Franco e Merhy, 2007)

Em Várzea da Palma-MG o PSF foi implantado em 2004, inicialmente com uma equipe e atualmente possui treze, sendo 100% de cobertura. Embora a estratégia esteja presente no município há seis anos, a demanda por consulta médica é grande, as pessoas formam fila de madrugada para marcação, o cuidado é muito centrado no médico, há número limitado de vagas para consulta e o modelo que permanece ainda é o curativista.

Entre as unidades básicas de saúde do município, uma forma heterogenia de políticas de agendamento para tratamento odontológico e condutas e organizações das ações dos profissionais em relação à demanda espontânea e os programas desenvolvidos.

Diante disso percebe-se a necessidade de implantar o acolhimento com classificação de risco nas equipes de saúde a fim de melhorar a assistência oferecida e a organização do processo de trabalho e o acolhimento em saúde bucal na equipe, aumentaria a possibilidade de promover um atendimento integral, a toda e qualquer pessoa, com enfoque preventivo, curativo e promotor de saúde, sendo mais humanizado, equânime, estabelecendo as prioridades, dando mais a quem mais precisa, pondo em prática os princípios doutrinários do SUS.



## **2. OBJETIVO GERAL**

Definir diretrizes gerais para uma proposta de implementação do acolhimento em saúde bucal na Unidade Básica de Saúde – Jardim América.

## **3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar uma revisão da literatura sobre o acolhimento aos usuários de Unidades Básicas de Saúde.
- Caracterizar a situação do acolhimento na Unidade Básica de Saúde – Jardim América.
- Definir diretrizes gerais para a implementação do acolhimento em saúde bucal.

## **4. METODOLOGIA**

Para atingir os objetivos propostos,

- Foram revisadas informações apresentadas em trabalhos anteriores, incluídas em artigos publicados nos últimos vinte anos, considerando-se a produção registrada nas seguintes bases de dados bibliográficos: LILACS, MEDLINE e SciELO. Foi realizada também a análise de documentos oficiais de organismos nacionais. Os descritores utilizados foram: “acolhimento”, “humanização”, “processo de trabalho”. Foi descrita e analisada também a experiência de implantação do acolhimento no município de Betim/MG.
- Foi feita uma descrição da rotina de funcionamento na Unidade Básica de saúde, enfatizando o acolhimento a usuários e demandas. Utilizaram-se, também, dados constantes no mapa contextual do portfólio elaborado ao longo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.
- Realizou-se um confronto de dados obtidos na revisão da literatura com o contexto atual na ESF – Jardim América, para elaboração de diretrizes a serem utilizadas na implementação do acolhimento em saúde bucal naquela unidade de saúde.



## **5. DESENVOLVIMENTO**

### **5.1 Revisão de literatura**

#### **5.1.1 Acolhimento**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) propõe o desenvolvimento de ações, competentes e articuladas, e, para tanto, é fundamental “acolher”. Para tanto é necessário que os profissionais desenvolvam novas atitudes no contato com a comunidade, o que traduziria em ações mais humanizadas.

Segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário na produção do seu cuidado. O primeiro contato com o usuário altera de forma decisiva a passagem do mesmo pela unidade e a resolução do seu problema. Logo, é necessário que a unidade organize a forma de atendimento aos usuários a fim de que possam ser acolhidos da melhor forma possível.

Para Matumoto (1998), o acolhimento nos serviços de saúde tem sido considerado como um processo de relações humanas, pois deve ser realizado por todos os setores e trabalhadores e não se limita ao ato de receber, mas a uma seqüência de atitudes que levam a satisfação do usuário e a resolução do seu problema.

Silva Jr. & Mascarenhas (2004), entendem acolhimento como uma postura, que faz com que a equipe desenvolva o comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada a comunidade e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários.

Segundo Fracoli e Zoboli, 2004 “o acolhimento deve ser traduzido como uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que

estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam. Para tanto é necessário, que os trabalhadores e os serviços de saúde realizem uma reflexão sobre as relações que tem estabelecido com os usuários...”

Vale a pena ressaltar que é necessário que o profissional transmita segurança, confiança e compreensão em relação às necessidades dos usuários, não basta somente escutar.

O acolhimento é capaz de modificar o funcionamento e a organização do serviço de saúde da seguinte forma:

- Atender a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, ou seja, garantir acessibilidade universal
- Reorganizar o processo de trabalho. Desviar o foco da consulta médica para uma equipe multiprofissional, capaz de oferecer ao usuário uma escuta qualificada e eficiente
- Qualificar a relação trabalhador-usuário, permitindo a participação popular na tomada de decisões e estabelecer vínculos solidários.

O padrão de acolhida aos usuários dos serviços de saúde e aos trabalhadores é um desafio. Colocar em ação o acolhimento implica em:

- Protagonizar os sujeitos envolvidos na produção de saúde
  - Valorizar e permitir abertura no encontro entre usuário e trabalhador da saúde, levando-se em consideração o meio em que está inserido
  - Reorganizar o serviço de saúde
  - Elaborar projetos terapêuticos e individuais
  - Ampliar espaços de discussão e decisão
  - Oferecer escuta qualificada
  - Construir coletivamente propostas com a equipe local, central e distritais.
- (Brasil,2008)

A sistemática do acolhimento pressupõe a determinação da rapidez no atendimento a partir da análise, baseada em protocolos, da necessidade do usuário em função de seu risco e vulnerabilidade, proporcionando o atendimento por prioridade e não por ordem de chegada.

### **Política Nacional de Humanização - PNH**

O acolhimento com classificação de risco, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e uma das estratégias de Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde, objetiva humanizar e personalizar o atendimento; avaliar o usuário logo na chegada para identificar a gravidade do caso; estabelecer a prioridade no atendimento de acordo com a gravidade; determinar o ponto de atenção e o atendimento adequado e prestar informações adequadas ao usuário/familiares a partir da utilização de protocolos clínicos. (PDAPS, OF 5)

O acolhimento, como estratégia de acesso dos usuários ao serviço de saúde, integra a Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS (BRASIL/MS 2006). Humanizar é oferecer atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. A PNH é “entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (BRASIL/MS 2004).

Os princípios da PNH são: a valorização da dimensão subjetiva, coletiva social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS; o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e sujeitos; a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos inseridos na rede SUS; a co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; o fortalecimento do controle social com caráter participativo; compromisso com a democratização das relações de trabalho e a valorização dos trabalhadores de saúde estimulando a educação permanente e valorização do ambiente de trabalho tornando-os saudáveis e acolhedores. (BRASIL/MS 2004).

È importante considerar algumas ações para a implantação do acolhimento, como:

- Organizar as unidades com princípios de trabalho em equipe e gestão participativa, entendendo o acolhimento como parte inerente ao exercício profissional em saúde;
- Promover capacitação de profissionais em relação à escuta qualificada;
- Elaborar protocolos inter e multiprofissionais permitindo a qualificação da assistência e levando ao fortalecimento da equipe;
- Organizar a agenda da Unidade com espaço para a demanda espontânea, demanda programada, grupos operativos, espaços de discussão com a comunidade, reuniões de equipe, entre outros;
- Promover aprofundamento teórico metodológico e troca de experiências.

Percebe-se que assim como o acolhimento está fortemente inserido no processo de humanização. É preciso haver comunicação entre os profissionais e destes com os usuários. Matumoto, 2002 aponta que “a comunicação é um dos aspectos fundamentais para o entendimento de acolhimento”.

Implantar o acolhimento não é tarefa fácil pois implica na mobilização da equipe de saúde, conselhos locais, gestor, representantes da sociedade, entre outros. Porém é uma estratégia que traz resolução e satisfaz tanto a equipe de saúde quanto os usuários.

### 5.1.2 Acolhimento em saúde bucal

A saúde bucal foi incorporada à ESF em dezembro de 2000, quando foi sancionada a *Portaria n. 1.444* (Brasil, 2000) do Ministério da Saúde na qual se estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção em saúde bucal. O Artigo 2o, dessa Portaria, destaca que:

*“o trabalho das equipes de saúde bucal, no PSF, estará voltado para a reorganização de acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento do vínculo territorial”* . A *Portaria n. 267* , de 6 de março de 2001, regulamentou a *Portaria n. 1.444* e descreveu as bases para reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: *“caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde; adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde; integralidade da assistência prestada à população adscrita; articulação com os serviços de maior complexidade do sistema de saúde; definição da família como núcleo central de abordagem; humanização do atendimento; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social; educação permanente dos profissionais; acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.”*

Concomitante a isso, o Ministério da Educação delibera sobre as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde, nas quais fica evidente a preocupação com o estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde, objetivando a formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (CNE,2002)

Em seu trabalho, Santos ( 2007) detectou posturas mais relacionais por parte de alguns trabalhadores, como a presença do dentista na recepção, apresentando-se, de forma humanizada e acolhedora, àquele que procura um atendimento de saúde bucal; da mesma forma, uma auxiliar de consultório dentário mostra-se envolvida com os aspectos subjetivos dos usuários que se dirigem à recepção e prioriza algumas necessidades como as urgências, idosos e gestantes: “... a auxiliar de consultório dentário recebe muito bem e procura sempre conversar, sempre olha nos olhos, se o paciente chega com muita dor, ansioso, a auxiliar de consultório dentário verifica a pressão, coloca ele sentado, se for idoso não deixa ele em pé, se for gestante também, então sempre dá um acolhimento...” ( Santos AM et al, 2007 ).

Deve-se atentar para o fato de o acolhimento em saúde bucal não ser um apêndice do PSF: Manfredini ( 2004 ) relata que “Identificaram-se responsabilizações delimitadas aos problemas exclusivos da boca para a equipe de saúde bucal, não estabelecendo interconexões e complementaridades com as práticas desenvolvidas pelos outros trabalhadores que atuam no PSF, constituindo-se em um apêndice ao programa” .

Outra questão relaciona-se à estrutura física das unidades de saúde que muitas vezes estão em desacordo com as exigências da vigilância sanitária, ou seja, inadequadas para o atendimento às pessoas e ao próprio trabalho do profissional. Os dificultadores relacionados a isto impõem diferentes graus de satisfação aos usuários e trabalhadores, apesar de convergir na forma de receber, ouvir, escutar, falar, tolerar, acolher. Não cabendo, com isso, justificar qualquer desumanização durante o processo terapêutico, mas inferir que tais situações têm gerado tensões nos distintos espaços da prática em saúde bucal. ( Santos AM et al, 2007 ).

Segundo Santos e Assis ( 2006 ):

*“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 adoece 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”*

### **5.1.3 Capacitação da equipe de saúde para o acolhimento**

Para Silva e Alves ( 2008 ) o trabalho em saúde precisa ser estruturado, juntamente com o preparo do atendimento, construção de ambientes terapêuticos, qualificação profissional, adequabilidade na relação trabalhador/usuário e busca efetiva pela resolutividade dos problemas dos usuários.

Toda a equipe de saúde deve encarar a prática do acolhimento de forma homogênea, com a mesma conduta e o mesmo objetivo para evitar desvios que levem a insucessos e frustrações. A capacitação de toda a equipe de saúde envolvida tende a ajudar neste sentido. Para Mundim ( 2002 ) os profissionais precisam adquirir o aprendizado de novas tecnologias acoplado com a visão integrada do negócio, envolvendo todas as habilidades requeridas neste processo, tais como: pensamento sistêmico, trabalho em equipe e conhecimentos técnicos específicos.

È importante construir em equipe, e na própria instituição, os objetivos e forma de acolher. Schimith e Lima ( 2004 ) propõe que a capacitação para o acolhimento contemple todos os profissionais de saúde e sugere esta contemple os seguintes aspectos: construção do conceito de acolhimento através de oficinas de trabalho, formação de equipes de referência para discussão das ações de humanização/acolhimento (...). O autor sugere também que a capacitação deve incluir os profissionais de portarias e recepções.

Durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, no módulo 4 onde estudamos as estratégias pedagógicas de capacitação, vimos que o termo *transmissão de conhecimentos* simboliza a abordagem pedagógica tradicional, que é vista pela maioria dos envolvidos na área de educação como ultrapassada. É importante afirmar que é por meio da educação que se dão a transmissão e a assimilação da cultura produzida historicamente. Ela permite que conheçamos o estágio de desenvolvimento humano atual para que possamos superá-lo. Entretanto, só uma educação que vá além de sua função de transmissão das aquisições culturais humanas, transmissão de conhecimentos, poderá

realmente formar cidadão com capacidade para se apropriar do saber produzido historicamente e construir sua própria humanidade histórico-social.

O profissional de saúde precisa atuar de forma a identificar qual a fundamentação do saber do outro, as relações causais determinantes dos processos por ele vivenciados, o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico. A partir da visão que o outro tem do problema, o profissional estabelece a melhor estratégia de ação que, necessariamente, tem que respeitar a autonomia do outro e ser pautada em princípios éticos. É preciso, também, compreender a linguagem e o significado das expressões próprias de determinada coletividade, assim como fazer-se compreender, compartilhando e possibilitando a construção recíproca de novos conhecimentos. É nesta dinâmica que se constrói um outro e novo conhecimento, que é fruto dos saberes dos pólos dessa relação.

Para Martins (2005) a comunicação entre os profissionais e destes com os usuários também assume importante papel. A comunicação é o principal instrumento que dispõe o atendente no serviço público. A situação de acolhimento é, essencialmente, um processo comunicativo e, portanto, a capacitação para atendimento e acolhimento ao cidadão é uma tarefa que envolve, essencialmente, o desenvolvimento de habilidades comunicativas. O desenvolvimento de habilidades comunicativas trás em si a necessidade de habilitar/capacitar os profissionais nessa nova tecnologia, que vem como um instrumento que incorpora as relações humanas à sua prática.

#### **5.1.4 Acolhimento: relato da experiência do município de Betim/MG**

##### **Razões da implantação**

Tomou-se a decisão de implantar o acolhimento nas Unidades de Saúde de Betim basicamente por:

- 1) A maioria das pessoas que necessitavam de atendimento em saúde estavam excluídas dos serviços, daí a grande desconfiança e, até mesmo, opinião negativa que os usuários têm dos serviços de saúde.



- 2) As pessoas que procuravam a Unidade de Saúde faziam-no, majoritariamente, em busca da consulta médica, estrangulando completamente este serviço. Por outro lado, um grande número dessas mesmas pessoas não necessitava da consulta, mesmo que essa fosse sua demanda individual.
- 3) O trabalho na Unidade de Saúde era centrado na pessoa e no saber médico, ficando os outros profissionais subestimados no processo de trabalho, tendo o seu potencial para a assistência enormemente oprimido, reduzindo a oferta de serviços.
- 4) A relação trabalhador-usuário sofria de crônica degeneração, causada pela alienação dos trabalhadores do seu processo de trabalho, ou seja, este se realizava compartimentado, com os procedimentos sem a necessária integração multidisciplinar. O objeto de trabalho 'problema de saúde' recebia, dessa forma, um tratamento sumário e burocrático, numa relação impessoal com o usuário. O mais comum mesmo era a sua exclusão. No entanto, os trabalhadores, embora conscientes dos problemas, sentiam-se impotentes para mudar aquela situação existente, lamentada por eles próprios. O contexto sugeria, então, aparente contradição de interesses entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

### **O processo de trabalho no acolhimento**

O maior impacto na reorganização do trabalho se deu devido ao fato de profissionais não médicos passarem a usar todo o seu conhecimento, utilizados na assistência, escuta e soluções de problemas.

Os protocolos também contribuíram nesse processo, orientando os procedimentos a serem adotados pela equipe de acolhimento.

Comparando este modelo com o anterior (médico-centrado) ao acolhimento, verifica-se um acentuado aumento na resolubilidade com o enfermeiro na assistência, tanto direta como na retaguarda dos auxiliares de enfermagem. Dados mostram um aumento de 600% no rendimento.

Houve tensões durante a transição do papel do profissional de enfermagem. Houve uma disputa pela supremacia do saber e do poder no serviço de saúde, até então monopólio médico. Cita-se, como exemplo, a pressão da Câmara de Vereadores contra o atendimento pelos enfermeiros.

Além da maior utilização de suas capacidades técnicas, o enfermeiro viu-se dotado de uma maior autonomia na função que exerce (condição decidir sobre seu trabalho, como o exercício pleno do ‘saber-fazer’ no momento do procedimento assistencial).

O papel exercido pelo auxiliar de enfermagem antes do acolhimento se resumia às atividades próprias da sua função (curativo, injeção, vacina, distribuição de medicamentos) e ao apoio aos médicos. Hoje, a relação da auxiliar com os médicos é do acolhimento para a retaguarda, após realizar a escuta do problema de saúde do usuário; ou seja, é uma relação circunscrita ao exercício multiprofissional.

A assistente social participa do acolhimento e coordena os grupos programáticos.

No caso dos médicos, nota-se que seu processo de trabalho não foi modificado tanto quanto seria necessário para causar impacto na assistência, a partir da sua atividade específica. O trabalho médico permanecia incólume à velha lógica da consulta/agenda, determinante neste processo.

### **O acolhimento como fator de mudança**

O acolhimento associa na forma exata o discurso da inclusão social, da defesa do SUS, a um arsenal técnico extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até à constituição de dispositivos auto-analíticos e autogestores, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão da Unidade.

### **Problemas de primeira hora**

Contatava-se, antes do acolhimento, que a Unidade de Saúde vinha há muitos anos funcionando com reduzida oferta de serviços, baixa presença dos usuários por causa da inacessibilidade à Unidade, tendo, por conseqüência, incalculável demanda reprimida, não apenas para os serviços próprios da UBS, como também para os procedimentos especializados.

Para a implantação do acolhimento, num primeiro momento enfrentou-se o medo inerente a qualquer ser humano de se encarar o novo. Isto superado, aqueles problemas anteriormente existentes apareceram de forma muito mais evidente.

O autor cita um dos medos em relação ao acolhimento o fato de que o mesmo tornaria a UBS um grande pronto-atendimento (PA). Relata o exemplo de Belo Horizonte onde o acolhimento já é uma realidade, e permite tornar a UBS um verdadeiro estabelecimento de saúde onde se faça saúde pública, diferenciando o uso do prontoatendimento como um recurso a mais para abordar o usuário do fato de reduzir a UBS a um lugar exclusivo onde só se faz PA.

Conclui afirmando que o acolhimento tem levado a Unidade a receber e incorporar os grupos de riscos como uma realidade sua, à qual deve dar uma resposta individual e coletiva e pela qual tem que se responsabilizar.

### **Limites do acolhimento**

Após um ano de implantação do acolhimento na Unidade, enumerou-se três questões que permaneceram como limites à nova diretriz:

- 1) A pequena inserção dos profissionais médicos no acolhimento.
- 2) O agendamento de consultas médicas permanece como uma questão crítica no serviço. A diretriz do acolhimento pressupõe agenda aberta para os casos que necessitem.
- 3) Um terceiro desafio é a conciliação do trabalho da assistência dentro da Unidade de Saúde com o trabalho externo.

### **Desafios para a consolidação da inversão do modelo assistencial.**

Baseado nas limitações evidenciadas acima, o autor reflete sobre o porque de não se conseguir incorporar o profissional médico a esse processo. Cita como possíveis causas o tradicional “parcelamento” da organização do trabalho na UBS, sendo bastante verticalizado a organização do trabalho médico e, entre estes, de cada especialidade

médica. Essa divisão do trabalho se dá, de um lado, pela consolidação nos serviços de saúde das corporações profissionais; por outro, no caso dos médicos, pela especialização do saber e, conseqüentemente, do trabalho em saúde. Isto faz com que o se fixem os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico, causando uma alienação do profissional em relação ao próprio objeto do trabalho, mantendo-se sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente.

O acolhimento, ao reprocessar o trabalho na Unidade de Saúde, com base na formação de uma equipe multiprofissional, a equipe de acolhimento, conseguiu quebrar a verticalidade da organização do trabalho na Unidade, mexendo radicalmente no processo de trabalho dos profissionais não-médicos. Contudo, não foi possível romper com a lógica do trabalho médico, que se dá em torno da agenda/consulta.

Assim, enquanto os outros profissionais interagem em equipe, de forma extremamente dinâmica, acompanhando o resultado do seu trabalho, os médicos permanecem fechados num círculo vicioso, visualizando parcialmente a realidade.

Como solução para esta questão sugere o vínculo como a diretriz que, acoplada ao acolhimento, é capaz de garantir o real reordenamento do processo de trabalho na Unidade de Saúde, resolvendo definitivamente a divisão de trabalho compartimentada e saindo da lógica agenda/consulta para uma outra da responsabilização de uma equipe multiprofissional, com o resultado do trabalho em saúde. O atendimento em saúde seria feito por meio da adscrição da clientela a determinada equipe da Unidade de Saúde, formada, no mínimo, pelo médico, enfermeiro, pediatra, gineco- obstetra e auxiliares de enfermagem. Esta equipe passaria a se responsabilizar pelas pessoas inscritas, devendo, para isto, mobilizar todos os recursos dentro e fora da Unidade que pudessem favorecer este objetivo, tais como exames, consultas especializadas, internação etc. A equipe deve ter autonomia para agir, mobilizar os recursos necessários para fazer saúde. É importante a avaliação permanente do seu trabalho, agora facilitado, na medida em que este resultado é produto do labor de um mesmo grupo multiprofissional, ou seja, foram as mesmas pessoas que desenvolveram todo o processo vivido pelo usuário, individual ou coletivo, no seu processo saúde-doença.

O autor conclui expondo que o trabalho externo pode ser feito de duas formas: na primeira, ele deve ser realizado pelas equipes multiprofissionais da Unidade de Saúde, que,

ao responsabilizarem-se pela sua clientela, podem mobilizar recursos até mesmo de visitas e internações domiciliares, ou outros recursos, que se encontram juntos à comunidade. A segunda forma diz respeito à vigilância à saúde. Esta deve estar combinada com o planejamento e gestão dos serviços de saúde e em perfeita sintonia com a realidade social, econômica, epidemiológica local, bem como com as necessidades dos usuários da região.

## **5.2 – Caracterização da situação atual na Unidade Acolher Jardim América**

### **5.2.1 - Caracterização da unidade**

No dia 14 de fevereiro de 2007, foi inaugurada a unidade do Acolher Jardim América e Acolher Serrinha, ou seja, duas equipes na mesma estrutura física, sede própria, com espaço maior, sala de curativo, observação, de lavagem de material e esterilização, de imunização, lavanderia, cozinha, espaço para reuniões de equipe e grupos operativos, recepção, banheiro para usuários e funcionários, dois consultórios odontológicos, sala de enfermagem e medicina para cada equipe e uma sala para atendimento ginecológico. É bem equipada e conta com recursos adequados para o trabalho da equipe.

### **5.2.2 - Funcionamento da unidade**

A ESF Jardim América funciona de 7hs às 11hs e de 13hs às 17hs, de segunda a sexta-feira. Tem atendimento semanal do ginecologista e da pediatra que vão à unidade para o atendimento. As outras especialidades (cardiologista, urologista, nutricionista, psicologia e ortopedia) são agendadas na unidade pela enfermeira ou auxiliar de enfermagem através da ficha de referência e encaminhadas para o Centro de Especialidades Médicas.

As especialidades odontológicas (prótese, periodontia, endodontia e atendimento de pacientes com necessidades especiais) são encaminhadas para o Centro de Especialidades Odontológicas, também através do sistema de referência e contra-referência. As radiografias têm dias determinados para serem realizadas, sendo no caso do Jardim América toda quinta-feira da 13hs às 14hs.

No período da manhã, a enfermeira realiza o acolhimento das pessoas que comparecem para atendimento médico e outros atendimentos. Há também atividades de grupos operativos, puericultura, realização de preventivo do câncer de útero e mama, pré-natal, planejamento familiar. Realiza visitas sempre que requisitada.

Os exames laboratoriais são marcados durante a semana e a coleta é realizada toda quinta-feira na unidade.

Os ACS fazem caminhada com os Hipertensos e Diabéticos na 2ª, 4ª e 6ª no período de 7 às 8 horas e logo após são realizadas visitas domiciliares e no período da tarde fazem grupos operativos (conforme cronograma), visitas domiciliares, além de reuniões e outros.

A auxiliar de enfermagem é pouco participativa nas atividades de grupo e interação com os ACS, permanecendo a maior parte do tempo na unidade realizando procedimentos de enfermagem e sala de imunização e realiza poucas visitas domiciliares.

### **5.2.3 – Acolhimento**

O acolhimento da enfermagem é realizado todos os dias das 7 às 8 horas da manhã. Os pacientes são acolhidos e quando possível suas queixas são solucionadas pela própria enfermeira, caso contrário, os mesmos são direcionados para o adequado profissional, de acordo com o critério da prioridade. As consultas mais urgentes são agendadas para o mesmo dia e assim sucessivamente.

Na ocorrência de muita demanda, os pacientes são ouvidos e os passíveis de espera são orientados a retornar à unidade em outro momento, a fim de que toda marcação da semana não seja realizada em um só dia, inviabilizando-a nos demais. Toda equipe é treinada para realizar o acolhimento, aumentando assim a resolutividade do serviço e satisfação do usuário.

O odontólogo realiza acolhimento uma vez por semana, na quarta-feira das 13 às 14 horas. Tentou-se a princípio realizá-lo por meio da prioridade, no entanto, o resultado não foi muito satisfatório. A população está habituada com agendamento de acordo com a ordem de chegada e ficou muito insatisfeita ao final do exame de ouvir que teria que retornar outro dia, uma vez que seu caso era menos urgente que os demais.

No momento ele é feito disponibilizando um determinado número de consultas de acordo com a ordem de chegada e, depois sim, os mesmos são atendidos de acordo com a gravidade do caso. Está se tentando uma conscientização da população em relação ao agendamento por prioridade em os todos momentos da marcação, sendo que os mesmos neste método têm a chance de serem ouvidos.

Existe uma demanda reprimida na odontologia coincidente com o antigo conceito de se tratar apenas a queixa do paciente. À medida que mais programas de prevenção e promoção de saúde forem instituídos, conseguiremos aumentar o nível de saúde desta população e conseqüentemente o acolhimento poderá ser realizado mais adequadamente de acordo com seus critérios.

Da mesma forma que a enfermagem, o mesmo é realizado a todo instante, desde a recepção do paciente. A evolução precisa ser na disponibilidade do odontólogo para realizá-lo sem dia específico, isso até ocorre por intermédio das técnicas de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal. A demanda espontânea de urgência e emergência é assistida sem exceção, deixando material diário disponível para este destino.

O acolhimento em saúde bucal possui algumas características peculiares, como o fato de o atendimento se dar em diversas sessões, sendo que em cada uma tem que se “acolher” o usuário. O medo característico que quase todas as pessoas possuem em relação ao tratamento odontológico deve ser considerado durante o acolhimento, podendo este momento ser também utilizado para diminuição de tensões. A Equipe de saúde bucal ainda enfrenta dificuldades em ser “ajudada” pelos demais profissionais da Equipe de Saúde da Família.

### **5.3 – Diretrizes para implementação do acolhimento em saúde bucal na Unidade Básica de Saúde – Jardim América**

Durante a busca por artigos e textos sobre acolhimento em saúde bucal, encontrei certa dificuldade em encontrá-los. Uma possível leitura deste fato pode ser o número reduzido de experiências relacionadas a este tema. Outra leitura e de que não devemos considerar a atenção à saúde bucal como algo a parte da atenção em geral prestada pelas equipes de saúde da família. Em razão disto as diretrizes aqui genericamente relacionadas, se referem a um acolhimento geral, devendo ser utilizadas pela equipe de saúde bucal juntamente com os outros componentes da equipe de saúde da família.

A implantação do acolhimento significa uma mudança significativa no processo de trabalho e na organização da agenda da equipe de saúde e estas mudanças, à primeira vista, podem ser interpretadas pela comunidade como uma forma de dificultar o acesso ao atendimento. Por este motivo é fundamental a comunidade participe de todo o processo de discussão da implantação do acolhimento numa unidade de saúde. Esta é sem dúvida alguma uma primeira diretriz para a implantação do acolhimento.

O acolhimento deve ser entendido como uma mudança do processo de trabalho da equipe e por este motivo terá desdobramentos no trabalho de todos os profissionais. Neste sentido a implantação do acolhimento deve ser fruto de uma tomada de decisão coletiva onde todos devem ter clareza do propósito desta ação, de seus limites e de suas possibilidades. A construção coletiva do acolhimento pela equipe constitui também uma importante diretriz.

È importante no processo de implantação do acolhimento que os gestores e administradores municipais entendam os objetivos e a importância do acolhimento e seus possíveis resultados práticos na organização do trabalho da unidade e no alcance de objetivos e metas por parte da equipe. A falta de apoio ou de entendimento por parte de gestores pode ser um elemento dificultador na implantação do acolhimento e buscar este apoio deve ser uma diretriz no processo de implantação do acolhimento.



O acolhimento constitui, ao mesmo tempo, uma postura da equipe frente aos problemas da comunidade e também uma ação técnica para a qual a equipe deve estar preparada e provida das condições estruturais para o desenvolvimento adequada da ação.

No momento, o nosso município está em processo de elaboração de diversos protocolos clínicos e/ou de cuidado, entre eles o que se refere à atenção em saúde bucal na atenção primária. Devido ao fato de serem importantes instrumentos para qualificação da assistência e fortalecimento da equipe, acho que deveria ser bastante enfatizado, nestes protocolos, o acolhimento aos usuários.

A agenda de atividades realizadas na Unidade de saúde deverá ser organizada com espaços que contemplem a demanda espontânea, a demanda programada, os grupos operativos, os espaços de discussão com a comunidade, as reuniões de equipe, entre outros. A unidade deve ter um gestão participativa e tudo ser feito em equipe.

Com relação à estrutura física da unidade, sua complexidade e dimensões físicas variam em função das características da população a ser atendida, dos problemas de saúde a serem resolvidos e de acordo com seu tamanho e capacidade resolutiva. Considero que seja fundamental ter um espaço próprio e adequado para se realizar o acolhimento, proporcionando conforto, privacidade e bem-estar ao usuário, na sua entrada, durante sua permanência e na sua saída da unidade de saúde.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAS**

Como vimos, o acolhimento é, além de uma postura do profissional de saúde frente ao usuário, uma ação gerencial para reorganização do processo de saúde. Considero que todos os esforços devam ser feitos para a criação e implementação de pontos de atenção necessários para dar resposta às demandas e necessidades dos usuários, buscando ampliar a resolutividade do sistema de saúde pública do município de Várzea da Palma. Execução de práticas de acolhimento em todos os pontos de atenção, organização de ações de regulação, controle e avaliação, realização de um trabalho junto aos profissionais com vistas a mudanças de práticas na relação com os usuários, e adoção de mecanismos e fluxos de

encaminhamentos de pacientes entre os serviços. Impõe-se ainda muito a construir para melhorar a qualidade das ações já implementadas, implantar outras ações ainda não efetivadas e continuar aperfeiçoando os fluxos e os mecanismos de controle social, visando a melhoria da qualidade de vida da população.

## 7. Referências bibliográficas

Brasil. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 2000; 29 dez.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 1 ed, Brasília, DF, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humaniza SUS: Documento Base para gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) Acesso em: 21 de janeiro de 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2 ed, Brasília, DF, 2008.

Câmara de Educação Superior, Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES032002.pdf> (acessado em 21/jan/2010).

CARVALHO, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. Bauru, SP, 2008. Disponível em: [www.bireme.br](http://www.bireme.br) Acesso em 20 jan 2010.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários. Atenção Primária, seminário para a estruturação dos consensos. In: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde/ Oficina 02: Análise da Atenção Primária à Saúde . Belo Horizonte, MG, 2008.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde/ Oficina 05: Acolhimento e Classificação de Risco. Belo Horizonte, MG, 2008.

Ferdinando Martins. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Reis, M. A. S. *et al*; A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a

mudança das práticas. Interface, Botucatu, SP, v. 11, n.23, set-dez 2007. Disponível em [www.bireme.com.br](http://www.bireme.com.br) Acesso em 21 de janeiro de 2010.

Fracolli, L. A., Zaboli, E. L. C. P., Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2004, 38 (2): 143-51. Disponível em [www.google.com.br](http://www.google.com.br) Acesso em 28 de janeiro de 2010.

Lívia Gomes da Silva; Marcelo da Silva Alves Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

Manfredini MA. PSF: promovendo saúde bucal. Revista Brasileira de Saúde da Família 2004; 7: 62-71

MISHIMA, S.M. *et al*; Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: Reis, M. A. S. *et al*; A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. Interface, Botucatu, SP, v. 11, n.23, set-dez 2007. Disponível em [www.bireme.com.br](http://www.bireme.com.br) Acesso em 21 de janeiro de 2010.

MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma Unidade da Rede Básica de Saúde. In: Fracolli, L. A., Zaboli, E. L. C. P., Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2004, 38 (2): 143-51. Disponível em [www.google.com.br](http://www.google.com.br) Acesso em 28 de janeiro de 2010.

MUNDIM, Ana Paula Freitas et al . Aplicando o cenário de desenvolvimento de produtos em um caso prático de capacitação profissional. Gest. Prod., São Carlos, v. 9, n. 1, Apr. 2002 .

Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11:53-61.

Santos AM, Assis MAA, Rodrigues AAOR, 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, Rio de Janeiro, 23(1):75-85, jan, 2007

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública 2004; 20:1487-94

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo, SP, 2002.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. Interface: comunicação, saúde e educação, v. 12, n. 27,

Botucatu, outubro- dezembro 2008. Disponível em: [www.bireme.br](http://www.bireme.br) Acesso em 20 jan 2010.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Caderno de Saúde Pública, v.20, n. 6, Rio de Janeiro, Nov- dez 2004. Disponível em: [www.bireme.br](http://www.bireme.br) Acesso em 24 jan 2010.

SASSI, A. P. Acolhimento e processo de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família do município de Porto Alegre- RS: Relato de Experiência. Porto Alegre, 2008.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. In: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde/ Oficina 02: Análise da Atenção Primária à Saúde . Belo Horizonte, MG, 2008.