

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL: POR UMA
MELHORIA NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO
DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

SORAIA CAMPOS MORATO

POMPÉU – MG
2012

SORAIA CAMPOS MORATO

**ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL: POR UMA
MELHORIA NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO
DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

POMPÉU – MG
2012

SORAIA CAMPOS MORATO

**ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL: POR UMA
MELHORIA NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO
DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora:

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena – Orientador
Prof^a. Simone Dutra Lucas

Aprovada em Belo Horizonte, 02/03/2013

Dedico este trabalho a todos os moradores da área de abrangência
da Equipe Saúde da Família “Trevo” que
contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional durante
todos os anos que trabalhei junto a eles

Agradeço à Deus por sempre se fazer presente em minha vida.
Aos familiares pelo apoio irrestrito. Ao meu companheiro José Francisco por sua
dedicação e carinho. Ao Profº Bruno Sena por sua orientação
e incentivo. E em especial a Ana Lúcia, amiga e colega de profissão
por sua amizade e valiosa ajuda neste trabalho

*“Só engrandecemos o nosso
direito à vida cumprindo
o nosso dever de cidadãos do mundo.”*

[Mahatma Gandhi](#)

RESUMO

O Programa Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde em 1994, tem como um de seus principais fundamentos possibilitar acesso universal e contínuo a serviços de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: Universalidade, Integralidade, Equidade. Em 2011, a Portaria do GM/2488, estabeleceu a revisão das diretrizes e normas, para a reorganização da atenção básica na ESF, apresentando, dentre outras características, realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco e avaliação da necessidade de saúde. Com o objetivo de atender aos princípios do SUS, estabelecidos na Constituição Federal de 1988, e visando à melhorias na qualidade do atendimento à população adscrita, organizando, planejando e acompanhando as atividades desenvolvidas na ESF/SB, com eficiência e eficácia, é que foi realizado este trabalho de revisão de literatura. Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa sobre o referido tema: Acolhimento em Saúde Bucal: Por uma melhoria na qualidade do atendimento na ESF. Utilizou-se pesquisa bibliográfica na internet e nos bancos de dados da saúde, como LILACS, SCIELO e BVSMS, selecionando 25 artigos e documentos em português, publicados entre 1999 e 2012 dos 35 encontrados. O padrão de acolhida aos cidadãos usuários e aos cidadãos trabalhadores da saúde nos serviços de saúde é um grande desafio no percurso de construção do SUS. Apesar dos avanços e das conquistas, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços, no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário e o trabalhador da saúde são acolhidos nos serviços públicos de saúde. O acolhimento, propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, atendendo a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, garantindo a acessibilidade universal, e reorganizando o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico, para uma equipe multiprofissional, equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

Palavras-Chave: Estratégia saúde da família. Humanização. Acolhimento. Saúde bucal.

ABSTRACT

The Family Health Program, created by the Ministry of Health in 1994, has as one of its main foundations enable universal and continuing access to quality services, reaffirming the basic principles of SUS: Universality, Completeness, Equity. In 2011, the Ordinance of GM/2488 established the revision of guidelines and standards for the reorganization of primary care in the FHS, featuring, among other features, make the host with qualified hearing, risk classification and assessment of health need. Aiming to meet the principles of the NHS, established in the Constitution of 1988, and aimed at improving the quality of care to the enrolled population, organizing, planning and monitoring the activities developed in the ESF / SB, with efficiency and effectiveness, which was performed this work of literature review. This is a narrative review of the literature on that subject: Home Oral Health: For an improvement in the quality of care at FHS. We used literature search on the internet and in health databases such as LILACS, SciELO and BVSMS, selecting 25 articles and papers in Portuguese, published between 1999 and 2012 from 35 matches. The pattern of welcome users to citizens and citizens health workers in health services is a major challenge in the path of construction of SUS. Despite the advances and achievements, there are still large gaps in care models and management services in relation to access and how user and worker health are welcomed in public health. The host proposes to reverse the logic of organization and functioning of the health service, serving all people seeking health services, ensuring universal accessibility, and reorganizing the work process, shifting its center axis of the doctor, for a team multiprofessional team host, which handles the user listens, pledging to solve your health problem.

Keywords: Strategy Family Health. Humanization. Oral health.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS-	Atenção Básica à Saúde
ASB-	Auxiliar de Saúde Bucal
CEO-	Centro de Especialidades Odontológicas
ESB-	Equipe de Saúde Bucal
ESF-	Estratégia saúde da Família – Equipe de Saúde da Família
GM-	Gabinete Ministerial
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-	Índice de Desenvolvimento Humano
LOS-	Lei Orgânica da Saúde
MS-	Ministério da Saúde
PACS-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD-	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PNH-	Política Nacional de Humanização
PNSB-	Política Nacional de Saúde Bucal
SUS-	Sistema Único de Saúde
TSB-	Técnico em Saúde Bucal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral:.....	16
3.2 Objetivo Específico:.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO DE LITERATURA	18
5.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	18
5.2 O DISPOSITIVO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA	19
5.3 A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	25
5.4 A IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	29
5.5 O ACOLHIMENTO NA ESB PROMOVENDO A UNIVERSALIDADE DO ACESSO E MELHORIA DA QUALIDADE NA ESF.....	34
6 DISCUSSÃO.....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

A saúde como direito tem sido uma conquista social do estado brasileiro, principalmente a partir da Constituição de 1988, afirma Silveira Filho (2002). O artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) define saúde como:

Direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco à doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 200).

O artigo 198 da Constituição Federal do Brasil (1988) garante que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS) e define as diretrizes para sua organização: Descentralização, Integralidade e Participação da Comunidade.

A área da saúde da Constituição Federal foi regulamentada pelas leis 8080/90 e 8142/90, que se intitulam Lei Orgânica da Saúde (LOS). Esta lei disciplina legalmente o cumprimento constitucional da proteção e da defesa da saúde.

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família, para organizar a atenção básica à saúde no Brasil, tendo como um de seus fundamentos, possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: Universalidade, Equidade, Descentralização, Integralidade, Participação da comunidade, mediante cadastramento e vinculação dos usuários (BASTOS, 2003).

Hoje conhecida como Estratégia Saúde da Família (ESF), por não se tratar mais apenas de um “programa”, é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que são responsáveis por um número definido de pessoas (2400 a 4000), localizadas em uma área geográfica delimitada. Inicialmente estas equipes eram compostas por médico, enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem e pelos agentes

comunitários de saúde (BESEN *et al.*, 2007).

Diante de necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministro da Saúde, em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal, por meio da contratação do cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dentária nas equipes do Programa Saúde da Família, afirma Matos e Tomita (2004), propondo seguir os mesmos princípios que regem a dimensão macro da saúde, ou seja, um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautado na universalidade, equidade, na integralidade e na participação da comunidade.

A inserção da saúde bucal na ESF, significou um grande avanço na oferta de tratamentos odontológicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), afirma Matos e Tomita (2004) e em 2011, a portaria GM 2488 (BRASIL, 2011) estabeleceu a revisão das diretrizes e normas para a reorganização da atenção básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que apresenta dentre outras características para as equipes de atenção básica:

- Desenvolver ações que priorizem grupos de risco com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- Realizar o acolhimento com escuta qualificada, com classificação de risco e avaliação da necessidade de saúde;
- Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita.

O padrão de acolhida aos cidadãos usuários e aos cidadãos trabalhadores da saúde nos serviços de saúde é um grande desafio no percurso de construção do SUS (BRASIL, 2008). Mesmo com avanços e conquistas, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços, no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário e o trabalhador da saúde são acolhidos nos serviços públicos de saúde.

Visando cada vez mais compreender e melhorar a qualidade do

atendimento das equipes de saúde da família, e em especial das equipes de saúde bucal, e tendo no acolhimento uma de suas diretrizes, é que este estudo justificou-se e possibilitou o entendimento de vários temas relacionados a atenção e gestão em saúde bucal dentro da ESF e que poderá contribuir para uma melhoria do sistema atual de atendimento.

2 JUSTIFICATIVA

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, além de outros, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Já a saúde bucal, é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, fazendo-se também necessário que os princípios do SUS, universalidade, integralidade, equidade, controle social, sejam alcançados (BRASIL, 2006).

Apesar da oferta de procedimentos odontológicos vir aumentando gradativamente nos últimos anos, principalmente após a inserção da ESB na ESF, ainda existem grandes lacunas a serem preenchidas. É possível perceber que muitos usuários, de todas as idades, necessitam de controle e tratamento das doenças bucais.

No município de Pompéu, ainda não se realizou uma pesquisa epidemiológica abrangendo todas as faixas etárias. Porém a necessidade de cuidados odontológicos fica evidente quando se observa a grande demanda pelos serviços na região, seja no dia-a-dia na clínica, nos grupos operativos, nas atividades de prevenção e nas reuniões da equipe odontológica. Nota-se que muitos indivíduos, da zona urbana e principalmente da zona rural do município, apresentam ou já apresentaram doenças bucais, como cárie e doença periodontal, em algum momento de suas vidas, e que muitos, inclusive jovens, já perderam um ou mais elementos dentários.

A grande demanda da população adscrita aos serviços de saúde bucal, o número de profissionais existentes, muitas vezes insuficientes para suprir toda esta demanda, e a oferta dos serviços odontológicos, ainda escassa, tanto na ABS, como nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), interferem negativamente no controle e tratamento das afecções bucais, fazendo surgir a necessidade de se buscar meios e condições que possibilitem melhorar nossa prática no exercício profissional. O acesso aos serviços de saúde bucal no município de Pompéu acontece através da demanda espontânea e agenda

programada. O acolhimento é uma estratégia que potencializa o acesso e permite priorizar grupos de risco, sociais e epidemiológicos.

Diante desta realidade e percebendo que o acolhimento em saúde bucal, se apresenta como uma estratégia para organizar e planejar com mais eficiência as atividades desenvolvidas pela ESF, em busca de melhoria nas condições de saúde da população, é que este estudo justificou-se.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Analisar na literatura as inovações relacionadas à gestão e à incorporação de novas tecnologias no acolhimento em saúde bucal na ESF, humanizando o acesso nos serviços de saúde.

3.2 Objetivo Específico:

- Compreender a gestão do acesso dos usuários na UBS, tanto em relação à demanda espontânea como à agenda programada, priorizando grupos de risco social e epidemiológico.

4 METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa bibliográfica por meio da internet, nos bancos de dados da saúde como Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, Biblioteca Virtual da Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS), com as seguintes palavras-chave: “Acolhimento”, “Saúde Bucal”, “Estratégia Saúde da Família” e “Atenção Básica em Saúde”.

Foram selecionados documentos e artigos publicados entre 1998 e 2012, em português, que descreveram sobre os seguintes temas: “Acolhimento na ESF”, “Acolhimento em saúde bucal” e “Melhoria da qualidade do atendimento na ESF”. Foi feita leitura cuidadosa dos artigos e documentos selecionados e elaborados resumos, com o objetivo de ordenar de forma clara e sistematizada os achados mais relevantes de cada trabalho para posterior análise, levando em conta seu valor teórico e sua importância científica.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

De acordo com o núcleo técnico da Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde (MS), os inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira, operados especialmente ao longo das últimas duas décadas convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens (BRASIL, 2012).

Ainda conforme Brasil (2012) levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constituem a PNH em ações materiais e concretas. Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços de troca, para que possamos caminhar na direção do SUS que queremos.

Segundo Brehmer e Verdi (2010), o marco teórico-político da PNH configura-se em torno da humanização das práticas de atenção e gestão como uma dimensão fundamental do sistema de saúde. Essa política se propõe a fomentar princípios e modos de operar no conjunto das relações entre diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Um dos dispositivos da PNH é o acolhimento, que compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades, até a atenção resolutiva de seus problemas. O acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário.

A implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) seria para consolidar, prioritariamente, quatro marcas específicas (BRASIL, 2004, p.10).

- Reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
- As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004, p. 10).

De acordo com Baraldi e Souto (2011) a PNH foi proposta pelo MS como um movimento para implementar os princípios do SUS na prática da assistência à saúde, pois apesar do grande investimento na rede de assistência com a implementação da ESF, o processo de trabalho continuou reproduzindo a organização tradicional da assistência, centrado nas doenças, em práticas curativas e no saber médico, restringindo a capacidade de atendimento e por consequência o acesso dos usuários aos serviços.

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

5.2 O DISPOSITIVO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Na organização da ABS tem sido essencial pensar estratégias que garantam os princípios constitucionais do SUS, como a universalidade e o acesso, e, portanto, deem resposta à demanda espontânea e, ao mesmo tempo, contribuam com a construção de um modelo baseado na priorização do planejamento das ações de promoção e prevenção. Essa ideologia vem se

expressando por meio de reflexões teóricas e ações concretas ao longo dos últimos 25 anos, no mínimo (BRASIL, 2010).

É um esforço contra-hegemônico, ou seja, que vai de encontro a outra forma de pensar o homem e sua inserção no mundo, que é hegemônica na área da saúde. Essa forma ou modelo hegemônico, que precisa ser desconstruído, se caracteriza, principalmente, por um modelo com foco mercadológico, com forte domínio das indústrias farmacêuticas e de equipamentos, voltado para a doença, biologicista, hospitalocêntrico, medicalizado, médico centrado e com serviços organizados para atender as demandas. Há também exagerada valorização do conhecimento técnico-científico em detrimento do saber popular e do direito do indivíduo de ter acesso ao conhecimento para decidir sua autonomia (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

A ESF incorporou novos elementos para a reorientação do processo de trabalho em saúde. Destacam-se tecnologias de saúde como o acolhimento, a produção do vínculo, a autonomização e a gestão compartilhada de processos de trabalho como orientadoras das práticas em serviços de saúde (PESSANHA e CUNHA, 2009).

O acolhimento, segundo Franco *et al.* (1999), propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- a) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- b) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- c) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO *et al.* 1999, p.346).

Para Vasconcelos *et al.* (2009) não é possível discutir acolhimento nos serviços de saúde sem lembrar os princípios do SUS estabelecidos na Lei 8080, tais como: universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, direito à informação e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência. Também não é possível discuti-lo sem que venha à tona o cuidado como ação humana fundamental.

A produção do cuidado na ESF pressupõe que no momento do encontro entre usuário e profissional este consiga captar as necessidades singulares de saúde do usuário, tornando-se imprescindível uma abertura à escuta qualificada; implica acolher o outro, propiciar espaço para o diálogo, o estabelecimento de vínculo e de laços de confiança (NERY *et al.*, 2009).

O acolhimento está presente em todas as relações e os encontros que fazemos na vida, mesmo quando pouco cuidamos dele. Entretanto, temos de admitir que parece ter ficado difícil exercer e afirmar o acolhimento em nossas práticas cotidianas. Os processos de “anestesia” de nossa escuta e de produção de indiferença diante do outro, em relação às suas necessidades e diferenças, têm-nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento. Entretanto, esses processos nos mergulham no isolamento, entorpecem nossa sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade. Podemos dizer que temos como um dos nossos desafios reativar nos encontros nossa capacidade de cuidar ou estar atento para acolher, tendo como princípios norteadores (BRASIL, 2010):

- O coletivo como plano de produção da vida;
- O cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida;
- A indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde) (BRASIL, 2010, p. 08).

Silva Júnior e Mascarenhas (2004) citados por Oliveira *et al.* (2008), analisam o acolhimento em três dimensões:

- Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas.
- Como técnica, o acolhimento instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas, resgata o conhecimento técnico das equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais de saúde na assistência.
- Como reformulador do processo de trabalho, o acolhimento identifica as demandas dos usuários e, com isso, rearticula-se o serviço (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS (2004) *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2008, p. 364).

Para Vasconcelos *et al.* (2009, p. 05), estar disponível para escutar pressupõe alguns requisitos "técnicos", além do seu real interesse de acolher de forma cuidadosa, preocupando-se com a enfermidade ou o sentimento de enfermidade do usuário.

- Tente compreender exatamente o que o outro pretende comunicar-lhe.
- Coloque-se em frente à pessoa que está falando e olhe para ela, de preferência olhe nos seus olhos.
- Ouça sem interromper, mesmo quando estiver em desacordo. Dê ao outro a oportunidade de expressar-se até o fim.
- Enquanto ouve, não se distraia com sons, acontecimentos do ambiente ou conversas paralelas.
- Não prepare a resposta enquanto o outro fala. Se assim você fizer, não compreenderá o que ele tem a dizer e, conseqüentemente, sua resposta pode ser inadequada.
- Antes de dar sua opinião, certifique-se de que compreendeu. Você pode fazer isto repetindo o que ouviu para que o outro confirme ou não.
- Não antecipe o que o outro vai dizer. A pessoa sente-se desrespeitada e desvalorizada.
- Tome cuidado para que suas preocupações e preconceitos não integrem sua fala e mudem o sentido do que você gostaria de dizer.
- Cuidado para não selecionar o que ouve, isto é, ouvir só o que lhe convém.
- Quando estiver ouvindo, distinga fatos de opiniões e impressões (VASCONCELLOS *et al.*, 2009, p. 05).

Segundo Baraldi e Souto (2011), o acolhimento é uma alternativa à recepção tradicional, destinado a modificar a organização e funcionamento dos serviços de saúde, indicando alternativas de solução da demanda de todos que procuram o serviço, buscando superar o modelo hegemônico de atenção à saúde médico centrado, por meio da participação de uma equipe multiprofissional e qualificando a relação trabalhador/usuário por meio de parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania.

De acordo com Nery *et al.* (2009) é imprescindível que o cidadão tenha a garantia do direito de acessibilidade ordenada e organizada ao sistema de saúde; tratamento adequado e efetivo para seu problema de saúde; atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, respeitando a sua pessoa, seus valores e seus direitos.

Na saúde, a existência, em nível mundial, de um mercado dominado pelas indústrias de equipamentos e medicamentos, corporações médicas privadas e donos de hospitais, tem influenciado, de maneira definitiva, a hegemonia dos programas baseados em tecnologia “dura”. Sua predominância vem acarretando modelos de prática centrados em um aparato tecnológico altamente sofisticado, de elevados custos e com acesso cada vez mais difícil para o usuário. Utiliza profissionais muito especializados e pouco capazes de perceber a totalidade do processo saúde e doença. Além disso, tem apresentado forte influência na definição dos currículos das instituições de ensino superior, conformando, em geral, um perfil profissional pouco preparado para compreender e intervir em muitas das situações apresentadas pela atual realidade de saúde no Brasil (FERREIRA; WERNECK, 1997 *apud* PINTO, 2000).

No modelo contra-hegemônico representado pelo SUS, procura-se resgatar a relação entre sujeitos sociais, através de conceitos e práticas como acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Parece fundamental a discussão levantada por Merhy (2005), ao analisar a crise no modo de produzir saúde, relacionando o modelo assistencial e

o trabalho médico no Brasil. A ideia de que a tecnologia é uma máquina moderna vem dificultando a compreensão do que venha a ser, realmente, o trabalho em saúde. Este autor propõe a compreensão da tecnologia a partir de três formas distintas e complementares de concebê-la.

Uma primeira, denominada tecnologia “dura”, que é a tecnologia das máquinas ou “ferramentas-máquinas”, que usamos “nas ações de intervenção realizadas sobre os pacientes”, como: equipamentos odontológicos, aparelhos de raio x, instrumentos para examinar o paciente, ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário.

Uma segunda concepção, denominada tecnologia “leve-dura”, ligada à organização e administração de ações e serviços, encontra-se “sempre presente nas atividades de saúde”. É “leve” por compreender todos os conhecimentos adquiridos e saberes profissionais que estão na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles”, e “dura” na medida em que é um saber bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável.

A terceira concepção, denominada tecnologia “leve” é entendida como o processo de relações estabelecidas entre um trabalhador de saúde e de um usuário-paciente. Representa a construção de um processo de relações, “por meio de um trabalho vivo”, em interlocução, possibilitando “falas, escutas e interpretações” que levem à “acolhida, ou não das intenções” colocadas nesta demanda. Propõe um trabalho com... “cumplicidade e responsabilização em torno do problema” a ser enfrentado. Tem como objetivo o estabelecimento de uma relação onde haja “confiabilidade e esperança” e, como consequência, seja possível a existência de relações de vínculo e aceitação (FERREIRA; WERNECK, 1997 *apud* PINTO, 2000).

A ideia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS. É preciso esclarecer a “qual” acolhimento estamos nos referindo, já que algumas dessas experiências inscreveram o acolhimento numa atitude voluntária de bondade e favor, por parte de alguns profissionais, e deram ao nome “acolhimento” alguns significados dos

quais não compartilhamos. Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada:

- Ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável;
- Ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Ambas as noções têm sua importância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo (BRASIL, 2010, p. 16).

Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- Protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- A valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde;
- Uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;
- Elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado);
- Mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população (BRASIL, 2010, p.18).

5.3 A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em saúde bucal coletiva, o paradigma da atenção restrita a escolares do Ensino Fundamental permeia as políticas públicas no Brasil de forma hegemônica, desde meados da década de 1950. Conhecido como “Modelo Incremental de Atenção ao Escolar” e concebido pela Fundação Serviços

Especiais de Saúde Pública - FSESP, na década de 1950, ainda é prática dominante na maioria dos municípios brasileiros (MOYSÉS *et al.*, 2004). Apesar da relevância histórica do modelo incremental para escolares, é inevitável a constatação de seu esgotamento, seja pela ineficácia no controle das afecções bucais, seja pela perversa falta de acesso de grupos de jovens e adultos aos serviços odontológicos (RONCALLI *et al.*, 1999). Fato que confronta gravemente o princípio de acesso universal do SUS (CRUZ *et al.*, 2009).

Os dados de saúde e doença bucal tem sido acompanhados por meio de levantamentos epidemiológicos locais e nacionais. O primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional foi realizado pelo Ministério da Saúde, em 1986, pesquisando dados sobre cárie dentária, doença periodontal e necessidade de prótese nas faixas etárias de 6 -12 anos, 15-19 anos, 35-44 anos e 50-59 anos. Este levantamento foi importante porque, além de ter sido a primeira oportunidade de conhecermos dados de saúde e doença bucal da população brasileira, generalizadamente, mostrou que a população com renda igual ou superior a cinco salários mínimos apresentava melhores condições de saúde bucal (BRASIL, 1988 apud VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Após 10 anos, em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia e Conselho Federal de Odontologia, realizou o segundo levantamento de porte nacional, porém, pesquisando somente a cárie dentária e exclusivamente na faixa etária de 6 -12 anos. Pretendia-se a construção de um referencial para ações preventivas no SUS (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Em 2000, continuando a política de vigilância epidemiológica estabelecida, iniciou-se o levantamento epidemiológico, conhecido como projeto SB BRASIL-2003, mais completo, pela primeira vez contemplando outros municípios além das capitais de estado, e concluído em 2003. A cárie e a doença periodontal seguida das lesões de mucosa continuam causando dor e sofrimento para crianças, adultos e idosos, sobretudo de classe sócio-econômicas menos favorecidas, fenômeno agravado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal. O acesso, quando existe também tem problemas, como a

organização do serviço centrada na doença, com ênfase nos procedimentos cirúrgicos e restauradores (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Assim, a premência de um novo modelo de prática, mais resolutivo, solidário e inclusivo a todos os segmentos populacionais deu força para a inclusão da saúde bucal na ESF. Dentro da ESF, as ESB se empenham em melhorar as condições de saúde bucal das famílias dentro de um território adscrito. Desta forma, pode ser estabelecido maior vínculo com a comunidade da área de abrangência, aumentando a relação equipe/usuários/famílias e melhorando a extensão de cobertura populacional, facilitando o acesso aos serviços de saúde e proporcionando ações de prevenção, promoção e tratamento de agravos, com reflexos positivos sobre os indicadores epidemiológicos e sociais em médio e longo prazos (BRASIL, 1997 *apud* CRUZ *et al.*, 2009).

A ESF, significa a proposta de implementação de uma série de ações que, em acordo com os princípios do SUS, apontem para a reorientação do modelo de atenção, onde a ABS é a porta de entrada do sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, com a garantia dos direitos de acesso à informação e às ações de atenção integral, com referência e contrarreferência aos demais níveis do sistema e com estímulo ao controle social (FARIA *et al.*, 2008).

Os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, controle social, descentralização, resolutividade e humanização orientam a operacionalização das ações e serviços, provocando avanços na qualidade do atendimento e buscando garantir a toda a população acesso aos serviços de saúde de qualidade (CARVALHO; SANTOS, 1995; RONCALLI, 2003 *apud* CRUZ *et al.*, 2009).

“A incorporação oficial das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na estratégia ocorreu em dezembro de 2000, com a publicação da Portaria MS 1.444/2000” (BRASIL, 2000, *apud* CRUZ *et al.*, 2009, p. 09).

Após a publicação das portarias 1444/MS de 28 de dezembro de 2000, e 267/MS de 06 de março de 2001, inicia-se por todo o país a implantação das equipes de saúde bucal: modalidade I – um cirurgião-dentista e um atendente

de consultório dentário e modalidade II – um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental. Essas Portarias vieram preencher uma lacuna na composição das equipes de Saúde da Família, tornando-as mais completas do ponto de vista da atenção integral ao indivíduo (BRASIL, 2000).

Em 2003, o governo federal elaborou e aprovou as “Diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal” (PNSB). Decorrente desta, o “Programa Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério”, teve como metas, ampliar a rede de serviços e aumentar o incentivo financeiro para as equipes de saúde bucal nos municípios, visando:

- a) Expansão do número de equipes de saúde bucal nas modalidades I e II;
- b) A implantação de Laboratórios de Próteses em todo o País;
- c) A criação de condições para que 100% dos municípios com água tratada realizem a fluoretação;
- d) A implantação dos Centros de Referência em Especialidades Odontológicas (CEO) nas áreas a serem definidas por cada região;
- e) A atenção à população penitenciária
- f) O estabelecimento de incentivos diferenciados (50% a mais), para municípios localizados na Amazônia Legal, bem como os com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) abaixo de 0.7 (BRASIL, 2003, p. 11).

Com o nome “Brasil Sorridente”, a PNSB compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (MATOS; TOMITA, 2004).

No âmbito da atenção básica, o maior investimento reside na implantação de equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família e a definição de um novo processo de trabalho (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

5.4 A IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Em relação à saúde bucal, cabe ressaltar que a mudança em seu processo de trabalho, de forma harmônica e sistemática com os interesses dos usuários e dos serviços, representa um desafio já colocado e ainda não alcançado pela profissão odontológica. Neste sentido, sua integração com outras áreas do desenvolvimento humano constitui condição básica para que a mudança aconteça (MATOS; TOMITA, 2004).

A formação, no âmbito dos serviços de saúde, de uma equipe de saúde bucal capacitada, integrada, percebendo a complexidade dos serviços e dos problemas demandados pelos clientes, trabalhando em ambientes reestruturados para uma nova prática, sob o ponto de vista do potencial do aparato tecnológico a ser utilizado, certamente possibilitará intervenções mais eficazes e resolutivas (FERREIRA; WERNECK, 1997 *apud* Pinto 2000).

Durante muitos anos a prática de saúde bucal e sua inserção no SUS, ocorreram de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Essa tendência vem sendo revertida diante dos esforços em promover a integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas, que apontam para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam abordagem familiar e a defesa da vida (CRUZ *et al.*, 2009).

No Brasil, na organização da Atenção Básica, a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em um território definido, é um princípio importante para a concretização do modelo proposto. Essa aproximação, sem dúvida, trouxe como consequência, na maioria das Unidades Básicas, expressivo aumento da demanda espontânea. Assim, tem sido essencial pensar estratégias que garantam os princípios constitucionais do SUS, como a universalidade e o acesso, e portanto, deem resposta à demanda espontânea e, ao mesmo tempo contribuam com a construção de um modelo baseado na priorização do

planejamento das ações de promoção e prevenção. O acolhimento é um bom exemplo de tecnologia que está inserido neste contexto. O acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Segundo Merhy (1997 *apud* CRUZ *et al.*, 2009) só será possível alcançar qualidade no sistema de atenção à saúde se houver uma conformação adequada da relação entre os três tipos de tecnologias. Isto significa que, se o paciente não for considerado em seus valores e necessidades, pouco vai valer todo o arsenal tecnológico. Assim como pouco vai valer ouvir o paciente em suas angústias e ansiedades se não existe nenhum aparato tecnológico de suporte para resolver seus problemas. Ressalte-se ainda, que a abrangência alcançada pela complementaridade destas concepções de prática, deverá possibilitar o alcance de novos padrões de qualidade para os sistemas de saúde, traduzida em resultados, tais como maior controle de riscos de adoecer ou agravar seus problemas.

Em uma sociedade impregnada pela lógica do modelo biomédico, os profissionais da atenção básica enfrentam o desafio de priorizar a promoção e a prevenção de doenças e, ao mesmo tempo, garantir o direito que todos têm de serem atendidos. É na busca de resposta a esse desafio que o acolhimento se aplica à possibilidade de garantir atendimento aos usuários que vão aos serviços de saúde sem constarem nas agendas e contribuir com a viabilização das ações programáticas (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

É no âmbito da ABS, das UBS, e das ações do PSF que se dá o contato preferencial dos usuários com o SUS. As ações de ABS devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Em relação à sua saúde, deve percebê-lo como sujeito capaz de conhecer, compreender, expressar e agir a seu modo e de acordo com sua vivência, devendo, pois, respeitar seus valores, representações e atos, reconhecendo-os como expressão legítima da sociedade da qual se origina. Desta

forma, as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e a redução de danos ou sofrimentos devem basear-se em um processo interativo de escuta e informação, buscando produzir a autonomia possível para sua efetivação (FARIA *et al.*, 2008).

Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais, o que deve ser amplamente discutido entre usuários e trabalhadores de saúde. Compreende-se como o universo de atenção à saúde bucal, toda população da área de abrangência, famílias, grupos e que deverá ser desenvolvida no espaço da Unidade Básica de Saúde e também nos diferentes espaços sociais existentes (BRASIL, 2012).

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) elaborou o documento, “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”. Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente. Destacam-se:

- O cuidado como eixo de reorientação do modelo;
- A Humanização do processo de trabalho;
- A corresponsabilização dos serviços;
- O desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso;
- Desenvolvimento de ações complementares e imprescindíveis voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras (BRASIL, 2012, p. 10).

A equipe de saúde deve desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um.

O Acolhimento pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população.

O Acolhimento constitui-se como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço, não devendo limitar-se ao recebimento da demanda espontânea para identificação de risco ou definição de urgências. Desse modo é que o diferenciamos de triagem. Triagem refere-se a uma filtragem de quem pode e quem não pode ser atendido, baseada nas necessidades dos usuários. Acolher é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar, valorizar as particularidades de cada caso, buscar uma forma de compreendê-lo e solidarizar-se com ele (BRASIL, 2008).

De acordo com a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, as competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal (cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário) que atuam na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família são:

1 - Competências do Cirurgião-dentista:

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 seguimento 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, 2006, p. 09).

2 - Competências do Técnico em Higiene Dental (THD):

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, 2006, p. 11).

3 - Competências do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

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, 2006, p. 13).

Deve haver muito empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, que deve repercutir num movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, numa aproximação entre os diferentes profissionais da equipe e também dessa equipe com a comunidade. A aproximação com o usuário traz a chance de se construir com ele, a autonomia possível para o enfrentamento de seus problemas. Enfim, estabelece-se um novo processo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender (BRASIL, 2006).

Oferecer sempre uma resposta positiva à demanda do usuário, que pode ser ou não um agravo físico, traduz a ideia do acolhimento como diretriz operacional. Em uma sociedade impregnada pela lógica do modelo biomédico, os profissionais da atenção básica enfrentam o desafio de priorizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças e, ao mesmo tempo, garantir o direito que todos têm de serem atendidos. O acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

5.5 O ACOLHIMENTO NA ESB PROMOVENDO A UNIVERSALIDADE DO ACESSO E MELHORIA DA QUALIDADE NA ESF

Os princípios do SUS são amplamente conhecidos. O primeiro deles é a universalidade, ou seja, deve constituir-se de maneira acessível a todos os cidadãos brasileiros. Mas como garantir o acesso universal, atender a todos,

tamanha a demanda que se acumula em nossos serviços? Daí a necessidade de organizarmos nossa Atenção em Saúde Bucal, utilizando-se de critérios para priorização, que permitam realizar a gestão da clínica. Talvez aí resida o grande desafio à incorporação das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. O desafio de tornar as ações em saúde bucal um direito de todos os cidadãos brasileiros, independentemente da idade, escolaridade ou classe social. Um desafio anterior à própria formulação da estratégia de saúde da família, que traz nada além de uma maneira, uma forma de organizar a atenção básica à saúde, consolidando nas ações da prática em saúde bucal, no nível da atenção básica, a validação dos princípios constitucionais do SUS (SILVEIRA FILHO, 2002).

A contraposição ao modelo hegemônico de saúde no Brasil, modelo biomédico e hospitalocêntrico, conduziu à elaboração de diversas propostas, dentre as quais se destacam as ações programáticas de saúde, o acolhimento, a vigilância em saúde, e a promoção da saúde, como estratégias de intervenção que podem auxiliar na concretização dos princípios e diretrizes do SUS. A melhoria da assistência prestada ao usuário também está alicerçada no acolhimento digno de todos os usuários que procuram os serviços de saúde. Logo, o acolhimento pode ser uma das bases para a humanização da assistência nas instituições, a fim de possibilitar resolutividade, vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e usuários, contribuindo na democratização e na melhoria da qualidade da assistência prestada (BECK; MINUZI, 2008).

6 DISCUSSÃO

O acolhimento em saúde vem sendo alvo de inúmeros estudos sobre a importância da implantação de novas estratégias e tecnologias, no sentido de promover à população um serviço com qualidade. Para ofertar atendimento de qualidade é necessário articular os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidados e das condições de trabalho dos profissionais, humanizando a assistência à saúde (BRASIL, 2004). Merhy (1997 apud Cruz *et al.*, 2009), concorda ao relatar que só será possível alcançar qualidade no sistema de atenção à saúde se houver uma conformação adequada da relação entre os três tipos de tecnologias.

De acordo com Pessanha e Cunha (2009) e Brehmer e Verdi (2010), a ESF incorporou novos elementos para a reorientação do processo de trabalho em saúde, destacando-se as tecnologias de saúde como o acolhimento, a produção do vínculo, a autonomização e a gestão compartilhada dos processos de trabalho como orientadoras das práticas em serviços de saúde. Enfatizam estes autores que o acolhimento se propõe a reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário.

Na organização da ABS tem sido essencial pensar estratégias que garantam os princípios constitucionais do SUS, como a universalidade e o acesso, e, portanto, deem resposta à demanda espontânea e, ao mesmo tempo, contribuam com a construção de um modelo baseado na priorização do planejamento das ações de promoção e prevenção (BRASIL, 2010). Em contrapartida a este pensamento, Vasconcelos *et al.* (2009) relatam que apesar dos grandes esforços, portarias e resoluções, além da abertura de formação continuada aos profissionais, o que se percebe na realidade é a ausência de ações realmente eficazes em relação às demandas, fato este muitas vezes relacionado a um número inadequado de profissionais e principalmente à necessidade de maiores investimentos em saúde preventiva e curativa, fazendo

com que a maioria dos serviços de saúde continuem reproduzindo a organização tradicional da assistência.

Reforçando a colocação acima, cita-se Franco *et al.* (1999) que ressaltam a necessidade de repensar a forma de acolhimento, já que este tem a potencialidade de inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, favorecendo o atendimento de todas as pessoas que procuram os serviços, possibilitando a acessibilidade universal. Nery *et al.* (2009), concordam ao dizer que é imprescindível que no momento do acolhimento o profissional consiga captar as necessidades singulares de saúde do indivíduo, estabelecendo laços de confiança e vínculos. Tal entendimento vai de encontro ao pensamento de Silveira Filho (2002) que já relatava a necessidade de mudar significativamente a forma como é realizado o acolhimento. Já Faria *et al.* (2008) demonstram que o atual modelo assistencial e de acolhimento está falido, pois perpetua o entendimento de curar a doença, resolver o problema, enquanto que a essência da ESF deveria estar relacionada à manutenção da saúde. O problema é mais grave ao discutir prioritariamente a saúde bucal.

Conforme colocado por Pinto (2000) e Silveira Filho (2002) ao tratar a saúde bucal dentro da ESF, o maior desafio é primeiramente atender à demanda, que devido ao número insuficiente de profissionais e ao grande tempo dispensado aos tratamentos, dificulta bastante o sucesso das ações de acolhimento. Matos e Tomita (2004) vão de encontro a este entendimento e percebem que a inserção da saúde bucal dentro da ESF melhorou bastante o quadro de saúde bucal no Brasil, porém as ações ainda estão muito relacionadas a estudantes (crianças e adolescentes), fazendo com que a demanda dos sujeitos adultos fique prejudicada.

Uma frase que agregou bastante neste estudo foi colocada por Silveira Filho (2002, p. 02), que diz: “a própria forma de se pensar a saúde bucal em saúde pública passa pela mudança de enfoque da Odontologia Preventiva e Social para a Saúde Bucal Coletiva”. A demanda e a saúde bucal coletiva devem andar juntas, pois as ações de tratamento são fundamentais hoje, já que o número de

indivíduos com problemas bucais é enorme e paralelamente a esta demanda é necessário ações efetivas de saúde bucal coletiva, para que aconteça uma redução realmente importante sobre o número de indivíduos com necessidades de tratamento.

Tal entendimento é reforçado por Oliveira *et al.* (2008) que retratam que o Brasil possui uma grande demanda de tratamento, devido à falta de ações realmente efetivas de autocuidado, corresponsabilização e empoderamento dos indivíduos e neste sentido, é preciso que existam ações educativas e de tratamento, reduzindo o número de pacientes e maximizando o número de indivíduos que cuidam.

Para Beck e Minuzi (2008) o Brasil ainda deve avançar e muito em relação às estratégias e tecnologias de acolhimento, mas é preciso reconhecer que houveram grandes avanços, mas ainda faltam profissionais capacitados, tornando-se necessário aumentar o número destes. Em relação à PNSB, definida por Matos e Tomita (2004), como um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, é preciso seja realmente voltada não prioritariamente para crianças em idade escolar, mas para toda a população.

Dentre as dificuldades encontradas para a implantação do acolhimento se sobressaíram as seguintes categorias: o despreparo dos profissionais, o processo de trabalho e a formação profissional centrados nos moldes tradicionais, a falta de financiamento do sistema e a inadequação de área física nas instituições de saúde (MATOS; TOMITA, 2004).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção da saúde bucal na ESF, significou um grande avanço na oferta de tratamentos odontológicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém é necessário ressaltar que o padrão de acolhida aos cidadãos usuários e aos cidadãos trabalhadores da saúde nos serviços de saúde é um grande desafio no percurso de construção do SUS.

Houve avanços e conquistas, porém existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços, no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário e o trabalhador da saúde são acolhidos nos serviços públicos de saúde.

Com base nos estudos sobre demanda espontânea e programada nas ESF's concluiu-se que:

- Houve grandes avanços, no entanto a demanda programada atual é baseada principalmente em alunos da rede pública de ensino, fazendo com que ainda seja superficial em relação à abrangência das ESF.
- Outro aspecto de grande relevância é em relação à demanda espontânea, que ocorre quando o paciente já está em um estado avançado de doenças bucais, não havendo desta forma uma consciência preventiva por parte deste e da ESF;

Já em relação à eficiência das atividades preventivas e curativas desenvolvidas nas ESF's concluiu-se que:

- Os estudos demonstraram que as atividades preventivas e curativas ocorrem principalmente para os alunos da rede pública. Com a criação do Programa Brasil Sorridente, as ações de saúde bucal estão se estendendo à toda população, mas ainda faltam muitas lacunas a serem preenchidas.
- Ficou claro ainda que, devido à falta de planejamento, o público assistido

pelas UBS e ESF não tem acesso de qualidade ao serviço de saúde bucal, primeiramente por falta de conhecimento e em segundo pelo atraso no tratamento devido principalmente ao número ainda insuficiente de profissionais;

Em relação o acolhimento dentro da Saúde Bucal concluiu-se que:

- A saúde bucal dentro das ESF veio possibilitar à população um atendimento de qualidade, pautado no entendimento de saúde integral, onde acolhimento e tratamento iriam possibilitar grandes avanços na saúde bucal coletiva e a priorização de grupos de risco social e epidemiológico.
- Após alguns anos de implantação, é possível perceber que o acolhimento ainda não é o ideal, porém possibilita a humanização do acesso aos serviços de saúde, mas é preciso capacitar melhor os profissionais principalmente em relação à saúde bucal coletiva e as políticas de governo que atualmente não são relacionadas somente a crianças em idade escolar, consigam atingir toda a população.
- A saúde bucal no Brasil evoluiu bastante com a inserção deste serviço dentro da ESF, porém, é necessário ressaltar que ainda faltam estruturas adequadas que possibilitem a universalidade e a integralidade da assistência e profissionais qualificados principalmente em relação à saúde bucal coletiva, e é neste sentido que devem acontecer os avanços, para que futuramente possamos ter realmente uma saúde de qualidade.

Portanto, o estudo possibilitou o entendimento da necessidade de cursos de aperfeiçoamento para os profissionais, adequação da área física, buscar a redução da demanda por problemas bucais e principalmente, a implementação de uma política de saúde bucal coletiva, com acompanhamento adequado e valorização do sujeito.

REFERÊNCIAS

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 01, p. 10-17, Jan/Abr. 2011. Disponível em: <http://www.nepas.org.br/abcs/v36n1/36abcs10.pdf>. Acesso em: 10 de Ago. de 2012.

BASTOS, L. G. C. **Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência a Saúde. **Revista Saúde**, Santa Maria, vol. 34^a, nº 1-2, p. 37-43, 2008.

BESSEN, C. B. *et al.* A Estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan-abr. 2007.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil** (1988). Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL, **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais** - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 03 de Ago. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde/Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed.pdf. Acesso em: 12 de Ago. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanizasus. **Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS**. 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico.pdf. Acesso: 12 de Ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488**, de 21 de Out. de 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 12 de Ago. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Revista de Ciência Saúde Coletiva**, vol. 15, supl. 3, Rio de Janeiro, Nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032. Acesso em: 15 de Ago. De 2012.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde** (8.080/90 e 8.142/ 90). (2ª ed.). Hucitec, São Paulo, 1995.

CRUZ, D. B. *et al.* **Processo de trabalho na ESF: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal**. 2009. Disponível em: www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/download/380/199. Acesso em: 23 de Jul. de 2012.

FARIA, H. *et al.* **Modelo Assistencial em Saúde**. Unidade didática I: Organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 2, 1999.

MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos polos de capacitação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nov/dez, 2004.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Botucatu**, vol. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

MOYSES, S. J.; MOYSES, S. T. ; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2004, vol.9, n.3, pp. 627-641. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300015>.

NERY, A. A. *et al.* Concepção de saúde: visão de adolescentes do ensino Fundamental de um município da Bahia. **Rev. Saúde. Com.** 5(1): 17-30, 2009.

OLIVEIRA, L., TUNIN, A., SILVA, F.. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Revista de APS**, América do Norte, 11, nov. 2008. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/394/133>. Acesso em: 05 Nov. 2012.

PESSANHA, R. V.; CUNHA, F. T. S. **A aprendizagem trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia saúde da Família**. Enfermagem, Florianópolis, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/05.pdf>. Acesso em: 29 de Jul. de 2012.

PINTO, V. G.. **Saúde bucal coletiva**. 4ª ed. Santos, São Paulo, 2000.

RONCALLI, A. G. *et al.* Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*, Brasília, DF, v. 2, n. 2, p. 8-14, jan./mar. 1999. [Links]

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. **Política de saúde - Brasil.** IBGE. Departamento de Emprego e Rendimento, 1998.

SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n. 6, p. 36-43, dez. 2002.

VASCONCELOS, M; GRILLO, M. J.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica a Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Editora UFMG – Nescon UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.