

RODRIGO AGUIAR DALLA BERNARDINA

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS
DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA “PAULO VI” EM VÁRZEA DA PALMA (MG)**

CORINTO – MG
2011

RODRIGO AGUIAR DALLA BERNARDINA

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS
DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA “PAULO VI” EM VÁRZEA DA PALMA (MG)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Profa. Simone Dutra Lucas

CORINTO – MG
2011

RODRIGO AGUIAR DALLA BERNARDINA

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS
DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA “PAULO VI” EM VÁRZEA DA PALMA (MG)**

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Simone Dutra Lucas

Examinador: Profa. Andréa Clemente Palmier

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

**CORINTO (MG)
2011**

Dedico esta pesquisa aos meus familiares que sempre me incentivaram e apoiaram no crescimento profissional e à minha noiva, Maria Fernanda, que sempre esteve ao meu lado me dando força para superar as adversidades durante a construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado discernimento e saúde para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus colegas da Equipe Paulo VI pelo apoio e auxílio em relação às sugestões a serem analisadas para a criação do protocolo;

Aos demais colegas cirurgiões-dentistas de outras equipes de saúde de Várzea da Palma pelo incentivo à minha proposta;

À minha orientadora Simone pela boa vontade em avaliar meus textos e sugerir autores a serem pesquisados;

Aos usuários da Equipe sem os quais este estudo não teria razão de ser concluído.

[...] Há uma tremenda força de mudança no ar. Há um movimento poderoso, tecendo a novidade através de milhares de gestos de encontro. Há fome de humanidade entre nós, por sorte ou por virtude de um povo que ainda é capaz de sentir e de mudar.

(Betinho)

RESUMO

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) fazem parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e têm como propósito o acolhimento adequado dos usuários que procuram seus serviços e cuidados. Os protocolos de cuidado à saúde permitem que o acolhimento seja realizado de forma mais adequada e, no caso dos protocolos de organização de serviço, mais ordenada em que todos os membros de uma mesma equipe tenham maior segurança quantos aos procedimentos a serem adotados. Este estudo teve como objetivo criar um protocolo de organização de serviço de saúde bucal a ser implantado, primeiramente, na ESB da ESF Paulo VI, de Várzea da Palma (MG) e, posteriormente, nas demais equipes de saúde bucal da Cidade. O protocolo foi elaborado com a participação não só da ESB, mas também de alguns membros da ESF Paulo VI, já está implantado e tem obtido resultados positivos de tal forma que se percebe maior vínculo e comprometimento entre trabalhadores, usuários e comunidade local. Para a elaboração deste protocolo fez-se uma pesquisa bibliográfica, junto a artigos publicados no período de 1994 até 2011 e em sites nacionais e internacionais especializados na temática, tais como Departamento de Atenção Básica (DAB), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) bem como o *site* do Ministério da Saúde e outros *sites* de caráter geral, a fim de possibilitar subsídios à criação do mesmo. O objetivo deste estudo foi atingido com resultados positivos, sendo que os usuários atendidos não têm sentido impactos negativos, colaboram com as mudanças propostas e se sentem parte integrante da Equipe como, também, da ESF Paulo VI como um todo. Espera-se que o protocolo possa ser implantado nas demais equipes de saúde da Cidade permitindo que todos os usuários sejam atendidos com o mesmo cuidado e prestação pelos demais profissionais da saúde bucal de Várzea da Palma.

Palavras-chaves: Acolhimento. Programa de Saúde da Família. Saúde Bucal. Protocolo.

ABSTRAT

The Oral health teams (OHT) are part of the Family Health Strategy (FHS) which have the purpose of a proper reception of the users who seek their services and care. The protocols of care will allow the health care to be more appropriately carried out and, in the case of protocols of service organization, more ordinate, in that way all members of the team have greater security with the procedures to be adopted. This study aimed to establish a protocol for the organization of oral health services to be implemented, first at the OHT of FHS Paulo VI, Várzea da Palma (MG) then, in other oral health teams in the city. The protocol was developed with the participation not only of the OHT but also some members of the FHS Paulo VI, which is already implemented and has achieved positive results in such a way that is perceived more bonding and commitment among workers, users and local community. To develop this protocol a literature search was done, along with articles published from 1994 to 2011 and national and international internet sites specialized in this theme such as Department of Primary Health Care Attention (BAD), Center for Health Education in Public Health (NEPH), Scientific Electronic Library Online (SciELO); Latin American Literature and the Caribbean in Health Science (LALCHS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) as well as the site of the Ministry of Health and other sites of general character, to enable the creation of it. The objective of this study was achieved with positive results; the users attended had no negative impacts, collaborated the proposed changes and they feel part of the team as well, the (FHS) Paulo VI as a whole. It is hoped that the protocol can be implemented in other health teams of the city allowing all the users to be attended with the same care promptness of all Oral Health professionals of Várzea da Palma

Key Words: User Embracement, Family Health Program . Oral Health Program. Protocol service organization. Oral Health Team.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRS	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBASF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Protocolo de organização de serviços – ESB da ESF Paulo VI – Várzea da Palma (MG)	42
----------	---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS DA PESQUISA	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJEITOVOS ESPECÍFICOS	15
3	METODOLOGIA DO ESTUDO	16
3.1	CENÁRIO DA PESQUISA	17
4	REVISÃO DA LITERATURA	20
4.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	21
4.2	O ACOLHIMENTO	26
4.2.1	O acolhimento e a reorganização de serviços de saúde	31
4.3	A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA...	33
4.4	PROTOCOLOS DE CUIDADO À SAÚDE.....	36
4.4.1	Protocolo de organização de serviços	39
5	ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS	41
5.1	ANÁLISE E DISCUSSÃO DO PROTOCOLO PROPOSTO	43
5.1.1	A recepção do usuário da ESB.....	43
5.1.2	O acolhimento odontológico e procedimentos iniciais.....	43
5.1.3	Procedimentos ocorridos no atendimento.....	44
5.1.4	Procedimentos finais	45
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

Ao propor a humanização como princípio norteador das práticas de atenção e valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) pretendeu, com esse programa, “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (CARVALHO *et al.*, 2008, p. 94).

Portanto, deve-se levar em conta que o acolhimento garante o acesso aos serviços de saúde humanizados, de qualidade e responsabilidade sendo necessário, entretanto, que os trabalhadores fiquem atentos às necessidades de saúde dos usuários do SUS.

“Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir” (FERREIRA, 2007). Com esses significados verifica-se que o acolhimento é uma atitude de inclusão à medida que o ato e efeito de acolher expressa, nas suas várias acepções, um “estar com” “estar perto de”, ou seja, uma aproximação (BRASIL, 2006, p. 6).

Segundo Werneck, Faria e Campos (2009), para que o acolhimento tenha a eficácia pretendida pelos profissionais da saúde e desejada pelos usuários é importante que haja estratégias adequadas no desenvolver do planejamento e na implantação das ações e do processo de trabalho.

Para tanto, os protocolos de cuidado à saúde correspondem a esse aspecto técnico facilitador da humanização da saúde dos usuários do SUS e da qualidade dos serviços a serem prestados.

É primordial que os protocolos apresentem limites que correspondam à realidade local do acolhimento. Para tanto, não se deve utilizar protocolos prontos de outros locais, eles devem ser elaborados para cada situação, unidade de saúde específica, ou para áreas de uma mesma cidade que apresentem realidades semelhantes. Os protocolos devem conter, também, referências científicas e tecnológicas; revisões periódicas; avaliação e acompanhamento sistemático.

Os protocolos podem ser divididos em dois tipos: o clínico e o de organização de serviço. O protocolo clínico, em linhas gerais, refere-se àquele que serve de instrumento direcionador “da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a

clínica, às ações preventivas promocionais e educativas” (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009, p. 31).

Por sua vez, os protocolos de organização de serviço, objeto deste estudo, servem de instrumento, de referência para gestão do acolhimento, uma vez que eles buscam a organização dos trabalhos em determinada unidade de saúde e no território.

Os protocolos de organização são elaborados a partir de discussões entre os membros de uma equipe sobre a forma de realizar os trabalhos. Eles exigem organização para que seja feito um diagnóstico de situações e problemas vivenciados, além de planejamento para a implementação de ações e sua posterior avaliação.

Com base nos conceitos de acolhimento e protocolo, ora analisados, foi elaborado um Protocolo de Acolhimento para os usuários da Equipe de Saúde Bucal (ESB) da Equipe de Saúde da Família (ESF) Paulo VI – doravante denominada “Equipe” –, localizada em Várzea da Palma, Minas Gerais, onde o pesquisador trabalha.

A criação desse protocolo para a Equipe se torna essencial à medida que se pretende uniformizar a forma de receber e atender os usuários do serviço de saúde bucal, buscando humanizar o acolhimento, ao tratar o diferente de forma diferente, dando mais para quem necessita mais, como preconiza o SUS.

No que diz respeito à atenção primária, foco deste estudo, não existe nenhum protocolo de organização de serviços para receber os usuários que procuram o sistema e as diversas unidades da Cidade. Cada dentista tem sua forma peculiar de agendar, organizar e acolher os seus usuários o que gera certo desconforto quando os usuários, de diferentes unidades, questionam o porquê de formas diferenciadas para um simples agendamento de consulta, entre equipes de outra ESF e a Equipe.

Os cirurgiões-dentistas das outras equipes da Cidade têm capacidade de atender cerca de doze pacientes por dia devido ao número de instrumentais clínicos disponíveis nas ESF. Na Equipe são reservadas sete consultas para retorno e cinco consultas novas todos os dias.

O acolhimento dos usuários na Equipe é feito diariamente, o que vem tendo um bom resultado, uma vez que, quando o pesquisador assumiu a Equipe encontrou uma lista de espera com 738 usuários para tratamento odontológico e, atualmente, após três anos de trabalho, essa lista não existe e, em alguns dias, não se completam as cinco vagas diárias para atendimento. Porém, caso haja mais de cinco pessoas necessitando de atendimento elas serão

avaliadas e terão as consultas agendas, de acordo com o grau de necessidade, para os dias subsequentes, nas vagas referentes aos retornos.

Por sua vez, os pacientes que procuram por urgência são atendidos e, caso tenham mais dentes para serem tratados, eles têm o retorno agendado. Há situações em que o usuário precisa apenas de uma orientação, nesses casos o profissional escuta o que ele tem a dizer e o orienta da melhor forma possível. Esse é, portanto, o modo de acolhimento efetuado pelo pesquisador, e que tem, dado certo.

As outras ESF trabalham à sua maneira, umas marcam as consultas, semanalmente; outras colocam o nome do usuário em uma lista de espera e vão chamando por ordem numérica; e outras, ainda, atendem somente as urgências e as demais necessidades do paciente vão para a lista de espera.

Enfim, não há uma conformidade no processo de acolhimento em Várzea da Palma o que gera alguns conflitos. Com a criação deste protocolo a intenção do pesquisador é uniformizar o acolhimento, primeiramente na sua Equipe e, posteriormente, caso obtenha bons resultados, apresentar o protocolo aos outros profissionais das demais equipes e propor uma maneira única de acesso do usuário ao sistema de saúde bucal da Cidade.

Quando o usuário passa por um processo de acolhimento pautado em estudos e experiências bem sucedidas ocorre um direcionamento melhor do atendimento e, conseqüentemente, uma diminuição da demanda e das reclamações. Sendo assim, com esta pesquisa espera-se conseguir padronizar a prática do acolhimento na odontologia da Equipe em estudo e, posteriormente, nas demais equipes de saúde de Várzea da Palma a fim de organizar o fluxo de pacientes bem como diminuir a demanda de serviços.

A Equipe foi escolhida para objeto de estudo por ser onde o autor trabalha há três anos o que facilitará, sem dúvida, o acesso aos dados necessários para a criação de um protocolo de organização de serviços.

Este estudo justifica-se, portanto, não só pelo protocolo a ser criado, pelo serviço de atendimento a ser padronizado na Equipe, pois, à medida que o usuário for atendido de forma mais criteriosa e humanizada, com respeito e cuidado haverá o acolhimento efetivo e eficaz preconizado pelo SUS.

O cirurgião-dentista está apto a participar dessa humanização uma vez que possui conhecimento adequado para tal, basta, entretanto, que ele tenha condições técnicas que possam auxiliá-lo a colocar em prática o que sabe. O protocolo a ser criado, acredita-se, possibilitará esse exercício.

O interesse maior do pesquisador por este estudo decorreu do vínculo que se criou entre usuários e trabalhadores, após o processo de acolhimento da Equipe e, sobretudo, pela forma com que a Equipe tem trabalhado nos últimos anos: engajada, compromissada e interessada em harmonizar e coordenar todos os serviços oferecidos aos usuários da ESF.

Esse interesse aumentou a partir da exposição de ideias a respeito do protocolo de organização de serviços e, assim, o pesquisador contou com a participação de todos os trabalhadores da ESB na elaboração do protocolo que já se encontra, em fase de teste, desde o mês de maio e com resultados bastante positivos. Importante ressaltar que os funcionários da Equipe dispõem de educação permanente que permite não só a compreensão de mudanças necessárias como, também, uma adaptação adequada às mudanças ocorridas.

O autor espera que o uso do protocolo criado, pelas outras ESF de Várzea da Palma, possa: refletir na organização e agendamento de atendimento de acordo com o grau de risco do pacientes; padronizar a prática de acolhimento na Cidade; possibilitar um maior vínculo entre as equipes de saúde bucal e comunidade; diminuir os encaminhamentos para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); possibilitar que pacientes de áreas diferentes sejam acolhidos da mesma forma, diminuindo a comparação e insatisfação entre usuários do SUS e aumentando o grau de confiança e segurança de todos os profissionais e pacientes.

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 OBJETIVO GERAL

Criar um protocolo de organização de serviço de saúde bucal de Várzea da Palma a fim de organizar o fluxo de pacientes e padronizar as ações de saúde bucal no município, tendo, como unidade piloto, a ESF Paulo VI.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar de que forma o acolhimento proporciona a humanização da saúde preconizada pelo SUS;
- Apontar os aspectos positivos da padronização do acolhimento aos usuários;
- Examinar os principais riscos e limites quando do emprego de protocolo de organização de serviços.

3 METODOLOGIA DO ESTUDO

Este estudo constitui-se de uma investigação qualitativa configurando-se como um estudo de caso do tipo exploratório desenvolvido “com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”, conforme Gil (2007, p. 43), uma vez que o estudo envolve, dentre todas as possibilidades de uma pesquisa exploratória, um levantamento bibliográfico e um estudo de caso.

Para embasar este trabalho e a elaboração de um protocolo de organização de serviços foi realizada uma pesquisa bibliográfica “desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2007, p. 65).

A fim de reunir material específico sobre o tema, fez-se uma ampla pesquisa junto a sites nacionais e internacionais especializados em saúde, tais como o Departamento de Atenção Básica (DAB), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) bem como o *site* do Ministério da Saúde e outros *sites* de caráter geral.

Foram utilizadas algumas palavras-chaves no direcionamento da pesquisa, tais como: acolhimento, Programa de Saúde da Família (PSF), ESF, SUS, atenção primária, equipe de saúde bucal, protocolo de organização de serviços, dentre outras.

Após essa primeira consulta, foram selecionados para leitura, os artigos publicados após a criação do PSF em 1994, havendo, portanto, um recorte temporal abrangendo o período de 1994 até a atualidade. Importa ressaltar, entretanto, que algumas normas utilizadas como referências são anteriores a esse recorte. As publicações utilizadas para embasar o estudo podem ser verificadas no item Referências.

Segundo Yin (1981, *apud* GIL, 2007, p. 73), o estudo de caso é “um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência.”

Em relação ao estudo de caso, os dados necessários à criação de um protocolo de organização de serviços foram levantados pelo pesquisador e um auxiliar de saúde bucal junto à Equipe onde trabalham para que, assim, os dados fossem comparados com os estudos revisados e a matéria apresentada na disciplina de protocolo.

Após o resultado, análise e avaliação dos dados apurados o protocolo foi elaborado e colocado em prática junto à Equipe para observação. Caso o protocolo adotado obtenha resultado positivo junto à Equipe e aos usuários ele será levado ao conhecimento dos outros cirurgiões-dentistas das demais ESF da Cidade.

Depois de apreciado, aplicado, observado e aprovado pelos demais cirurgiões-dentistas da Cidade, o protocolo será encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação e regulamentação.

O protocolo será apresentado, de forma resumida, em fluxograma a fim de facilitar a visualização pelas demais equipes de saúde, e será, também, impresso em forma caderno para melhor acesso às instruções e cumprimento das mesmas.

3.1 CENÁRIO DA PESQUISA

Várzea da Palma localiza-se na região do Alto São Francisco e tem uma população, estimada em 2010, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 35.804 habitantes. A cidade conta com treze Equipes de Saúde da Família (ESF) sendo que onze delas têm equipe de saúde bucal e pertence à macrorregião norte do Estado e à microrregião de Pirapora (IBGE, 2011).

O serviço de saúde bucal da Cidade tem cobertura de 100% da população e conta com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) onde são referenciadas as especialidades de periodontia, endodontia, pequenas cirurgias e Pacientes com Necessidades Especiais (PNE). Também conta com um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) que funciona no mesmo ambiente físico do CEO. Os encaminhamentos para o CEO são feitos de acordo com um protocolo de encaminhamento já existente, utilizado especificamente para esse fim.

A Equipe Paulo VI, objeto de estudo, fica a 2,5 Km do centro da Cidade e tem uma população adscrita de 4.455 habitantes atendidos pelo SUS e divididos em oito microáreas. A população atendida por essa Equipe é bastante heterogênea tanto no que se refere ao aspecto econômico, como, também, no social e cultural, demandando por um acolhimento com diferentes métodos de abordagem.

A ESF Paulo VI conta com dezenove trabalhadores sendo que apenas cinco são efetivos (recepcionista, duas auxiliares de serviços gerais, uma técnica de enfermagem e um responsável pela farmácia básica) e os demais contratados. Diretamente ligados à ESB são três os trabalhadores: um cirurgião-dentista, uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e uma Técnica em Saúde Bucal (TSB), mas a Equipe conta com o apoio de todos os funcionários, em especial, da enfermeira e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A história da Equipe inicia-se em 1992 quando foi construído o Posto de Saúde Paulo VI, situado no bairro Paulo VI. O Posto possuía uma estrutura física insuficiente para atender a população e era composto de: um consultório médico; uma sala de curativo; uma sala de imunização; dois banheiros comuns para os usuários e funcionários; uma sala que abrigava copa, almoxarifado e farmácia e uma recepção.

A unidade vivia frequentemente tumultuada e, ainda assim, por volta de 2003 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) passou a funcionar nessa unidade, sendo que o atendimento da saúde bucal se dava num centro odontológico situado na parte central da Cidade.

No início de 2005, o PACS deixou de existir dando lugar ao PSF Paulo VI. Nessa ocasião ocorreu, também, a descentralização do atendimento odontológico no município e, como a Unidade Paulo VI não tinha estrutura física para receber um consultório odontológico, esse atendimento ocorria na Unidade Nossa Senhora de Fátima.

Em 2007 a Unidade Paulo VI, que possui prédio próprio, consultório odontológico; foi reformada e ampliada com recursos da Saúde em Casa passando a ter: uma recepção onde estão localizados os banheiros masculinos e femininos dos usuários; sala de curativo, sala de imunização; consultório ginecológico; consultório médico; consultório de enfermagem; sala de cuidados básicos; almoxarifado; sala de espera; cozinha; sala para os ACS e reuniões; farmácia básica; banheiros masculino e feminino destinados aos funcionários; lavanderia e sala de dispensa de materiais de limpeza. Essa composição atende de forma satisfatória aos usuários e à demanda da unidade.

No que se refere à logística, a Equipe conta com laboratório municipal, serviço de radiologia e centro de especialidades odontológicas. As demais equipes da ESF do Município contam com o mesmo apoio.

No consultório odontológico há uma cadeira e um equipo para atendimento clínico além dos aparelhos necessários para execução de clínica geral (amalgamador e fotopolimerizador). Como a Equipe é classificada na modalidade 2 ela teria que contar com

mais uma cadeira e mais um equipo destinados aos atendimentos do Técnico de Saúde Bucal (TSB), porém, isso não acontece.

O Município que pertence à Gerência Regional da Saúde (GRS) de Pirapora, recebeu uma visita recente de representante daquele órgão que cobrou providências em relação a essas aquisições para a Equipe. Após essa visita o gestor municipal de saúde se propôs a regularizar essa falha que poderá ter consequências prejudiciais, caso não seja sanada, para a população atendida pela ESF Paulo VI.

O acolhimento odontológico do usuário que necessita de cuidados é realizado no consultório. Ele é feito com o paciente sentado numa cadeira de escritório com auxílio de espátula de madeira e luz natural, só depois de avaliado é que o usuário senta-se na cadeira odontológica para o atendimento específico.

A situação desejada para a equipe é que se estabeleça a realidade da modalidade 2 com a ampliação do espaço físico do consultório odontológico a fim de receber uma nova cadeira para as atividades da TSB.

O acolhimento da Equipe é feito por triagem levando em conta o grau de necessidade dos usuários que são agendados, não pela ordem de chegada, mas pela urgência verificada. Caso o usuário não consiga comparecer junto à Equipe agenda-se uma visita domiciliar, faz-se uma avaliação e providencia-se o tratamento adequado. Em casos especiais, o usuário é encaminhado ao CEO e, na impossibilidade de comparecer junto à unidade o tratamento é realizado por meio do consultório móvel no domicílio do indivíduo.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os autores Santos, Superti e Macedo (2002) tratam com bastante propriedade da trajetória histórica da saúde pública no Brasil no artigo: “Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública.” Eles afirmam que foi a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, de 17 a 21 de março de 1986, que houve, por parte do poder público, dos envolvidos na área da saúde e de representantes da sociedade, uma busca mais efetiva de soluções que pudessem promover o acesso à saúde de toda população do País e que esse acesso ocorresse de forma eficiente.

Essa conferência, a partir de seus debates, propôs a descentralização e democratização do sistema de saúde brasileiro por meio de uma extensa reforma sanitária e, ainda, a transição gradual das ações integradas de saúde para um sistema unificado.

Importante ressaltar que quando da discussão do Tema 1¹ da referida Conferência: “Saúde como direito” houve uma preocupação em definir o que é direito à saúde, conforme se verifica no relatório final da Conferência, de acordo com os seguintes termos:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986b, p. 4).

A Constituição Federal de 1988 veio ao encontro das propostas elaboradas na 8ª CNS, permitindo que se estabelecessem projetos de qualidade de vida para os cidadãos. É o que se observa pelo teor do artigo 197 da lei maior: “a Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante política sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

¹ Três temas principais foram discutidos na 8ª CNS. Tema 1: Saúde como direito; tema 2: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; tema 3: Financiamento do setor (BRASIL, 1986a).

Em decorrência dessa proposta de reformulação do SUS, verifica-se que a promoção e reestruturação da organização dos serviços de saúde no Brasil passaram a ser pautadas, desde então, pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade (MATUMOTO, 1998; STARFIELD, 2002; MACHADO, 2010; ALMEIDA, 2010).

A universalidade garante acesso “aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”; a integralidade significa o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”; e a igualdade determina que não pode haver “preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” conforme a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, alguns componentes fundamentais unem os conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS) aos conceitos de Saúde da Família (SF), dentre os quais Goulart (2010, p. 102-103) destaca os seguintes:

(a) Práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado; (b) Processos de trabalho caracterizados pela intervenção de uma equipe de saúde dentro de um âmbito generalista; (c) Atenção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para coletivos; (d) Desenvolvimento de vínculos administrativos, geográficos, culturais ou mesmo éticos entre a clientela e os prestadores de serviços.

O desafio de efetivar os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade e “de viabilizar uma oferta de serviços e saúde que consiga responder aos problemas de saúde dos usuários tem assumido papel de destaque, ganhando relevância a discussão sobre modelos de atenção à saúde” afirma Solla (2005, p. 494).

Nesse sentido, ainda segundo o autor ora referenciado é que se percebem os avanços obtidos com a descentralização dos serviços e das ações de saúde a partir de 1995 apontando para a necessidade de que esse processo seja intensificado.

O SUS quando atende aos princípios da universalidade, integridade e equidade, vistos anteriormente, permite que a população tenha acesso aos serviços de saúde relacionados à Atenção Primária em Saúde (APS) que veio substituir o modelo antigo centrado na doença por um novo modelo que foca as pessoas e não as suas enfermidades, conforme Starfield (2002).

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) afirma que a Atenção Primária (AP) considera o indivíduo em sua singularidade, complexidade,

integralidade e situação sócio-cultural; busca a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos e sofrimentos que possam comprometer a vida saudável do sujeito (BRASIL, 2009).

As redes de atenção à saúde apresentam, também, em sua nova composição uma nova definição de atenção primária, qual seja:

a providência de serviços de saúde acessíveis a integrados, ofertados por clínicos que são responsáveis por oferecer serviços básicos essenciais à saúde da população, através de uma parceria com os pacientes e, experimentando sua prática no contexto das famílias e da comunidade (ANDRADE, 2010, p. 13).

De acordo com Mendes (2009, *apud* ANDRADE, 2010), essa definição, inclui três novas dimensões: o paciente e sua família, a comunidade e a rede de atenção à saúde.

O nível de atenção primária tem diversas características, dentre as quais Starfield (2002) destaca: o enfoque na saúde; as ações que atendem além das queixas dos usuários; as ações de prevenção combinadas com medidas curativas; a promoção da saúde; a participação da comunidade do indivíduo a ser cuidado; a atenção longitudinal, ou seja, a continuidade no cuidado; e, por fim, o trabalho a ser realizado por uma equipe formada com diversos profissionais da saúde, uma equipe multiprofissional.

De acordo com Starfield (2002), a APS só se efetivará à medida que forem obedecidos e respeitados seis componentes:

- a) o primeiro contato – sem o qual não há como conhecer o novo problema para o qual se procura solução;
- b) a longitudinalidade – que consiste no cuidado pela equipe de saúde, num ambiente humanizado e numa relação mútua entre equipe, usuário e família;
- c) a integridade – que significa o conjunto de serviços capazes de atender aos problemas mais comuns de determinada comunidade;
- d) a coordenação – que se refere à capacidade de continuidade da atenção à saúde;
- e) a focalização na família – uma vez que é primordial considerar também a família e integralmente seus problemas de saúde;
- f) a orientação comunitária – que reconhece as necessidades das famílias em relação ao ambiente onde vivem.

Importante ressaltar que a coordenação está vinculada à elaboração de protocolos de organização de serviços, objeto deste estudo, uma vez que sua essência está basicamente ligada à “disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento”, afirma Starfield (2002, p. 365-366).

Nesse sentido e com o objetivo de cumprir os princípios do SUS, em 1993 o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Saúde da Família (PSF) de forma a estruturar o sistema e priorizar ações de proteção e promoção à saúde de todos os brasileiros: adultos e crianças, sadios e doentes e de forma integral e contínua.

Atualmente, por se entender que programa é algo que possui início, meio e fim, o PSF veio a se denominar de Estratégia de Saúde da Família (ESF), passando, portanto, à condição de estratégia que prioriza de forma contínua e integral as ações de promoção, cuidado, proteção e recuperação, conforme Rosa e Labate (2005).

A proposta de reestruturação do sistema de saúde criada pelo Ministério da Saúde tem sido uma proposta de desafios, porém, de sucessos. Na apresentação do livro “Memórias da Saúde da Família no Brasil”, editado em 2010, o MS tece comentários sobre o caminho percorrido por essa estratégia de saúde e assim dispõe:

O Programa Saúde da Família nasce, em dezembro de 1993, fundamentado em algumas experiências municipais que já estavam em andamento no País. Surge como uma proposta ousada para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes.

Dezessete anos depois, a história nos mostra que a decisão do Ministério da Saúde de investir nesse caminho foi acertada. Inicialmente um programa financiado por transferências convencionais de recursos, temos hoje uma estratégia de abrangência nacional em todos os Estados da federação e quase 100% dos municípios. A Saúde da Família tornou-se uma política de Estado e um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde.

O caminho até aqui não foi fácil e os desafios ainda são muitos, mas o trabalho desenvolvido por 238 mil agentes comunitários de saúde, 31 mil equipes de Saúde da Família e 19 mil equipes de Saúde Bucal, atuantes em todo o território nacional, com o apoio dos gestores locais, estaduais e federal, alcançou conquistas como a ampliação do acesso da população brasileira aos serviços de saúde, promoção da equidade e melhoria de indicadores de saúde. [...] (BRASIL, 2010, p. 7).

Como se percebe o PSF apresenta uma trajetória de um programa que foi criado com um foco direcionado à reestruturação do sistema de saúde e atualmente ele se tornou uma

estratégia estruturante de uma política nacional de atenção primária que vem contribuindo, de forma bastante significativa, para a consolidação do SUS, de seus princípios e objetivos.

Essa política de atenção primária consiste, conforme salienta Delage (2010), no elemento que liga a população e os serviços de saúde, sendo ferramenta no processo de universalização do acesso à saúde preconizado pelo SUS.

Nesse sentido e procurando promover cada dia mais a saúde da população brasileira é que a ESF visa atender o indivíduo, sua família e a comunidade onde vive e a família, como unidade de cuidado, é a perspectiva que sempre acompanhou e deu sentido ao processo de trabalho do PSF, hoje ESF.

Importante destacar as características dessa perspectiva:

- Requer que se defina família.
- A assistência está voltada à experiência da família ao longo do tempo, ou seja, considera a sua história pregressa, atual e se preocupa com o futuro do grupo familiar.
- É dirigida à família, cujos membros encontram-se tanto sadios como doentes.
- O sistema familiar é influenciado por qualquer mudança de seus membros.
- Reconhecer que a pessoa mais sintomática (doente) da família pode mudar com o tempo.
- Considera os relacionamentos entre os membros da família e reconhece que em algumas situações todos os indivíduos e o grupo familiar não atingirão o máximo de saúde simultaneamente.
- Busca focalizar as forças dos membros da família e do grupo familiar para promover o apoio mútuo e o crescimento, quando possível.
- Considera os contextos cultural e da comunidade do grupo familiar, na facilitação das relações entre a família e a comunidade.
- Implica no profissional interagir com a família (ANGELO; BOUSSO, 2001, p. 14).

Como se verifica, a família deve ser compreendida pelos que trabalham nas equipes multiprofissionais de saúde, como uma unidade essencial ao cuidado para com o paciente à medida que ela, pela proximidade com o usuário atendido, tem condições mais adequadas para acompanhar e relatar os processos de saúde e doença de seus membros.

A saúde da família no Brasil superou divergências políticas, avançou na implantação de princípios constitucionais e tem se revelado capaz de atender “às demandas crescentes e complexas dos problemas de saúde da população brasileira, como é de se esperar num sistema orientado pela APS” afirma Mendonça (2010, p. 135).

A autora salienta que o fato dos serviços da saúde da família no Brasil, serem formados “por uma equipe multiprofissional e orientada para um território de responsabilidade tem permitido o aumento na oferta de ações de promoção da saúde e prevenção de adoecimento e morte, principalmente por motivos preveníveis por ações dos serviços de saúde” (MENDONÇA, 2010, 135).

Nessa direção é importante ressaltar que a equipe multiprofissional de saúde da família que permite esse aumento de ações que vão ao encontro da promoção da saúde e da prevenção de adoecimento e morte, conforme salientou Mendonça (2010) de ser composta por: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, profissionais de saúde bucal.

Contudo, não basta essa composição, é primordial que as equipes de saúde tenham profissionais qualificados para esse trabalho de promoção da saúde. Para tanto, prioriza-se a integração ensino-serviço nas áreas de atuação das equipes e em modalidades variadas de capacitação profissional, salientam Campos *et al* (2010).

Os autores afirmam que para isso existem,

cursos introdutórios, de atualização ou aperfeiçoamento para agentes comunitários de saúde, supervisores do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e instrutores de PSF e PACS, além de cursos de especializações, residências e programas de educação permanente a distância para profissionais de nível universitário (CAMPOS *et al.*, 2010, p. 125).

Esses cursos permitem, aos profissionais das equipes de saúde, uma constante atualização acadêmica e maior segurança para trabalhar junto aos usuários do SUS.

Campos *et al.* (2010) afirmam que a nova política de educação permanente para os profissionais do SUS foi oficializada pela Portaria Ministerial nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Essa política foi fundamentada em dois pilares:

o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que preconiza uma reflexão cotidiana e multiprofissional sobre o processo de trabalho por parte das próprias equipes de saúde; e a participação multissetorial na priorização das iniciativas de qualificação profissional, com a participação de estudantes de graduação, trabalhadores, gestores e representantes do controle social (CAMPOS *et al.*, 2010, p. 126).

Portanto, os trabalhadores que atuam ou pretendem atuar junto à APS devem participar de ações de reorientação de sua formação profissional. Essas ações, que têm como foco apoiar diretamente as mudanças na graduação em saúde, fazem parte do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado em 2005.

Conforme Campos *et al* (2010, p. 128): “as primeiras ações desse programa consistiram na seleção de projetos de reorientação de cursos de graduação, inicialmente apenas para Medicina, Enfermagem e Odontologia e, em 2007, para os demais cursos da saúde.”

Importa ressaltar que este estudo vem ao encontro do que preceitua os programas de qualificação da saúde uma vez que ele atende ao requisito do curso de especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, frequentado pelo pesquisador cirurgião-dentista.

A qualificação da saúde só se torna eficaz à medida que as equipes de saúde, incluindo a equipe de saúde bucal, tenham conhecimento adequado e façam do acolhimento uma rotina de trabalho.

4.2 O ACOLHIMENTO

De acordo com Duval e Oliveira (2010, p. 454), o acolhimento é, “um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) na saúde pública no Brasil e vem sendo utilizado como ferramenta para viabilização dos princípios e resultados desta Política” uma vez que ele ocorre desde a chegada do usuário, à medida que o trabalhador ouve suas queixas, permite que ele expresse suas dúvidas e preocupações, garante-lhe uma atenção adequada e articula junto a outros serviços a continuidade do atendimento, quando se faz necessário.

As autoras salientam que o acolhimento é que permite o envolvimento entre trabalhador e usuário: “o acolhimento permite uma participação ativa e efetiva dos profissionais que se encontram envolvidos no processo de promoção de saúde, mostrando a importância de estarem abertos ao encontro com o outro, valorizando a escuta atenta com compromisso...” (DUVAL; OLIVEIRA, 2010, p. 455).

Na área da saúde, portanto, o acolhimento é o vínculo que se cria entre os profissionais e o usuário, reflete na produção do trabalho em saúde, estimulando a autonomia, a cidadania e promovendo a participação do usuário durante a prestação de serviço. Schimith

e Lima (2004, p. 1487) reforçam a importância do acolhimento afirmando que ele “possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário.”

Observa-se que o acolhimento se eficaz e “implica em integração horizontal e vertical no sistema de saúde criando mecanismos que permitam identificar e acionar os recursos necessários para dar resposta adequada a cada ordem de problema identificado” afirma Solla (2005, p. 497).

Há uma relação direta entre acesso e acolhimento à medida que o “acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário” (CARVALHO; CAMPOS, 2000, *apud* SCHIMITH; LIMA, 2004, p. 1487).

O acolhimento procura humanizar a atenção, além de estabelecer vínculos e responsabilização das equipes para com os usuários; ele é, sem dúvida, um dos primeiros passos a ser dado para quem pretende tratar a saúde com humanização, uma vez que acolher é, de acordo com Santos, Superti e Macedo (2002, p. 30) “fazer saúde e produzir qualidade de vida para a população que busca atendimento nos serviços básicos de saúde.”

Nesse sentido, verifica-se que não há, portanto, como tratar o acolhimento na ESF sem abordar a respeito da PNH que tem como ideal a produção de saúde por meio de “pactuações, negociações de conflitos, elaboração dos imprevistos e operacionalização da criatividade conforme Souza e Moreira (2008). Os autores prosseguem explanando sobre a PNH e acrescentam:

Considerar a necessidade de um pacto significa incorporar como reais os conflitos e as possibilidades de alianças. A atual PNH afirma que é preciso reconquistar o lugar do sujeito enfermo, reconhecer seus direitos, explicitar as reais condições em que se dá o processo de trabalho em saúde e o papel central dos profissionais na encruzilhada entre técnica, ética e política. Nessa encruzilhada, o processo de trabalho é qualificado como um espaço de produção de caráter coletivo e compartilhado. O modelo é o da rede de relações entre os sujeitos, que comporta assimetrias de saber e de poder, e cuja transformação depende da construção de práticas de coresponsabilização na direção de um processo em prol da autonomia das pessoas (SOUZA; MOREIRA, 2008).

As autoras ora citadas constataram que as palavras ligadas a acolhimento, como: cuidar se depararam com reações diversas dos pesquisados que iam desde a não

familiarização com o tema como bastante sensibilidade com as questões, indicando, portanto, que o acolhimento naqueles locais pesquisadas não era, ainda, um modo de atendimento maduro e constante (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Para Gomes e Pinheiro (2005), o ESF propõe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários do SUS, a partir da efetivação de suas diretrizes operacionais, sendo que a primeira possibilidade dessa efetivação concentra-se no momento do acolhimento. O acolhimento consiste na mudança da forma de se trabalhar a saúde e na intenção de atender a todos que procuram esse serviço.

Contudo, de acordo com Malta *et al* (2000, p. 24), não há acolhimento sem vínculo entre usuários e profissionais da saúde, pois quem acolhe quando executa esses serviços adquire “uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização com a saúde dos indivíduos e a consequente constituição de vínculos entre profissionais e população.”

Trabalhar com saúde significa um trabalho imediatista em que o modo de se trabalhar e consumir ocorre quando da produção da ação, do acolhimento, devendo haver, para tanto, uma boa comunicação e interação entre quem presta e quem recebe serviço, uma relação de troca, confiança e parceria.

A comunicação, a rede de conversações entre usuários e equipe de saúde tem o papel de receber e interligar uma conversa à outra e ocupa todas as áreas dos serviços de atendimento das ESF sendo, portanto, indispensável para o bom desempenho da rede assistencial de saúde constituindo, na verdade, como uma etapa do processo de trabalho dessas equipes e desses trabalhadores (ALMEIDA, 2010).

Por meio da comunicação eficiente cria-se o vínculo entre trabalhador e usuário que permite, não só o estreitamento das relações como, também, identificar e evitar procedimentos desnecessários, como observam Brunello *et al.* (2010, p. 132):

O vínculo é a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento e consequentemente evitando consultas e internações desnecessárias.

Nesse sentido, é importante ressaltar a necessidade do compromisso e envolvimento de todos os que trabalham na área de saúde uma vez que no atendimento

proposto pelo acolhimento, “as ações do fazer saúde inserem-se num campo maior, abrangendo todos os trabalhadores de uma equipe de trabalho das unidades básicas de saúde” afirmam Santos, Superti e Macedo (2002, p. 37).

O acolhimento depende, portanto, de ações responsáveis em que o trabalhador utiliza não só o seu conhecimento, como também os recursos tecnológicos disponíveis para solucionar os problemas dos usuários, construindo para ele e para o paciente um envolvimento digno e qualificado.

O acolhimento propicia, além de um melhor aproveitamento dos profissionais e uma organização mais eficaz dos trabalhos, uma resposta às demandas da sociedade e o estabelecimento da hierarquização e regionalização dos serviços de saúde (CARVALHO *et al.*, 2008).

Os autores ora citados reforçam, ainda, o benefício que o acolhimento proporciona ao indivíduo, uma vez ele garante uma relação mais estreita entre o usuário e o profissional, que o escuta e o responde sempre de forma positiva com o objetivo de solucionar o seu problema.

Nesse sentido, como ação técnico-assistencial, o acolhimento possibilita que:

se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2006, p. 18).

Turci (2008) analisa as diferentes compreensões sobre o que é acolhimento. É comum, por exemplo, a impressão que acolhimento é uma triagem para consulta, é o momento em que as equipes deixam abertas as agendas para atendimento da demanda espontânea, é o local de agendamento de consultas.

A autora prossegue afirmando que outros nomeiam acolhimento como a recepção dada ao usuário nos centros de saúde; os serviços como vacinação, curativo; ou, ainda, a diretriz da humanização dos serviços de saúde e possibilidade de que o usuário possa ser ouvido com atenção e cuidado.

Turci (2008) ressalta, a partir dessa análise, que todos os conceitos citados podem representar acolhimento, o que precisa ser reafirmado é definir qual conceito se deseja implantar em cada uma das redes ou unidades de saúde.

De qualquer forma é importante reconhecer que o acolhimento é uma postura, ele pressupõe uma atitude de comprometimento, da equipe de saúde, em receber e tratar de forma humanizada os usuários e as necessidades que eles apresentam em uma relação de interesse mútuo entre equipe e pacientes, conforme Takemoto e Silva (2007, *apud* ALMEIDA, 2010).

Em relação ao acolhimento é primordial que se compreenda algumas questões como o porquê acolher, para quê acolher e como acolher, questões muito bem abordadas por Matumoto (1998) que avaliou, na sua dissertação, o acolhimento em uma unidade de rede básica de serviços públicos de saúde em Ribeirão Preto. A autora assim explana:

O *porquê* diz respeito ao motivo, a razão do acolhimento que está relacionada à concepção de homem e de saúde/doença que norteia o trabalho, o estabelecimento de saúde e a adotada pelo trabalhador individualmente que executa a ação propriamente dita. (...).

O para *quê* acolher diz respeito à finalidade dada ao trabalho, seja ela como um dispositivo de mudança em busca de autonomia do homem e de uma vida mais saudável, ou simplesmente para a manutenção da ordem presente. O *como* acolher é o modo como se efetiva o acolhimento nos serviços de saúde, mais técnico, mais humano, mais solidário e outras tantas possibilidades criadas nas relações entre os homens na vida cotidiana (MATUMOTO, 1998, p. 20-21).

Medeiros *et al.* (2010) em pesquisa realizada numa Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Gonçalo do Amarante, Rio Grande do Norte, em 2007 constataram que os usuários entrevistados estavam, em sua maioria, insatisfeitos com o acolhimento recebido no que se referia às condições físicas da unidade. Apesar de serem bem tratados pelos profissionais de saúde eles não se sentiam bem tratados de forma geral pelo simples fato de não ter, na unidade, água potável para ser consumida.

As autoras reforçam, quando da discussão da pesquisa efetuada, que essa realidade é bastante comum em uma grande parcela de UBS existentes no Brasil e acrescentam:

o fato verificado neste estudo, envolvendo satisfação e acolhimento, mostra a necessidade de uma atenção especial às estruturas físicas e ambiência das unidades, garantindo confortabilidade condições adequadas de trabalho para os profissionais e de espera e atendimento para os usuários e espaços propícios para encontros e trocas (MEDEIROS *et al.*, 2010, p. 412).

Na compreensão dos aspectos que envolvem o “como” acolher, verificou-se, conforme explicações anteriores que acolhe bem a equipe de saúde que possui estruturas físicas adequadas e oferece o mínimo de conforto possível aos seus usuários e que, além do mais, resgata aspectos primordiais como a solidariedade, o respeito ao semelhante, a humanização, o vínculo entre usuário e trabalhador, a responsabilidade e, também, a organização dos serviços, como se verá no próximo item.

4.2.1 O acolhimento e a reorganização de serviços de saúde

Um dos objetivos do acolhimento é ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, humanizar o atendimento e, sobretudo, “funcionar como dispositivo para reorganização do processo de trabalho (TAKEMOTO, SILVA, 2007, *apud* ALMEIDA, 2010, p. 18). Não há, portanto, como tratar reorganização de serviços de uma equipe de saúde distante das questões que envolvem e caracterizam o acolhimento. Os dois, organização e acolhimento, caminham juntos na humanização do atendimento ao usuário.

Em relato de uma experiência desenvolvida, em 2005, por uma equipe multiprofissional da saúde, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e tendo como maior preocupação – a partir do acolhimento – a reorganização dos fluxos e serviços, Azambuja *et al* (2007) afirmam que o acolhimento só pode ser compreendido como:

um dos conceitos que se articula ao princípio da integralidade, podendo ser pensado em três dimensões: Como *postura* [...], a atitude, por parte dos profissionais [...], de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas [e de incorporar] a escuta e a conversa [...] como importantes instrumentos de trabalho [...] como *técnica*, instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas [que] facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados [...] com isso, *rearticula-se* o serviço (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005, *apud* AZAMBUJA *et al*, 2007, p. 121, grifos e supressões das autoras).

Azambuja *et al* (2007, p. 126) concluem, a partir da experiência vivenciadas por elas, que o acolhimento em grupo refere-se à atividade de promoção de saúde à medida que ele incorre “na mudança da cultura sobre o que é saúde e seus cuidados.”

As autoras prosseguem afirmando que por meio do acolhimento é possível entender que as UBS não devem apenas oferecer cuidados médicos e imediatos ao usuário e que a saúde “passa a ser pensada como acesso a um trabalho digno, moradia, lazer, participação, ação, escuta, fala. Enfim, como cidadania” (AZAMBUJA *et al*, 2007, p. 126).

Nesse sentido, Coelho e Jorge (2009) em pesquisa realizada junto a seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), de Fortaleza, Ceará, ratificam que não basta uma equipe específica se propor a acolher o usuário de forma correta, é necessário que todos os trabalhadores daquele espaço se sintam, igualmente, envolvidos com essa proposta.

As autoras, em visita a uma das unidades pesquisadas, não se sentiram bem acolhidas e assim relatam: “nenhum dos trabalhadores perguntou em que poderia nos ajudar, passavam por nós, mas não nos olhavam. Ficamos imaginando a situação do usuário necessitado de atendimento, sem saber a quem recorrer.” (COELHO; JORGE, 2009).

As suspeitas das autoras, sobre como os usuários se sentiriam sendo tão mal atendidos, foram comprovadas, após conversarem com alguns deles que, na sua maioria, tinham a mesma queixa: não se sentiam bem acolhidos no primeiro contato com o local de atendimento. Muitos, inclusive, sentiam vontade de deixar o local sem serem atendidos.

O acolhimento consiste, portanto, na mudança do processo de trabalho, na forma de atender aos que procuram o serviço de saúde. “Assume-se então nos serviços, uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização com a saúde dos indivíduos e a consequente constituição de vínculos entre profissionais e população” (MALTA *et al*, 2000, p. 4).

O acolhimento consiste, conforme Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 347), em:

inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal (...).
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional (...).
- 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Verificar se uma equipe de saúde bucal – que tem dentre seus membros, o cirurgião dentista, objeto deste estudo –, acolhe de maneira correta o usuário só é possível à medida que se conheça a sua história, seus membros, suas atribuições dentre outros aspectos. É o que se verá no item 4.3 a seguir.

4.3 A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA

A saúde bucal é “parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação” (BRASIL, 1986a).

Por fazer parte da saúde integral do usuário é que o serviço de saúde bucal, parte na ESF, foi regulamentado em 28 de dezembro de 2000 pela portaria 1.444, representando a possibilidade de se criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Essa mesma portaria cuidou, também de estabelecer, em seu artigo 4º a relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família, da seguinte forma:

- I – Cada equipe de saúde bucal deverá atender em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;
- II – Para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deverão estar implantadas duas equipes de saúde da família;
- III – Para os municípios com menos de 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, poderá ser implantada uma equipe de saúde bucal com uma ou duas equipes de saúde da família implantadas (BRASIL, 2000).

O estabelecimento legal da incorporação de ações de saúde bucal na ESF, por meio da Portaria 1.444/00 foi, portanto, um passo importante para o cumprimento de um dos princípios do SUS: a integralidade (CAPISTRANO FILHO, 2000, *apud* ANDRADE, 2010).

Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços, para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter individual e coletivo, mediante o estabelecimento de vínculo a uma comunidade adstrita ao território (BRASIL, 2007).

Conforme Santos *et al.* (2007) as bases para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção primária foram estabelecidas pela portaria 267, e 2001, que regulamentou a portaria 1.444/00, analisada anteriormente. Essas bases podem estar assim dispostas:

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 (SANTOS *et al.*, 2007, p. 76).

Andrade (2010) afirma que com a equipe de saúde bucal implantada na ESF observou-se uma série de avanços importantes, tais como: a mudança na prática assistencial, a inserção dos profissionais Técnico em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) na rede de serviços dos municípios e, ainda, a participação de instituições de ensino superior no desenvolvimento das atividades da equipe de saúde bucal.

Atualmente há dois tipos de ESB: a de modalidade 1, composta por Cirurgião-Dentista (CD) e ACD; e a modalidade 2, composta por CD, ACD e THD (BRASIL, 2008a).

Szpilman e Oliveira (2010) afirmam que as universidades têm preparado os cirurgiões-dentistas basicamente para o atendimento em consultório e que essa compreensão do acolhimento é importante para a carreira desse profissional. Nesse contexto, “o acolhimento funciona como uma estratégia de receber os problemas dos usuários de forma a resolvê-los de algum modo.” Primordial, portanto que o profissional saiba que acolher não é uma pré-consulta e sim uma “integração de trabalhadores e usuários para a construção de projetos terapêuticos individuais e coletivos” (SZPILMAN; OLIVEIRA, 2010, p. 18).

É importante que os profissionais de saúde bucal, todos eles, sejam capazes de perceber as diferenças de suas atribuições quando trabalham junto a uma ESF em relação aos

trabalhos executados num consultório particular. São inúmeras as atribuições desses profissionais, conforme se verifica.

A Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, atribuiu competências específicas aos profissionais de saúde bucal: cirurgiões-dentistas, THB, atualmente designado de Técnico de Saúde Bucal (TSB) e o ACD, atualmente designado de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

Ao cirurgião-dentista cabe as seguintes competências:

- I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.
- II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.
- III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.
- IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.
- V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.
- VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- VII - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF.
- VIII - Realizar supervisão técnica do THD e ACD.
- IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2008b, p. 19-20)

Por sua vez o TSB, denominado THD na época da emissão da referida portaria, tem as seguintes atribuições:

- I - Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais.
- II - Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos.
- III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- IV - Apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.
- V - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2008b, p. 20).

Já o ASB, anteriormente denominado de ACD, tem as seguintes competências:

- I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde.
- II - Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados.
- III - Preparar e organizar instrumental e materiais necessários.
- IV - Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos.
- V - Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.
- VI - Organizar a agenda clínica.
- VII - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2008b, p. 20-21).

São muitas as atribuições de uma ESB e muitos os desafios a serem enfrentados por ela, sobretudo em relação às questões referentes à organização de serviços e aos recursos humanos, uma vez que o sucesso da ESF é resultante de mudanças de atitudes e forma de trabalhar. Nesse sentido é que a criação de um protocolo de organização de serviços será de grande valia para o pesquisador e demais trabalhadores da Equipe Paulo VI, objeto de estudo.

4.4 PROTOCOLOS DE CUIDADO À SAÚDE

Em 2006, o Pacto pela Saúde procurou induzir a qualidade de atendimento com amparo nesses procedimentos, protocolos e instruções de trabalhos normatizados. Dentre os recursos citados, o protocolo, objeto deste estudo, tem sido empregado de forma a efetivar o modelo de atenção proposto pelo SUS (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

No que se refere à saúde bucal faz-se necessária, também, a padronização de condutas para que se possa enfrentar as necessidades prioritárias observadas em cada uma das unidades de atendimento, a partir de todas as diretrizes estabelecidas e de protocolos já produzidos, consolidados, afirmam Cavalcante e Sá (2008).

Para tanto, “as propostas de estruturação do modelo de organização da atenção à saúde bucal, no âmbito da atenção primária, têm como objetivo a ampliação gradativa de acesso da população aos seus serviços (CAVALCANTE; SÁ, 2008, p. 114).

Como se vê a odontologia, assim, como a medicina tem enfrentado desafios diante das novas diretrizes do modelo de atenção primária preceituadas pelo SUS. Por isso é que se percebe a necessidade da implantação de procedimentos e protocolos a serem observados pelos trabalhadores que atendem nas ESF objetivando um acolhimento com qualidade e adequação, uma vez que esses recursos devem ser elaborados de acordo com a realidade de cada local.

Werneck, Faria e Campos (2009) afirmam que quando se organiza o trabalho de uma equipe não quer dizer, necessariamente que os profissionais que fazem parte dela perderão seu campo de ação profissional. O que ocorre em consequência dessa organização é um novo modo de abordar e enfrentar os problemas que surgirão.

Quando se trata de observar unidades ou municípios que não utilizam os protocolos de forma adequada encontram-se duas falhas que merecem ser destacadas a fim de que essas imperfeições possam ser evitadas. Em alguns locais os gestores não se posicionam nem delegam a nenhum trabalhador a responsabilidade da condução das ações de saúde. Os procedimentos são feitos de forma rotineira sem nenhuma espécie de reflexão ou crítica. Todos se acomodam e prosseguem na repetição de ações e, possíveis, falhas.

Por outro lado há também aqueles gestores que definem, elaboram e repassam os protocolos, comunicando apenas a sua implantação, sem pedir nenhum tipo de colaboração aos demais trabalhadores.

Tanto um como outro procedimento: falta de intervenção no processo de trabalho e imposição de procedimentos pode ocasionar acomodação e desestímulo junto aos trabalhadores e, conseqüentemente, um acolhimento inadequado ao usuário dos serviços de saúde o que não condiz de forma alguma com os objetivos dos protocolos de cuidado à saúde (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009).

Os protocolos têm o papel de auxiliar a condução de um atendimento eficaz, humanitário e resolutivo e eles representam, de acordo com os autores referenciados:

as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009, p. 31).

Há dois tipos de protocolos: os clínicos e os de organização de serviço. Contudo, Werneck, Faria e Campos (2009) compreendem que tanto os protocolos de natureza clínica quanto os de organização de serviços devem ser considerados como protocolos de cuidado à saúde uma vez que, para os autores, a organização de serviços tem uma ligação direta com o cuidado centrado no usuário visando à integralidade de todas as ações.

Este trabalho designará, também, vez ou outra, o protocolo de organização de serviços, como protocolo de cuidado à saúde à medida que este objeto do estudo “protocolo” tem como referencial teórico a obra dos autores Werneck, Faria e Campos (2009), por ser a mais completa e por fazer parte do material de apoio do curso do pesquisador.

Entretanto, é importante ressaltar os conceitos básicos dos dois protocolos. Os protocolos clínicos “são instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, as ações preventivas, promocionais e educativas” (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009, p. 31).

Por sua vez os protocolos de organização dos serviços são:

instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 31).

Como o objeto principal deste estudo trata-se da elaboração de um protocolo de organização de serviços é importante observar aspectos essenciais à sua feitura, conforme subseção a seguir.

4.4.1 Protocolo de organização de serviços

Conforme se observou os protocolos de organização de serviços indicam o fluxo de serviço, os processos de avaliação e outras informações necessárias ao bom andamento do serviço de saúde e ao acolhimento ideal. Ele deve ser elaborado em conformidade com as diretrizes e princípios estabelecidos pelo SUS, diretrizes do estado e do município onde será implantado e, ainda, deve estar em consonância com outros protocolos já existentes.

Quando da elaboração de um protocolo de organização é primordial observar as especificidades profissionais e as interações existentes entre os componentes da equipe, aspectos importantes no processo de trabalho de qualquer unidade de saúde e que devem ser levados em conta.

O protocolo de organização deve ser dinâmico, flexível e, exatamente por isso, deve ser elaborado de forma coletiva “e pactuado com os diversos profissionais e colaboradores do nível local, bem como dos demais níveis de atenção” afirmam Werneck, Faria e Campos (2009, p. 65). Os autores acrescentam que é importante observar, sobretudo, as normas técnicas, manuais e demais documentos do MS e da Secretaria Estadual de Saúde.

Contudo, “nesse processo é fundamental que esses protocolos sejam aplicados às realidades locais para que produzam impactos positivos sobre a qualidade de vida da população assistida pela equipe” (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 65).

Por vezes o protocolo a ser criado tem como objetivo enfrentar uma situação que se deseja modificar sendo que, nesses casos é importante deixar registrado os tópicos que indicam a situação a ser superada com o protocolo.

Em síntese, a padronização dos procedimentos a partir de protocolos traz benefícios desde que não estejam ligados à submissão ou à rigidez, tenha como base critérios técnicos, diagnósticos e terapêuticos claros e bem definidos. A rigidez na execução das normas prescritas determina ações pouco flexíveis, inoperantes e voltadas sobre si mesmas, além de ações automatizadas por parte de quem as realiza. Esse tipo de ação negligencia a capacidade do cirurgião-dentista em formular, inovar e desenvolver o seu exercício profissional, tornando-a incapaz de se adaptar às condições adversas (MELO, 2008).

Alguns passos devem ser obedecidos quando da elaboração de um protocolo de organização de serviços, de acordo com Werneck, Faria e Campos, (2009).

O primeiro passo consiste em diversas etapas que precisam ser avaliadas antes da estruturação do protocolo. Essas etapas representam aspectos que devem ser discutidos por todos os componentes da equipe de saúde de tal forma que se segue à conclusão de quais são os pontos mais importantes a serem trabalhados no protocolo.

Dentre várias etapas que compõem esse primeiro passo para a elaboração do protocolo, destacam-se: diagnóstico conjuntural, estrutural e epidemiológico da saúde da população atendida pela unidade; indicadores mais importantes revelados pelo diagnóstico; definir os objetivos e as metas a serem alcançadas com o emprego do protocolo; levantamento e análise das diretrizes, do processo de trabalho, dos nós críticos e dos aspectos facilitadores, das parcerias da unidade de saúde; viabilização do projeto junto aos superiores; formar o grupo de coordenação dos trabalhos; metodologia, estratégias e prazo para a elaboração do protocolo.

Posteriormente, o segundo passo, a ser dado, segundo os autores citados, é a própria elaboração do protocolo que deve avaliar os seguintes pontos: a gravidade dos indicadores, tendo como referência os objetivos e metas propostos, utilizando manuais e normas específicas, envolvendo os profissionais da unidade de saúde, elencando atividades, formatando o protocolo conforme normas específicas, apresentando o protocolo aos trabalhadores e submetendo o protocolo para aprovação do Conselho de Saúde e do gestor municipal.

De acordo com Werneck, Faria e Campos, (2009), ao implantar um protocolo é preciso verificar se há necessidade de capacitação de pessoal e de recursos na equipe para que as ações pretendidas tenham uma execução segura e responsável. Importante ressaltar, também, que o protocolo tem uma validade de transição havendo, portanto, necessidade de avaliação constante e modificações de acordo com as circunstâncias encontradas.

5 ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

O objetivo principal para a criação e implantação desse protocolo é promover um atendimento mais uniforme e humanizado junto às ESB de Várzea da Palma, Minas Gerais.

Ao optar pela elaboração de um protocolo de organização de serviços o pesquisador se reuniu com a Equipe e expôs os motivos, as vantagens e como ele funcionaria. Alertou a todos, também, sobre o primeiro impacto que o protocolo poderia causar junto à comunidade.

O pesquisador fez um resumo das normas e artigos consultados para a realização deste trabalho, frisou sobre as vantagens de um protocolo e destacou: quanto maior o vínculo criado entre trabalhador e usuário, maior seria o sucesso do protocolo e dos futuros acolhimentos.

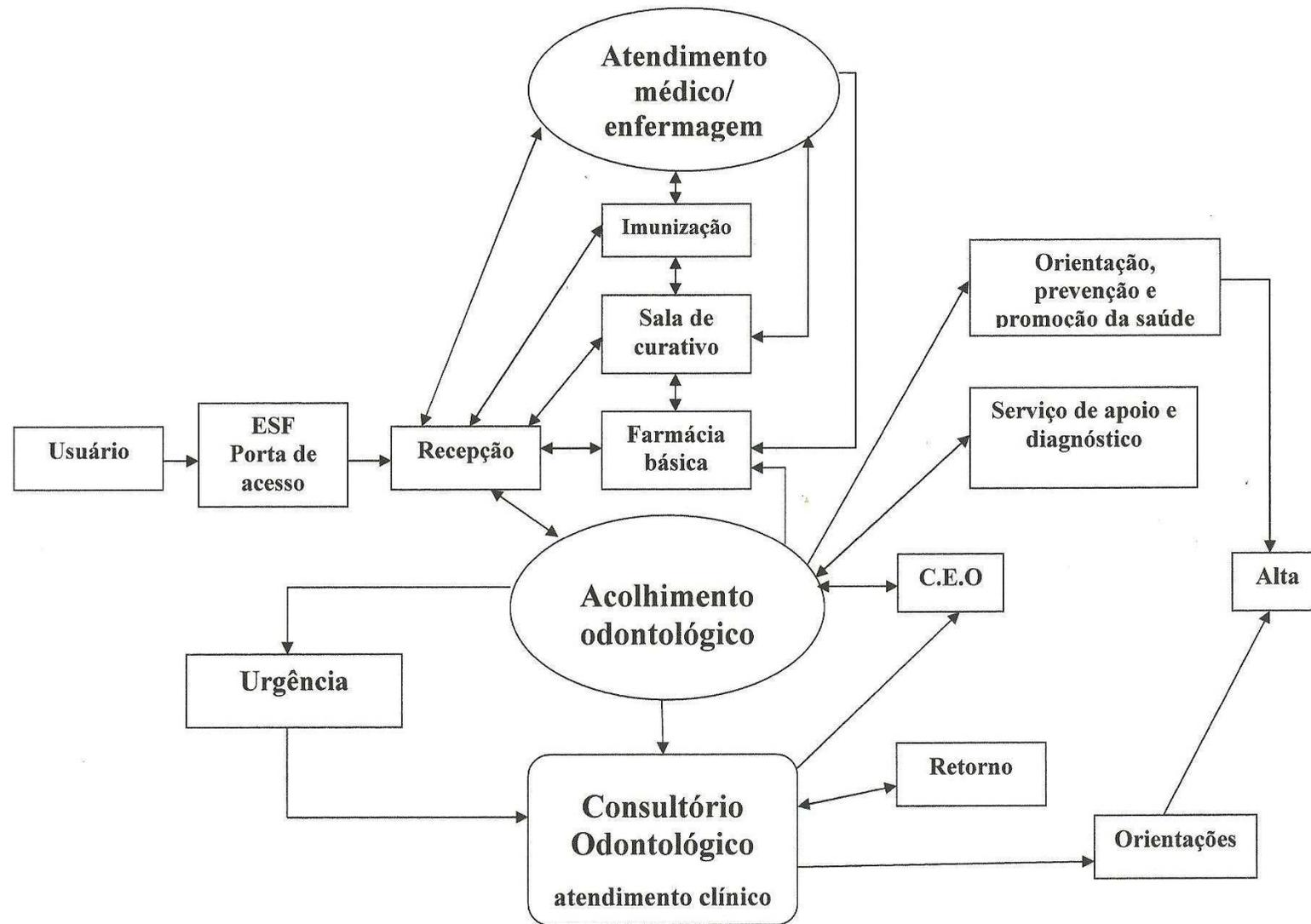
Posteriormente, a Equipe se reuniu várias vezes com os demais membros da ESF Paulo VI, contando com a presença mais constante da enfermeira e de alguns ACS e, juntos, elaboraram o protocolo de organização de serviços, conforme Figura 1 apresentada a seguir.

Houve, entretanto, preocupação de todos em relação às mudanças sugeridas para o acolhimento e implantadas no protocolo de organização de serviços que poderiam trazer, a princípio, algum desconforto junto à população que, até então, não tinha, nem naquela Equipe específica, uma forma padronizada de ser acolhida.

Nesse sentido, o pesquisador contou com a participação e engajamento de todos os trabalhadores da ESF Paulo VI, não só dos membros da Equipe. Criaram-se informes aos usuários que foram distribuídos pelos ACS; orientações foram elaboradas em cartazes e dispostos na unidade e em outros locais da comunidade atendida pela Equipe; contaram, ainda, com a participação de grupos operativos e das campanhas de vacina da ESF Paulo VI.

O sucesso alcançado na construção do protocolo decorre também, importante observar, da responsabilidade que os usuários atendidos pela Equipe têm em relação à saúde bucal, decorrente do vínculo criado pelo pesquisador com a comunidade e demais membros da ESB em que se criou uma relação de confiança e respeito mútuo.

Figura 1 – Protocolo de organização de serviços – ESB da ESF Paulo VI – Várzea da Palma (MG)



Fonte – Elaboração do pesquisador

5.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO PROTOCOLO

Importa ressaltar que os protocolos elaborados para a organização da atenção à saúde bucal se propõem a ampliar, de forma gradativa, o acesso dos serviços oferecidos à população, conforme Cavalcante e Sá, (2008).

Diante dessa assertiva é que se devem observar, na elaboração de um protocolo de organização de serviços, alguns aspectos do local onde as equipes atendem.

5.1.1 A recepção do usuário da ESB

Na ESB Paulo VI o usuário chega pela ESF que é a porta de entrada para a Atenção Primária à Saúde (APS). Por meio da ESF é que o usuário tem acesso aos demais níveis de atenção e aos serviços oferecidos pela rede de assistência pública à saúde, importa ressaltar.

Assim que o usuário chega à ESF ele é recebido pela recepcionista que o encaminha, de acordo com sua necessidade, ao atendimento médico/enfermagem, à imunização, à sala de curativos, à farmácia básica, ou ao serviço de saúde bucal que é objeto deste estudo e do protocolo.

5.1.2 O acolhimento odontológico e procedimentos iniciais

Assim que o usuário é encaminhado ao serviço de saúde bucal ele é acolhido e tem suas queixas e dúvidas ouvidas e, quando possível, sem ainda nenhum exame realizado, esclarecidas.

Em seguida o paciente é examinado com auxílio de uma espátula de madeira e luz natural a fim de detectar as causas de suas queixas. Após essa primeira avaliação podem ocorrer as seguintes situações:

a) paciente sem necessidades urgentes – caso o paciente não apresente nenhuma real necessidade ele é orientado quanto aos métodos de prevenção à saúde bucal e convidado a retornar todo ano para nova avaliação.

b) paciente com necessidade de serviço de apoio e diagnóstico – caso o usuário necessite de um exame radiográfico e/ou laboratorial ele é encaminhado para o serviço de apoio diagnóstico do município para que depois, de posse desses exames, o cirurgião-dentista analisa qual o próximo procedimento a ser indicado e o grau de necessidade do mesmo. De acordo com essa necessidade o paciente é atendido na mesma hora ou no dia seguinte ou na semana seguinte, sendo que, na existência de mais de uma necessidade bucal são marcados retornos periódicos com espaços entre as consultas variando de sete a quatorze dias a fim de tratar toda a necessidade bucal daquele paciente e dar alta para o mesmo;

c) paciente sem necessidades de exames complementares – o cirurgião-dentista avalia quais os procedimentos a serem executados, planeja o tratamento e retornos, se necessário, orienta e dá alta ao paciente;

d) paciente com necessidade de encaminhamento ao CEO – é feito naqueles casos em que se verifica necessidade que corresponda a essa atenção secundária. Esse encaminhamento ocorre por meio de referência. No CEO o tratamento é realizado, o paciente é encaminhado novamente para a atenção primária, a ESF, uma vez que somente essa equipe pode dar alta ao paciente. Importante ressaltar que não existe procura direta do paciente ao CEO para que o centro marque atendimento. Somente a Equipe poderá fazer esse procedimento e com uma ficha de referência.

5.1.3 Procedimentos ocorridos no atendimento

Durante o acolhimento, caso seja observada alguma alteração que precise de intervenção médica o paciente é encaminhado para a recepção que marca uma consulta médica para o usuário.

No atendimento também são verificados os cartões de vacina e, caso seja necessário, o paciente é encaminhado para imunização.

Em casos que necessitam de medicação, o paciente é encaminhado para a farmácia básica a fim de conseguir ter acesso aos remédios. A Equipe procura, sempre que

possível, prescrever medicamentos que estejam disponíveis na farmácia básica, diminuindo ou eliminando, assim, os custos para o usuário.

5.1.4 Procedimentos finais

Após o término do tratamento o paciente recebe orientações sobre como cuidar da saúde bucal, os meios de prevenção e promoção da mesma e recebe alta do tratamento. Ele então é orientado a retornar pelo menos uma vez ao ano para fazer um novo exame a fim de detectar novas patologias bucais, ainda em fase inicial, ou somente para novas ações de prevenção e promoção à saúde bucal.

Esse retorno é extremamente importante uma vez que o monitoramento da saúde bucal do paciente minimiza a incidência de novos agravos bucais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS tem como propósito atender de forma humanizada a população brasileira que busca os serviços de saúde por ele oferecidos. Nesse sentido a ESF tem um papel primordial para que a Instituição alcance esse objetivo e, dentre as equipes das unidades de saúde, encontra-se a ESB que contribui para que os cuidados com a saúde da população sejam realizados de forma integral.

O acolhimento ao usuário da ESB deve proporcionar uma relação mais estreita entre paciente e trabalhador de tal forma que esse vínculo contribua para que os serviços de saúde oferecidos e executadas possam ter resultados positivos e duradouros.

Contudo, como se observou não só na revisão da literatura, como também, na prática vivenciada pelo pesquisador, não basta um bom acolhimento ao usuário nos consultórios odontológicos. É importante que os procedimentos efetuados tenham uma organização que deve ser adequada à realidade de cada equipe.

Ao propor a elaboração de um protocolo de organização de serviços o pesquisador contou com o apoio dos colegas da Equipe e, também, dos demais trabalhadores da ESF Paulo VI, onde atende a comunidade local.

O objetivo proposto neste estudo foi atingido e seu resultado já tem se revelado positivo. Os usuários não sentiram impactos negativos. Ao contrário, eles não só colaboraram com as mudanças propostas como se sentiram parte integrante da Equipe e da ESF Paulo VI em geral.

O ambiente de trabalho da Equipe tem se mostrado motivador em decorrência da prática dos procedimentos estabelecidos no protocolo por eles elaborado. O vínculo profissional que já havia na Equipe aumentou de forma considerável e nota-se um engajamento de todos para atingir ao mesmo objetivo: acolher bem e de forma organizada, padronizada.

Acredita-se que o protocolo deverá ser aprovado pelas demais ESB da Cidade uma vez que é de interesse dos profissionais de saúde que trabalham junto às ESF proporcionar ao usuário do SUS um acolhimento ideal.

Deve-se levar em conta que o protocolo foi elaborado de acordo com a realidade vivenciada pelos trabalhadores da ESB Paulo VI. Sabe-se que as outras ESB de Várzea da Palma têm realidade similar. Entretanto, o protocolo sugerido poderá e deverá ser ajustado em

alguns pontos, caso haja necessidade, lembrando, inclusive, que as disposições logísticas e físicas das equipes podem ser diferentes umas das outras e isso requer adaptação.

Quando da elaboração de um protocolo de organização é primordial observar as especificidades profissionais e as interações existentes entre os componentes da equipe, aspectos importantes no processo de trabalho de qualquer unidade de saúde e que devem ser levados em conta.

Essas especificidades foram observadas como também, a realidade da comunidade local, o que, sem dúvida, contribuiu para o sucesso do protocolo de organização de serviços criado pelos membros da Equipe com a colaboração dos demais trabalhadores da ESF Paulo VI e com o apoio da comunidade atendida.

O protocolo, em fase de teste na Equipe, já conta, portanto, com resultados positivos, uma vez que se percebe, não só a eliminação das listas de espera como também a satisfação dos usuários e, ressalta-se, um maior vínculo entre eles e os trabalhadores da saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Talita de Sousa. **O acolhimento no Centro de Saúde Granja de Freitas: uma percepção da equipe de enfermagem.** 2010. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde de Família) – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte (MG), 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2309.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2011.

2. ANDRADE, João Weber Rodrigues de. **Adequação do trabalho do cirurgião-dentista frente às diretrizes da estratégia de saúde da família.** 2010. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde de Família) Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Teófilo Otoni (MG), 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2398.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2011.

3. ANGELO, Margareth; BOUSSO, Regina Szlit. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem.** Brasília: Ministério da Saúde. 2001. p. 14-17.

4. AZAMBUJA, Mariana P. Ruwer de *et al.* Relato de experiência: o acolhimento em grupo como uma estratégia para a integralidade. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 121-124, jan./jun. 2007. Disponível em: <http://artigocientifico.com.br/uploads/artc_1233327847_49.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2011.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Relatório Final. 1986a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 18 maio 2011.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.** Relatório Final. 1986b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 20 maio 2011.

7. BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

8. BRASIL. Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de dezembro de 2000.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_saude_2ed.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2010.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica n. 39**. Ano VIII, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo39.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2011.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica n. 48**. Ano IX, set./out. 2008a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo48.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2011.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília Ministério da Saúde, 2008b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2011.
14. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/sus20anosfinal.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2011.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_15.pdf>. Acesso em: 20 maio 2011.

16. BRUNELLO, Maria Eugênia *et al.* O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 abr. 2011.
17. CAMPOS, Francisco Eduardo de *et al.* O desafio dos processos e do mercado de trabalho na APS – o desafio da formação e da qualificação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 124-132. (Série I. História da Saúde no Brasil).
18. CARVALHO, Cristiane A. P. *et al.* Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq Ciênc Saúde**, n. 15, v. 2, p. 93-95, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/iD%20253.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2011.
19. CAVALCANTE, Carlos Alberto Tenório; SÁ, Eliana Maria de Oliveira. Saúde Bucal. In: TURCI Maria Aparecida. (org.). **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 114-120, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/pag-psp_arquivos/Miolo_Final_Livro_BH.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2011.
20. COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14 (supl.1), p. 1523-1531, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026>. Acesso em 25 abr. 2011.
21. DELAGE, Luiz Audebert Andrade. **Diretrizes pra implementação do acolhimento em saúde bucal na unidade básica de saúde – Jardim América**. 2010. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde de Família) Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Várzea da Palma (MG), 2010.
22. DUVAL, Melissa Rossati, OLIVEIRA, Silene de Lima. Medicina psicossomática e a política de humanização do SUS: desconforto e contemporaneidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 451-456, 2010. Disponível em:

- <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/451.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2011.
23. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio**: versão eletrônica 5.0. 2007. Positivo Informática. 1 CD ROM.
24. FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 15, v. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2011.
25. GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
26. GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n.17, p. 287-301, mar./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em 25 abr. 2011.
27. GOULART, Flávio A. de Andrade. Saúde da Família no Brasil: de movimento ideológico a ação política. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 58-107. (Série I. História da Saúde no Brasil).
28. INSTITUTUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Minas Gerais. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 19 abr. 2011.
29. MALTA, Deborah Carvalho et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, v. 24, n. 56, p. 21-34, set./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-13.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2011.
30. MACHADO, Sérgio. **A percepção sobre o acolhimento entre cirurgiões dentistas da estratégia de saúde da família da zona urbana de Formiga/MG**. 2010. 55f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde de Família) – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Formiga (MG), 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0297.pdf>>. Acesso em 25 abr. 2011.

31. MATUMOTO, Silvia. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde. 1998. 226f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) – Universidade de São Paulo (USP) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 1998. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-14012009-164720/pt-br.php>>. Acesso em: 25 abr. 2011.
32. MEDEIROS, Flávia A. et al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud Pública**, v. 12, n. 3, p. 402-413, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300006>. Acesso em: 25 abr. 2011.
33. MELO, Marilene Barros de. **O processo de trabalho e o protocolo na atenção odontológica**. Prêmio Sinog de Odontologia. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2010/11/capitulodelivro.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2011.
34. MENDONÇA, Claunara Schilling. Um olhar para o futuro – perspectivas e desafios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 134-143. (Série I. História da Saúde no Brasil).
35. ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa de saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino Am. de Enfermagem**. Ribeirão Preto, 2005, v. 13, n. 6, p. 1027-1034. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2011.
36. SANTOS, Adriano Maia dos *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.
37. SANTOS, Denise Loureiro; SUPERTI, Lourdes; MACEDO, Maria Salete. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. **Boletim da Saúde**, v. 16, n.2, p. 30-51, 2002. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n2_05acolhimento.pdf>. Acesso em:
38. SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Rio de Janeiro **Cad. Saúde Pública**. n. 20, v. 6, p. 1487-1494, Rio de Janeiro, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2010.

39. SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2011.
40. SOUZA, Wadir da Silva. MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 12, n. 25, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200008>. Acesso em 25 abr. 2011.
41. STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2011.
42. SZPILMAN, Ana Rosa Murad; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. Percepções do cirurgião-dentista quanto ao binômio acolhimento e acesso à ESF em Vila Velha – ES. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, n. 12, v. 13, p. 17-22, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/822/599>>. Acesso em: 19 abr. 2011.
43. TURCI, Maria Aparecida. Acolhimento e demanda espontânea In: _____. **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 210-215, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/pag-ppsp_arquivos/Miolo_Final_Livro_BH.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2011.
44. WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa Campos. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.