

Giselle Cabral da Costa

Atendimento Integralizado na Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal de Minas Gerais: perspectiva ou
realidade

Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2008

Giselle Cabral da Costa

Atendimento Integralizado na Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal de Minas Gerais: perspectiva ou
realidade

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre no Curso de
Pós-Graduação em Odontologia, área de
concentração Saúde Coletiva.

Faculdade de Odontologia - UFMG.

Orientadoras:

Profª Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira

Profª Dra. Andréa Maria Duarte Vargas

Faculdade de Odontologia - UFMG

Belo Horizonte

2008

C837a

2008

T

Costa, Giselle Cabral da

Atendimento Integralizado na Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal de Minas Gerais: perspectiva ou realidade /
Giselle Cabral da Costa

73 fls.:il.

Orientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira

Co-orientadora: Andréa Maria Duarte Vargas

Dissertação(Mestrado)- Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Odontologia

1.Acolhimento – Teses. 2. Assistência Odontológica Integral -
Ética – Teses I. Ferreira , Efigênia Ferreira e II. Vargas, Andréa
Maria Duarte. III.Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade
de Odontologia. IV. Título

BLACK D047

AGRADECIMENTOS

À Deus,

“... a força Dele, quando quer – moço! – me dá o medo pavor! Deus vem vindo: ninguém não vê. Ele faz é na lei do mansinho – assim é o milagre”.

João Guimarães Rosa – Grande Sertão: Veredas.

Agradeço à minha orientadora Efigênia, que com sua sutileza soube entender meus limites concretos e emocionais pelo caminho. Muito obrigada, Fi... pelo olhar transbordante de *Acolhimento*.

Agradeço à minha co-orientadora Andréa, pelo carinho, pelo apoio e prontidão em momentos chave, muito obrigada.

Agradeço à minha família.

Aos meus pais, pelas suas metades que me completam...

À minha Mãe, pela sensibilidade artística, pela sensibilidade ao outro, pela influência holística, pelo gosto à arte, pelo exemplo de força e coragem de mulher.

Ao meu Pai, pela influência científica, pelo entusiasmo e apoio profissionais, pela sede de conhecimento, pela força de trabalho, pelo exemplo de retidão e caráter.

Ao meu irmão Eduardo pelo aconchego do ombro de irmão mais velho...

Aos meus irmãos Hermano, Augusto, pelo amor espontâneo...

À Titi pela alegria, doação e suporte emocionais...

Ao Paulo, pela compreensão da minha ausência, pelo apoio incondicional, pelo carinho desprendido mesmo quando não pude retribuí-lo. Pelo afeto, pelo sorriso, pelo afago e pelo motivo.

Meu amor por vocês move o mundo em mim.

À querida Regina Augusta C. Andrade, minha amiga e dupla, colo e cúmplice de mestrado! Obrigada por tudo!

Ao grande amigo, Alexandre Fortes Drummond pelo incentivo, confiança, apoio, exemplo e carinho. Pelo ombro, pela oportunidade e pelo convite de adentrar em sua família como filha, irmã, amiga e colega.

Ao meu querido amigo Adriano Porto Peixoto, pelo exemplo, pela doação, pela amizade verdadeira, pela presença constante mesmo com toda distância que a vida nos impôs... irmão por escolha.

Aos amigos de Bauru, Elisa Marinho, Heloísa Borges, Omar Gabriel, Araci Malagodi, Túlio Lara que são exemplos de pessoas e profissionais. Admiração, gratidão e laços eternos.

Aos colegas, funcionários, alunos e professores que prontamente participaram desta pesquisa, e àqueles que contribuíram de qualquer outra forma.

Aos professores, funcionários, pacientes e amigos do Centrinho, HRAC/USP, que certamente influenciaram a minha forma de ver o mundo, e a forma de vivê-lo.

À FAPEMIG pelo apoio financeiro e confiança depositados nesta pesquisa.

Ao Departamento de Odontologia Social e Preventiva, à Pós-graduação e à Faculdade de Odontologia pela confiança e respeito desprendidos.

Muito obrigada,

Giselle.

“O *TUDO* é algo dinâmico e vivo que constantemente começa a existir
‘em manifestações concretas’. A parte, por sua vez, é uma
manifestação do todo e não apenas um componente dele. Um não
existe sem o outro. O todo existe por manifestar-se continuamente nas
partes e as partes existem como encarnações do todo”.

Goethe

RESUMO

O princípio de Integralidade como atributo das práticas assistenciais de saúde abarca valores e dimensões articuladas como: acolhimento, vínculo e responsabilização, e qualidade da atenção. Na vertente acolhimento, a atitude do profissional de saúde frente a sua conduta clínica ou frente à sua equipe de trabalho requer cuidado, respeito, responsabilidade e referenciais ético-humanísticos. O processo reflexivo construído a partir de então, produz outro entendimento sobre o acolhimento que pode ser percebido também como uma estratégia de reorganização dos serviços. Esta estratégia propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde priorizando a necessidade dos usuários em detrimento ao *modus operandi* anterior, médico-centrado. Em uma instituição de ensino odontológico, objetivou-se avaliar estes preceitos na prática assistencial e em seu instrumento pedagógico. Como recurso norteador para avaliação da Integralidade, dimensão Acolhimento, utilizou-se uma estratégia metodológica proposta por Silva Júnior e Mascarenhas, em 2004. Foram entrevistados pacientes, alunos, funcionários e professores desta instituição e um estudo qualitativo, com uma análise de dados a partir do Discurso do Sujeito Coletivo, foi desenvolvido. O maior desafio encontrado no aspecto *Acesso Organizacional*, relacionou-se à disponibilidade de vagas aos usuários. Dentro do item *Postura Profissional*, observou-se uma insatisfação de todos os grupos quanto à relação estabelecida entre as pessoas da equipe. Quanto aos *Aspectos Técnicos*, o grande problema encontrado diz respeito à dificuldade de estabelecer um verdadeiro trabalho em equipe entre as clínicas de referência e contra referência. A partir destes achados, ficou evidente a real necessidade de mudança do perfil de todos atores envolvidos no processo ensino/assistência dentro da Instituição uma vez que seu papel assistencial e pedagógico dentro do contexto Acolhimento está combatido.

Palavras-chave: Integralidade. Acolhimento. Ensino. Avaliação em Saúde. Discurso do Sujeito Coletivo.

Care Integrality at the Dental School of the Universidade Federal de Minas Gerais (Brazil): Fostering in teaching clinical practice.

ABSTRACT

The principle of integrality as an attribute of healthcare practice encompasses values and dimensions such as fostering, ties, accountability and quality care. The attitude of the healthcare professional with regard to his/her clinical conduct and work team requires care, respect, responsibility and ethical-humanistic references. The reflexive process thereby established produces a different type of understanding with regard to fostering, which can also be perceived as a strategy for reorganizing healthcare services. This purpose of this strategy is to invert the mindset of the organization and functioning of the healthcare service, prioritizing the needs of the clientele over the previous physician-centered *modus operandi*. The aim of the present study was to assess these precepts in the care and teaching practices at a dental school. As a guiding force for the assessment of integrality focused on fostering, the methodological strategy proposed by Silva Júnior & Mascarenhas (2004) was employed. Patients, students, employees and teachers at this institution were interviewed and a qualitative study was carried out, with data analysis based on the Discourse of the Collective Subject. The greatest challenge encountered in the Organizational Access aspect was related to the capacity to offer care to more clients. Within the Professional Stance item, dissatisfaction was observed among all groups regarding the established relationship between team members. Regarding the Technical Aspects, the greatest problem encountered concerns the difficulty in establishing true teamwork between the referral and counter-referral clinics. From these findings, there is a real need to change the profile of all those involved in the teaching/care process at the institution, as its role in offering care and teaching within the context of a fostering attitude is inevitably weakened.

Keywords: Integrality. Fostering. Teaching. Healthcare Assessment. Discourse of the Collective Subject.

LISTA DE QUADROS E ORGANOGRAMA

Quadro 1 - Marco Teórico Orientador da Metodologia (Dissertação)	25
Quadro 1 - Marco Teórico Orientador da Metodologia (Resultados – Artigo)	36
Organograma 1 – Construção do Sujeito Coletivo	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CASEU	- Centro de Apoio, Seleção e Encaminhamento do Usuário
CES	- Câmara de Educação Superior
CIAP	- Clínica Integrada de Atenção Primária
CIAP	- Clínicas Integradas de Atenção Primária
CNE	- Conselho Nacional de Educação
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
COEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
DCN	- Diretrizes Curriculares Nacionais
DSC	- Discurso do Sujeito Coletivo
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
LDB	- Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MG	- Minas Gerais
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS 11

2 OBJETIVO 23

3 METODOLOGIA 24

4 RESULTADOS 27

4.1 ARTIGO 1 - Atendimento Integralizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais: Acolhimento na prática clínica de ensino.

5 COMENTÁRIOS FINAIS 53

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 54

APÊNDICES 60

ANEXOS 66

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

“A saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental...” (Declaração de Alma-Ata, 1978). A Conferência Internacional de Alma-Ata, mola propulsora de um conceito mais abrangente do processo saúde-doença, supera o paradigma da saúde como ausência de doença e torna-se um marco na história da saúde pública mundial. Tal conceito influenciou fortemente todas outras conferências mundiais que buscavam uma reformulação de suas bases sociais no campo da saúde.

No Brasil, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) estabelece inúmeras proposições de reforma sanitária para a orientação do processo de transformação do setor saúde. A expressão ‘reforma sanitária’ foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças envolviam todo o setor saúde com a intenção de melhoria das condições de vida da população, a partir de uma mobilização reivindicatória pautada na necessidade popular de direito e cidadania. Nos debates prévios à VIII CNS, toda esta tônica ganha corpo e durante a conferência consolida-se um conceito ampliado de saúde - resultado de condições de "habitação, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde" (Brasil, 1986).

Um ano depois, em 1987, teve início a Assembléia Nacional Constituinte que legitimou todas propostas reformistas em andamento, entre elas, a criação de um sistema único para a saúde (Brasil, 1987). As estratégias para viabilização das propostas da VIII CNS passavam por três aspectos: criação das bases jurídicas (Constituições Federal e Estadual, leis orgânicas), mobilização da opinião pública e setores organizados e criação do Sistema Unificado e Descentralizado de

Saúde, o SUDS, precursor do SUS, Sistema Único de Saúde (Brasil, 1988). A conceituação dos serviços de saúde como públicos e fundamentais para a população foi uma importante consideração feita pela VIII CNS, transformando a saúde em direito assegurado na Constituição Federal Brasileira de 1988.

O SUS, pautando-se nos princípios da VIII CNS, e portanto, na Reforma Sanitária, representou a materialização da nova concepção acerca da saúde no país. Apresenta como princípios organizacionais a descentralização dos serviços, a hierarquização, a regionalização e a participação social. A interdependência entre estes princípios é grande fazendo com que somente a estruturação de um proporcione a existência do outro (Brasil, 1988).

O desejo de construir um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade, acontece de forma paralela ao processo de redemocratização no nosso país. A democratização da saúde implicava na democratização do Estado e comprometia-se com ideais libertários e com emancipação dos sujeitos na busca de modos de vida mais saudáveis (Paim, 2007). O importante passo político para o SUS consistiu no reconhecimento pela sociedade de que o direito à saúde se insere entre os direitos fundamentais do ser humano e que é dever do Estado a sua garantia. Direito à saúde significa a garantia de:

condições de vida digna e de acesso universal e igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando o desenvolvimento pleno ao ser humano, em sua individualidade. (Brasil, 1988).

A Constituição Federal Brasileira, em 1988, aponta como uma de suas diretrizes o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 1988). A expressão integralidade não é citada literalmente na Constituição Federal, mas a diretriz proveniente desta abordagem integral, associada a valores e preceitos de atendimento humanizado, com

cuidado e acolhimento passa a existir como princípio das práticas em saúde e educação a partir de 1990, com a Lei 8.080. A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 (Brasil, 1990), dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços. Esta lei define como princípios doutrinários do SUS a Universalidade do acesso, a Equidade e a Integralidade, sendo o último definido como “um 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”. Assim, este princípio busca assegurar uma atenção com ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.

O princípio de integralidade compreende mais amplitude de significados que aquele, obviamente aureliano, lhe confere: ser integral, global, totalitário. Para Mattos (2001), integralidade implica em uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos. De fato, a evolução política do contexto saúde se faz após uma evolução reflexiva prévia com a mudança de paradigma saúde/doença. O modelo hegemônico biotecnista, médico-centrado e fragmentado não responde mais pelas causas do processo de adoecimento de um indivíduo ou coletividade. Assim, a visão integral com o reconhecimento do indivíduo como ser político, social e cultural, inserido em seu contexto de vida e trabalho, torna-se fundamental para entender o processo saúde/doença.

A integralidade, segundo Camargo Jr, (2001), é uma expressão tão rica de significados que nem ao menos pode ser determinada por um conceito. Pode ser delineada por um conjunto semântico, ou agrupamento de idéias e valores cognitivos e políticos que fragilmente traz em si uma pluralidade de significados e que potencialmente torna-se “imagem-objetivo” de valores e práticas em saúde e educação. Apesar de seu caráter polissêmico inclusive no âmbito das políticas de saúde no país, a integralidade como micropolítica é assumida como uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e

oferta, em planos distintos de atenção à saúde. No plano individual — onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual; e no plano sistêmico — onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos devam ser considerados (Pinheiro, 2001).

Mattos (2001) organiza o princípio de integralidade em três grandes conjuntos. O primeiro grupo diz respeito a atributos das práticas dos profissionais de saúde, com a compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente requer ao buscar a atenção de um profissional. Dessa forma, a integralidade deveria se manifestar através de uma boa prática biomédica entre todos profissionais de saúde no âmbito público ou privado. O segundo grupo refere-se a atributos da organização dos serviços com a intenção de ampliar a prática assistencial a ações integrais em saúde coletiva. O terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde da população ou de grupos específicos (contexto de macropolítica).

No contexto da micropolítica, a integralidade como atributo de uma prática em saúde está relacionada a alguns aspectos (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Mattos, 2004; Araújo, Miranda e Brasil, 2007):

- a) atenção no indivíduo, na família e na comunidade;
- b) visão integral do ser humano, não fragmentada em partes e especialidades;
- c) valorização dos aspectos cotidianos da vida do paciente;
- d) compreensão da inserção de cada indivíduo num dado contexto familiar, social, cultural;
- e) referencial de valores relacionados a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária;
- f) reconhecimento da importância do diálogo, permitindo que as diversas vozes dos atores envolvidos se façam ouvir;
- g) práticas intersubjetivas — profissionais de saúde relacionando-se com sujeitos, não com objetos.

Em relação aos atributos das organizações dos serviços podemos ressaltar (Brasil, 2008; Araújo, Miranda e Brasil, 2007):

- a) a forma de organizar o processo de trabalho em saúde, de modo a satisfazer as necessidades de saúde da população,
- b) o acesso a técnicas de diagnóstico e tratamento necessárias para uma maior resolutividade da atenção.

O termo 'integralidade' como atributo das práticas profissionais de saúde e da organização dos serviços, é um valor de difícil avaliação, dada a sua polissemia abrangente. Para avaliação da integralidade, assistencial e educacional, Silva Júnior e Mascarenhas (2004) propõem um modelo teórico orientador a partir de três dimensões: *acolhimento*, incluindo o acesso do usuário, a postura e técnica profissional e reorientação de serviços; o *vínculo/responsabilização*, incluindo a afetividade estabelecida, a relação terapêutica e também a reorientação do serviço; a *percepção sobre a qualidade da atenção*, incluindo a conduta profissional e a relação paciente-profissional.

As relações estabelecidas entre o profissional em saúde e o usuário criam um espaço intercessor de desenvolvimento de subjetividades no qual a produção de saúde deverá sustentar-se, preferencialmente no território das tecnologias leves (Merhy, 1997b). Neste espaço, criar *vínculo* será estabelecer relações próximas que possam sensibilizar o profissional em saúde com a demanda dos usuários. Segundo Campos (1997), o vínculo estabelecido entre os usuários do serviço de saúde e os profissionais envolvidos, amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. O espaço intercessor deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e aspira. A relação de vínculo, uma vez estabelecida, também implica em *responsabilização*. A responsabilização profissional acontece a partir do momento que ele assume o compromisso com o seu paciente em seu diagnóstico e conduta para resolução do devido problema em saúde (Merhy,

1997b). Esta atitude de responsabilização do profissional, nem burocratizada e nem impessoal, aliada ao vínculo estabelecido entre os atores aumenta a chance de atingir o êxito da abordagem integral em saúde durante a prática clínica, ou seja, potencializa o processo terapêutico entre os usuários, os trabalhadores e gestores do sistema (Santos e Assis, 2006).

Um dos autores que mais se aproxima de uma proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é Avedis Donabedian, que vem publicando uma série de importantes trabalhos para a literatura médica nos últimos 20 anos. Em relação à *qualidade da atenção*, Donabedian (1988), considera que para avaliação da qualidade dos serviços de saúde deve-se considerar alguns componentes que conformam o programa de saúde: a estrutura, o processo e os resultados. A observação da estrutura corresponde ao que é estável ao sistema, como os atributos materiais e organizacionais, por exemplo: disponibilidade de instalações, equipamentos e recursos humanos. A observação do processo refere-se aos procedimentos utilizados no controle dos recursos humanos, por exemplo: a forma de cuidado com o doente, a identificação do problema com a formulação de um diagnóstico. A observação dos resultados é feita através das mudanças produzidas no estado de saúde final, ou às mudanças do comportamento do indivíduo. Para o mesmo autor a qualidade da atenção pode ser definida pela capacidade do tratamento de alcançar o melhor equilíbrio entre os riscos e benefícios de saúde, levando em consideração alguns fatores como, a expectativa e os valores individuais de cada paciente.

Dentro do modelo teórico orientador proposto por Silva Júnior e Mascarenhas (2004) a integralidade também pode ser compreendida a partir de sua dimensão acolhimento. Merhy (1997a) afirma que acolhimento é a relação humanizada da assistência. O acolhimento como ato de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, de “estar com” ou seja, uma atitude de inclusão (Brasil, 2006). A proposta do acolhimento é, então, um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde. No entanto não devemos

restringir o conceito de acolhimento apenas à recepção do usuário. “O acolhimento, na porta de entrada, só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde” (Brasil, 2006).

De acordo com Merhy (1997a), o acolhimento pode ser definido como a humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários ou, ainda, segundo Ramos e Lima (2003), como a atitude dos profissionais de saúde em se colocar no lugar do usuário para sentir suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema capaz de atender àquelas demandas.

O acolhimento é uma ação que direciona a relação profissional/usuário através de parâmetros éticos, técnicos e humanitários. Acolher é operar processos de trabalho em saúde com escuta e iniciativa de resposta aos aspectos subjetivos e técnicos do problema em saúde do usuário (Brasil, 2004). O acolhimento não é um espaço, mas uma postura ética que se constrói, não estabelecendo uma etapa do processo e sim, o próprio processo em si. Tornar prática a ação de acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de fazer saúde como:

- reorganizar o 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 resolução do problema do usuário.
- mudar estruturalmente a forma de gestão da unidade ampliando os espaços democráticos de discussão/ decisão, os espaços de escuta, trocas e decisões coletivas.
- criar atitude de escuta e compromisso oferecendo respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário. (Brasil, 2004)

Dessa forma o acolhimento pode ser entendido também como uma estratégia de reorganização dos serviços em saúde que propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde colocando em primeiro lugar a

necessidade dos usuários (Franco, Bueno e Merhy, 1999). Assim, garante o acesso universal com acolhimento, escuta e resolutividade, reorganiza o processo de trabalho a partir de uma equipe multiprofissional e qualifica a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanizados. Para estes autores a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, só acontecem quando há a construção de uma relação profissional/paciente com acolhimento e vínculo, responsabilidades compartilhadas.

Dentro de todos estes contextos da Integralidade, Mattos (2004) nos convida a um aprofundamento da reflexão quanto aos protocolos ou rotinas que vão se estabelecendo no processo de produção em saúde. “Há que se compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde e as pessoas”, ou seja, não podemos deixar de refletir diante de cada indivíduo e de cada ambiente de trabalho, nos colocando como parte de uma prática em saúde ativa e em construção. Profissionais (trabalhadores) como sujeitos da ação.

Entendendo a lógica de raciocínio de que a Integralidade (princípio doutrinário do SUS) agrega valores de acolhimento (estratégia de reorganização dos serviços em saúde), compreende-se o quanto a implantação do SUS necessita de mudanças no campo da saúde brasileira relacionadas às alterações técnico-assistenciais e na formação de profissionais da área; “cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Brasil, 1988). Essa proposta nos leva à discussão das questões relacionadas à formação do profissional em saúde, especialmente para o princípio de atenção integral em todos os níveis, e de atenção global, humanizada, com integralidade; também nos faz refletir como estes profissionais de saúde percebem a repercussão e importância destes princípios na reorganização dos processos de trabalho em saúde nas respectivas instituições de ensino.

Tradicionalmente, o ensino em Odontologia esteve por muito tempo orientado pelo modelo biomédico, pautado em produções individuais e verticalizadas de saúde,

submetendo o paciente a condições de submissão e vulnerabilidade social. Segundo Gonçalves e Verdi (2005), normalmente o paciente da clínica de ensino é considerado um objeto com necessidades de tratamento, que vão sendo alocados de acordo com a demanda das diferentes disciplinas por determinados procedimentos. Outros autores também encontraram estes aspectos em seus estudos (Paixão, Campos e Lima, 1981; Paiva de Minas, 2002) e argumentaram a urgência das instituições de ensino adotarem referenciais éticos e humanísticos em suas práticas pedagógicas e assistenciais (Matos, 2006).

A importância da postura ética e humanizada dos profissionais em formação associada a uma atitude mais resolutiva, menos fragmentada e super especializada foi levantada, em 1988, com o projeto Educação Médica nas Américas -1ª Conferência Mundial de Educação Médica - Edimburgo/ Escócia. Este projeto propõe várias mudanças no ensino médico com o objetivo de priorizar a promoção da saúde e prevenção de doenças e de organizar novo currículo voltado à realidade social:

A investigação científica continua proporcionando valiosas recompensas. O homem, entretanto, além da ciência, possui necessidade de saúde próprias da espécie, quer coletivas, quer individuais, que os educadores de saúde devem reafirmar. (...) a educação médica deve se preocupar com a qualidade dos cuidados à saúde, com a prestação humanitária de serviços de saúde e com o seu custo global para a sociedade. (World Federation for Medical Education, 1988)

O projeto de Educação Médica das Américas aconteceu há vinte anos atrás, concomitantemente à implantação do SUS em nosso país. Embora, tenha sido elaborado na Escócia por profissionais de saúde ligados à instituições de ensino de vários países, e há algum tempo atrás, seus preceitos são atuais e plenamente compatíveis ao momento político de amadurecimento em que se encontra o SUS e suas doutrinas e diretrizes no Brasil. Chaves e Rosa (1990) também relatam em

seus estudos a importância da formação abrangente e humanizada dos alunos de graduação na área de saúde e acrescentam:

[...] o curso de graduação não deve corresponder ao preparo para a especialização. [...] as faculdades devem proporcionar uma formação integral que assegure, também, uma sólida base ética e uma atitude humanitária e de serviço à comunidade. O estudante de medicina deve desenvolver atitudes e valores que envolvam o ato médico na dimensão humana e ética que devem caracterizá-lo. (Chaves e Rosa, 1990).

A necessidade de formação de profissionais em saúde cientes destes princípios se faz, e o disparo acontece, no Brasil, através da reformulação dos projetos pedagógicos das Universidades Nacionais. Em 2002, o Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior, através da Resolução CNE/CES, instituem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Odontologia (Brasil, 2002). Estas diretrizes surgiram em um momento político carente de uma reavaliação do ensino superior que buscava a superação das concepções conservadoras e do conteudismo dos Currículos Mínimos previstos pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira em 1996 (Brasil, 1996). Houve também a intenção de que as DCN se aproximassem mais das orientações do sistema público de saúde, buscando maior compromisso na formação dos profissionais de saúde diante de seu papel social. As DCN para o curso de graduação em Odontologia sinalizaram para a formação de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, e de levar em conta a realidade social. O artigo 4º ressalta as competências gerais necessárias ao novo profissional: “tomada de decisões, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente”. Determina ainda as competências e habilidades específicas para o profissional a ser formado (Brasil, 2002):

Atenção à saúde: ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de

pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia foram importantes, pois concretizaram politicamente as mudanças necessárias no processo de formação em saúde dos alunos de graduação em Odontologia. O ensino de futuros profissionais que se vejam co-partícipes de um sistema público de atenção em saúde atende ao desafio da contemporaneidade na produção de conhecimento, como observam Feuerwerker e Sena (1998):

O processo de formação de pessoas capazes de enfrentar os problemas da realidade implica numa ação educativa dinâmica e dialética visando desenvolver capacidade cognitiva, habilidades e atitudes que os faça conscientes da realidade humana e social e capazes de produzir transformações.

A integralidade como valor assistencial deveria tornar-se instrumento pedagógico dos profissionais de saúde em suas instituições de ensino, uma vez que as Diretrizes Curriculares propõem profissionais com visão integral (Mattos, 2004). Nesse sentido, passa a ser compromisso das Universidades de Saúde, por meio dos dirigentes, corpo docente, alunos e funcionários, estabelecerem projeto educacional que materialize condutas de integralidade em níveis assistencial e educacional.

O convite à reflexão foi feito pelas DCN, porém as mesmas diretrizes garantem a autonomia das Faculdades para transformar em ações todos os preceitos de integralidade e humanização em sua prática de saúde e ensino. Esta autonomia é importante para direcionar sem cercear. No entanto torna-se desafio para as instituições de ensino estabelecer as estratégias de avaliação em saúde que possam elucidar sua situação atual e, a partir de então, propor metas e ações concretas de transformação (Feuerwerker, 2004).

As análises e avaliações no campo da saúde, nos últimos anos, têm focado a atenção na realização de estudos macroinstitucionais, voltados para o exame da “política setorial”, por exemplo: centralização *versus* descentralização. Entretanto, um número menor de estudos buscam aprofundar a relação da população com os serviços de saúde, no que refere-se a uma política de saúde em situação microinstitucional (Pinheiro e Luz, 2003). Dessa forma o estudo sobre os atores e suas práticas no cumprimento do princípio da integralidade, no contexto de reforma do sistema, dentro dos serviços de saúde, ganha pertinência, pois a produção do conhecimento sobre a integralidade das ações de saúde está acontecendo nos espaços onde ela deveria se materializar.

[...] os serviços de saúde constituem cenário vivo, onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas, gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde.”
(Pinheiro e Luz, 2003)

Com base nestes conceitos relativos ao compromisso humano e à questão do processo de ensino-aprendizagem, pretende-se ponderar em que nível o princípio de integralidade, com ênfase no acolhimento, está realmente sendo utilizado como instrumento pedagógico e como prática assistencial na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

2 OBJETIVO

Avaliar a prática assistencial e pedagógica da Faculdade de Odontologia da UFMG com relação à Integralidade, tomando a dimensão 'Acolhimento' como marco teórico norteador.

3 METODOLOGIA

Diversas estratégias para avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas nas últimas décadas. Hartz (2000) sugere a utilização da pesquisa avaliativa como estratégia metodológica, pois esta abordagem considera a perspectiva de diferentes atores e contribui para obtenção de uma visão mais ampla e consistente do objeto de estudo. Para se conhecer e aprofundar neste universo nada mais propício que a pesquisa qualitativa, levando em consideração o universo de significados, aspirações e valores dos sujeitos envolvidos (Minayo, 1994).

O universo deste estudo compreendeu os professores, pacientes, funcionários e alunos das Clínicas Integradas de Atenção Primária (CIAPs) da Faculdade de Odontologia da UFMG. Desde a última reformulação do projeto pedagógico em 1992, existem cinco CIAPs distribuídas do quarto ao oitavo períodos letivos. As CIAPs realizam o atendimento clínico em atenção básica e de acordo com o sistema estabelecido, representam a porta de entrada do paciente ao serviço de saúde na Faculdade de Odontologia. Por esta razão, a CIAP é o espaço de práticas integrais em saúde, prioritariamente, fazendo com que as demais clínicas de especialidades funcionem como referência para encaminhamentos. O projeto de pesquisa foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP) sob o protocolo nº 270/07 (ANEXO A). Todos os participantes da pesquisa assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido após leitura, compreensão e aceite dos mesmos (APÊNDICES C,D,E,F).

Foram selecionados como voluntários professores, pacientes, funcionários (assistentes de clínica) e alunos das CIAPs da Faculdade de Odontologia da UFMG, por conveniência, num intervalo de um mês. Os segmentos escolhidos são

de fundamental importância, pois representam todos os atores envolvidos no desenvolvimento da prática clínica de ensino.

O método utilizado para obtenção dos dados foi a entrevista gravada, com roteiro semi-estruturado, realizada em local reservado dentro da Faculdade. A entrevista semi-estruturada permite que o depoente possa ultrapassar a resposta objetiva e direta de determinado tema acessando dados de caráter subjetivo como idéias, crenças, maneiras de pensar, sentimentos e comportamento (Minayo, 2004; Trivinos, 1996). O critério de saturação das respostas obtidas determinou o número de participantes e representou uma lógica social de cada segmento entrevistado (Fontanella, Ricas e Turato, 2008). A amostra obtida, então, totalizou 22 participantes distribuídos da seguinte forma: 5 professores, 5 pacientes, 3 funcionários (assistentes de clínica) e 9 alunos (um aluno do CIAP 1, um aluno do CIAP 2, três alunos do CIAP 3, três alunos do CIAP 4, um alunos do CIAP 5). Um estudo piloto foi aplicado em um participante de cada segmento da pesquisa, para aperfeiçoamento e teste da metodologia.

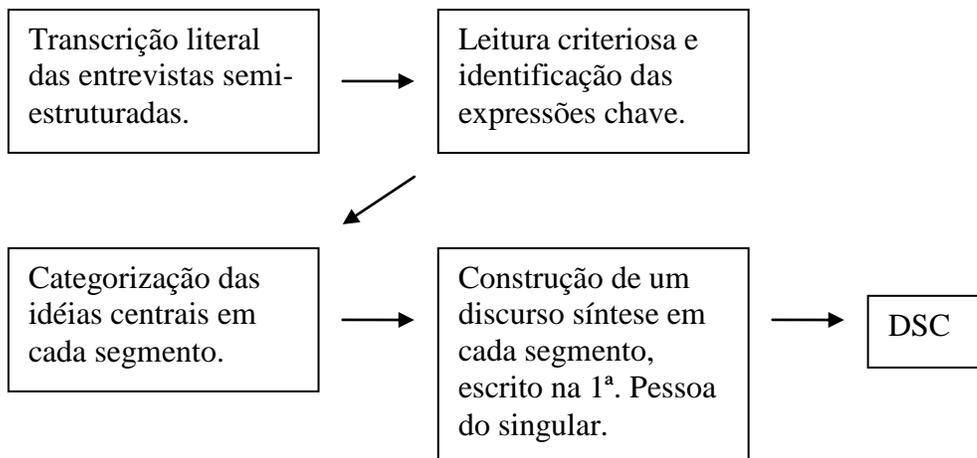
Confeccionou-se um roteiro de perguntas (APÊNDICE A, B) que contemplasse as dimensões do acolhimento conforme Silva Júnior e Mascarenhas (2004). A escolha do marco teórico orientador da metodologia foi definido pela grande capacidade objetiva e esclarecedora com que os autores categorizaram as dimensões da Integralidade, constituindo parte deste estudo, o primeiro item de avaliação, o acolhimento.

Quadro 1- Marco Teórico Orientador da Metodologia - Adaptado de Silva Júnior e Mascarenhas, 2004.

Acolhimento	
Acesso ao serviço	Geográfico
	Organizacional
Postura profissional	Escuta
	Atitude profissional – usuário
	Relação intra-equipe
Aspectos técnicos	Trabalho em equipe / Interdisciplinaridade
	Capacitação dos profissionais
	Aquisição de tecnologias, saberes e práticas

Para análise dos dados utilizou-se uma estratégia metodológica em pesquisa qualitativa denominada “Discurso do Sujeito Coletivo” (DSC). Após transcrição literal das fitas, fez-se uma leitura criteriosa com a identificação das expressões chave contidas nas respostas dos participantes. O agrupamento das respostas por assuntos ou expressões-chave permitiu a categorização de idéias centrais em um único discurso, construindo um pensamento coletivo a respeito de cada tema (Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, 2000).

Organograma 1: Construção do Discurso do Sujeito Coletivo:



O DSC consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade através de um discurso-síntese emitido por pessoas distintas, ou seja, através da extração das idéias centrais semelhantes, agrupadas e emitidas na 1ª pessoa do singular.

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO

Atendimento Integralizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais: Acolhimento na prática clínica de ensino.

Care Integrality at the Dental School of the Universidade Federal de Minas Gerais (Brazil): Fostering in teaching clinical practice.

Atendimiento Integralizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Minas Gerais: Acogimiento en la práctica clínica de la Educación Odontológica.

Giselle Cabral da Costa*

Efigênia Ferreira e Ferreira**

Andréa Maria Duarte Vargas**

* Aluna de mestrado em Odontologia, área de concentração Saúde Coletiva.

** Professoras adjuntas da Faculdade de Odontologia da UFMG. Departamento de Odontologia Social e Preventiva.

Endereço: Av. Antônio Carlos. 6627
Faculdade Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais
UFMG - Campus Pampulha
CEP: 31 270-901

Contato: Giselle – gikosta@yahoo.com.br
Profª. Efigênia: efigenia@uai.com.br
Profª. Andréa: vargasnt@task.com.br

Resumo

A Integralidade como atributo das práticas assistenciais abarca valores e dimensões articuladas como: acolhimento, vínculo e responsabilização, e qualidade da atenção. Na vertente acolhimento, a atitude do profissional de saúde frente a sua conduta clínica ou frente à sua equipe de trabalho, requer cuidado, respeito, responsabilidade e referenciais ético-humanísticos. Em uma instituição de ensino odontológico, objetivou-se avaliar estes preceitos na prática assistencial e em seu instrumento pedagógico. Como recurso norteador para avaliação da Integralidade, dimensão Acolhimento, utilizou-se uma estratégia metodológica proposta por Silva Júnior e Mascarenhas, em 2004. Foram entrevistados pacientes, alunos, funcionários e professores desta instituição. Um estudo qualitativo, com uma análise do Discurso do Sujeito Coletivo, foi desenvolvido. O maior desafio encontrado no aspecto *Acesso Organizacional*, relacionou-se à disponibilidade de vagas aos usuários. Dentro do item *Postura Profissional*, observou-se uma insatisfação de todos os grupos quanto à relação estabelecida entre as pessoas da equipe. Quanto aos *Aspectos Técnicos*, o grande problema encontrado diz respeito à dificuldade de estabelecer um verdadeiro trabalho em equipe entre as clínicas de referência e contra referência. A partir destes achados, ficou evidente a real necessidade de mudança do perfil de todos atores envolvidos no processo ensino/assistência dentro da Instituição uma vez que seu papel assistencial e pedagógico dentro do contexto Acolhimento está combalido.

Palavras-chave: Integralidade. Acolhimento. Ensino. Avaliação em Saúde. Discurso do Sujeito Coletivo.

Abstract

The principle of integrality as an attribute of healthcare practice encompasses values and dimensions such as fostering, ties, accountability and quality care. The attitude of the healthcare professional with regard to his/her clinical conduct and work team requires care, respect, responsibility and ethical-humanistic references. The aim of the present study was to assess these precepts in the care and teaching practices at a dental school. As a guiding force for the assessment of integrality focused on fostering, the methodological strategy proposed by Silva Júnior & Mascarenhas (2004) was employed. Patients, students, employees and teachers at this institution were interviewed and a qualitative study was carried out, with data analysis based on the Discourse of the Collective Subject. The greatest challenge encountered in the Organizational Access aspect was related to the capacity to offer care to more clients. Within the Professional Stance item, dissatisfaction was observed among all groups regarding the established relationship between team members. Regarding the Technical Aspects, the greatest problem encountered concerns the difficulty in establishing true teamwork between the referral and counter-referral clinics. From these findings, there is a real need to change the profile of all those involved in the teaching/care process at the institution, as its role in offering care and teaching within the context of a fostering attitude is inevitably weakened.

Keywords: Integrality. Fostering. Teaching. Healthcare Assessment. Discourse of the Collective Subject.

Resumen

La Integralidad como atributo de las prácticas asistenciales abarca valores y dimensiones articuladas como: acogimiento, vínculo y responsabilidad, y calidad de atención. En la vertiente acogimiento, la actitud del profesional de salud frente a su conducta clínica o frente a su equipo de trabajo, requiere cuidado, respeto, responsabilidad y referencias ético-humanísticas. En una institución de educación odontológica, fue objetivo evaluar estos preceptos en la práctica asistencial dentro del instrumento pedagógico. Como recurso norteador para evaluación de la Integralidad, dimensión Acogimiento, se utilizó una estrategia metodológica propuesta por Silva Júnior y Mascarenhas, en el 2004. Fueron entrevistados pacientes, alumnos, trabajadores y docentes de esta institución. Un estudio cualitativo, con un análisis del Discurso del Sujeto Colectivo, fue desarrollado. El mas grande problema encontrado en lo que se refiere al *Acceso Organizacional*, se relaciono a la disponibilidad de citas para los usuarios. Dentro del aspecto de la *Actitud Profesional*, se observo una insatisfacción de todos los grupos tanto en la relación establecida entre las personas del equipo. En cuanto a los *Aspectos Técnicos*, el gran problema encontrado fue la dificultad de establecer un verdadero trabajo en equipo entre las clínicas especializadas y las clínicas de atención básica. A partir de estos resultados, se puso en evidencia la real necesidad de cambio del perfil de todas las personas envueltas en el proceso educación/asistencia dentro de la Institución una vez que su papel asistencial y pedagógico dentro del contexto Acogimiento está muy deficiente.

Palabras clave: Integralidad. Acogimiento. Educación Odontológica. Evaluación en Salud. Discurso del Sujeto Colectivo.

Introdução

Integralidade é um conjunto semântico que fragilmente traz em si uma pluralidade de significados e que potencialmente torna-se “imagem-objetivo” de valores e práticas em saúde e educação. (Camargo Jr, 2001). A palavra integralidade, rica em conceitos e valores, anseia por uma definição mais simples, que a torne menos subjetiva/cognitiva e mais objetiva/concreta. Nesse sentido, faz-se necessária uma contextualização histórica do surgimento desta ‘bandeira de luta’ no Brasil (Mattos, 2004; Pinheiro e Mattos, 2001).

A Constituição Federal Brasileira, em 1988, aponta como uma de suas diretrizes o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. (Brasil, 1988). De fato, a expressão integralidade não é citada literalmente na Constituição Federal, mas a diretriz proveniente desta abordagem integral, associada a valores e preceitos de atendimento humanizado, com cuidado e acolhimento pôde ser postulada como estratégia nas práticas em saúde e educação a partir de 1990 com a Lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde. Esta lei definiu como um dos seus princípios doutrinários a [integralidade](#), que é o conjunto contínuo e articulado de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade (Brasil, 1990).

Devido a este contexto abrangente do princípio integralidade, Mattos (2004, 2001) o organiza em três grandes conjuntos. O primeiro refere-se a atributos das práticas dos profissionais de saúde; nele a integralidade é exercida através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente requer ao buscar a atenção de um profissional. O segundo grupo diz respeito à característica da organização dos serviços e o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde da população (macropolítica).

No espaço da micropolítica - integralidade como atributo de práticas integrais de saúde e organização de serviço - Silva Júnior e Mascarenhas (2004) agregam conceitos articulados

como: acolhimento, vínculo/responsabilização, e qualidade da atenção na construção dos processos de trabalho e dos modelos tecnoassistenciais.

O acolhimento, tônica deste estudo, foi definido por Merhy (1997), como a humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários ou, ainda, segundo Ramos e Lima (2003), como a atitude dos profissionais de saúde em se colocar no lugar do usuário para sentir suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema capaz de atender àquelas demandas.

Além da definição, enquanto prática assistencial, Franco, Bueno e Merhy (1999) definem o acolhimento como estratégia para inverter a lógica da organização e funcionamento do serviço de saúde colocando em primeiro lugar a necessidade dos usuários. Dessa forma garante a todas as pessoas acessibilidade universal com escuta, acolhimento e resolutividade; reorganiza o processo de trabalho a partir de uma equipe multiprofissional e qualifica a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários. Os mesmos autores reconhecem que a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, só acontecem quando há a construção de uma relação profissional/paciente com acolhimento e vínculo, responsabilidades compartilhadas.

Para Silva Júnior. e Mascarenhas (2004, p 243), o acolhimento “é um dos atributos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde”. Estes autores propõem a reflexão sobre o acolhimento em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação dos serviços. A dimensão *postura* pressupõe a forma com que os profissionais de saúde recebem, escutam e tratam humanizadamente os usuários e suas necessidades. Nesse momento pode ser construída uma relação de confiança e de mútuo respeito e interesse. Nesta dimensão ainda avaliamos a atitude dos profissionais diante de sua equipe (relação intra-equipe) e entre equipe-usuário. O acolhimento como *técnica* cria instrumentos para geração de procedimentos e ações organizadas que facilitarão o atendimento e escuta, permitirão a aquisição de saberes e a divisão de responsabilidades participativas que resultam em um trabalho em equipe sem fragmentação permitindo a interdisciplinaridade. O acolhimento, como reorientador de

serviços supervisiona o modo de organização das necessidades em saúde reformulando o processo de trabalho e pontuando problemas para obtenção de soluções e respostas (Malta, 2001).

Como um quarto atributo relacionado ao acolhimento, Silva Júnior e Mascarenhas (2004) também incorporaram a idéia de acesso aos serviços. Consideram que o conjunto de circunstâncias que viabilizam o acesso, ou seja, a entrada de cada usuário na rede de serviços em seus diferentes níveis de complexidade, também dimensiona o acolhimento de uma instituição de saúde. O acesso aos serviços representa uma importante etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da resolução de uma necessidade de saúde (Matumoto, 1998).

É possível observar uma importante mudança de foco da prática de saúde: de uma relação verticalizada de prestação de serviços de saúde para uma relação mais humanizada e usuário-centrada. Esta reflexão produz uma reorganização dos processos de trabalho em saúde e conseqüentemente repercute nas respectivas instituições de ensino (Franco, Bueno e Merhy, 1999).

Tradicionalmente, o ensino em Odontologia esteve por muito tempo orientado pelo modelo biomédico, considerando o paciente como objeto de ensino (Paiva de Minas, 2002; Paixão, Campos e Lima, 1981) sem referenciais éticos e humanísticos em suas práticas pedagógicas e assistenciais (Matos, 2006). As Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 2002), reflexo da reforma sanitária, e da consolidação do SUS, foram importantes neste sentido e concretizaram politicamente as mudanças necessárias no processo de formação em saúde dos alunos de graduação em Odontologia. O ensino de futuros profissionais que se vejam co-partícipes de um sistema público de atenção em saúde atende ao desafio da contemporaneidade na produção de conhecimento, como observam Feuerwerker e Sena:

o processo de formação de pessoas capazes de enfrentarem os problemas da realidade implica numa ação educativa dinâmica e dialética visando desenvolver capacidade cognitiva, habilidades e atitudes que os faça conscientes da realidade humana e social e capazes de produzir transformações (Feuerwerker e Sena, 1998, p.5-6).

Com base nestes conceitos relativos ao compromisso humano e à questão do processo de ensino-aprendizagem, e com base no modelo teórico apresentado por Silva Júnior e Mascarenhas (2004), pretende-se ponderar em que nível o princípio de integralidade – dimensão acolhimento, está realmente sendo utilizado como instrumento pedagógico e como prática assistencial em uma instituição de ensino superior em Odontologia no Estado de Minas Gerais.

Metodologia

Diversas estratégias para avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas nas últimas décadas. Hartz, (2000) sugere a utilização da pesquisa avaliativa como recurso metodológico, pois esta abordagem considera a perspectiva de diferentes atores e contribui para obtenção de uma visão mais ampla e consistente do objeto de estudo. Para se conhecer e aprofundar neste universo, nada mais propício que a pesquisa qualitativa, levando em consideração o universo de significados, aspirações e valores dos sujeitos envolvidos (Minayo, 2004).

O universo deste estudo compreendeu os professores, pacientes, funcionários e alunos das Clínicas Integradas de Atenção Primária (CIAPs) da Faculdade de Odontologia da UFMG. Desde a última reformulação do projeto pedagógico em 1992, existem cinco CIAPs distribuídas do quarto ao oitavo períodos letivos. As CIAPs, realizam o atendimento clínico em atenção básica e de acordo com o sistema estabelecido representam a porta de entrada do paciente ao serviço de saúde na Faculdade de Odontologia. Por esta razão, a CIAP é o espaço de práticas integrais em saúde, prioritariamente, fazendo com que as demais clínicas de especialidades funcionem como referência para encaminhamentos. O projeto de pesquisa foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP) sob o protocolo nº 270/07. Todos os participantes da pesquisa assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido após leitura, compreensão e aceite dos mesmos.

Foram selecionados como voluntários professores, pacientes, funcionários e alunos das CIAPs da Faculdade de Odontologia da UFMG, por conveniência, num intervalo de um mês. Os segmentos escolhidos são de fundamental importância, pois representam todos os atores envolvidos no desenvolvimento da prática clínica de ensino.

O método utilizado para obtenção dos dados foi a entrevista gravada, com roteiro semi-estruturado, realizada em local reservado dentro da Faculdade. A entrevista semi-

estruturada permite que o depoente possa ultrapassar a resposta objetiva e direta de determinado tema acessando dados de caráter subjetivo através de idéias, crenças, maneiras de pensar, sentimentos e comportamento (Minayo, 2004; Trivinos, 1996). O critério de saturação das respostas obtidas determinou o número de participantes e representou uma lógica social de cada segmento entrevistado (Fontanella, Ricas e Turato, 2008). A amostra obtida, então, totalizou 22 participantes distribuídos da seguinte forma: 5 professores (um professor por CIAP), 5 pacientes (1 paciente por CIAP), 3 funcionários (assistentes de clínica) e 9 alunos (um aluno CIAP 1, um aluno CIAP 2, três alunos CIAP 3, três alunos CIAP 4, um alunos CIAP 5). Um estudo piloto foi aplicado em um participante de cada segmento da pesquisa, para aperfeiçoamento e teste da metodologia.

Confeccionou-se um roteiro de perguntas que contemplasse as dimensões do acolhimento conforme Silva Júnior e Mascarenhas (2004). A escolha do marco teórico orientador da metodologia foi definido pela grande capacidade objetiva e esclarecedora com que os autores categorizaram as dimensões da Integralidade, constituindo parte deste estudo, o primeiro item de avaliação, o acolhimento (Quadro 1):

Quadro 1: Aspectos observados na dimensão Acolhimento

Acolhimento	
Acesso ao Serviço	Geográfico
	Organizacional
Postura Profissional	Escuta
	Atitude profissional – usuário
	Relação intra-equipe
Aspectos Técnicos	Trabalho em equipe / Interdisciplinaridade
	Capacitação dos profissionais
	Aquisição de tecnologias, saberes e práticas

Adaptado de Silva Júnior e Mascarenhas, 2004.

A análise dos dados obtidos foi realizada a partir de uma estratégia metodológica em pesquisa qualitativa denominada “Discurso do Sujeito Coletivo” (DSC). O DSC consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade através de um discurso-síntese emitido por pessoas distintas, por meio da extração das idéias centrais semelhantes. A transcrição literal das entrevistas semi-estruturadas seguida da leitura

critérioria possibilita a identificação das expressões chave nas respostas dos participantes. O agrupamento das respostas por assuntos ou expressões-chave permite a categorização de idéias centrais em um discurso síntese, construindo um pensamento coletivo único a respeito de cada tema. (Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, 2000).

Resultados e Discussão

Os resultados serão descritos de acordo com as categorias adotadas para a avaliação do acolhimento: **Acesso ao Serviço, Postura Profissional e Aspectos Técnicos** (Silva Júnior e Mascarenhas, 2004). Os discursos coletivos estão relatados por grupos de pacientes, de funcionários, de alunos e de professores.

Com relação à categoria **Acesso ao Serviço**, considerou-se para análise os aspectos geográficos e organizacionais, incluindo neste último as idéias centrais sobre o agendamento de consultas, sobre o fluxo de encaminhamentos e sobre o tempo de tratamento.

Acesso ao Serviço para os pacientes

“Eu só tomo um ônibus para chegar aqui. O deslocamento é fácil porque moro perto. Quando venho do meu trabalho pego dois ônibus. Fiquei sabendo do atendimento por meu cunhado que trata aqui. Eu vim para a emergência, pedi para abrirem uma ficha e continuei a tratar. O SUS passou na minha casa e perguntou se eu queria tratar aqui, aí me chamaram com 30 dias. Sou mecânico de um professor que me arrumou uma vaga, mas já sabia do atendimento da faculdade. Meu tratamento já terminou, mas estou aqui hoje para a emergência. Trato desde 2003. Meu tratamento começou na Faculdade antiga. Já tratei em 3 clínicas. O encaminhamento foi rápido, não foi tão demorado quanto eles falam. Agora estou em manutenção. Eu queria indicar alguém para tratar, mas é difícil conseguir vaga. Podia disponibilizar mais vagas. Tenho parentes, vizinhos e amigos que não conseguem vaga aqui. Tinha que melhorar.

Acesso ao Serviço para os funcionários

A maioria vem de ônibus. Ficam sabendo do atendimento na Faculdade pelo ‘boca-a-boca’. Existe um convênio com o SUS, então a maioria vem encaminhada pelo posto de saúde. Apesar do convênio não ser com todos postos de saúde tem paciente que tem sorte, chega aqui pela primeira vez de qualquer posto e consegue tudo. Já outros não conseguem

nada. Os pacientes ficam, em média, um semestre em tratamento na atenção básica, mas dependendo da necessidade ele vai sendo encaminhado para outra clínica. O encaminhamento é feito por formulário e vai para o CASEU (Centro de Apoio, Seleção e Encaminhamento do Usuário) e demora. A demanda é grande e o número de vagas é menor. Quando eles precisam de dentística e periodontia demora mais. Quando o aluno atende bem, faz um encaminhamento direito. Quando ele não atende bem o paciente perde o encaminhamento e fica rodando cada hora numa clínica sem resolver o problema. Eles ficam muitos anos em tratamento porque os alunos não sabem fazer encaminhamentos. No CIAP (Clínica Integrada de Atenção Primária) dependendo do aluno e do professor que atendem, os pacientes conseguem terminar o tratamento. O paciente vem com ânsia de resolver tudo e fica a mercê da boa vontade do aluno. Não há comunicação entre as clínicas, aí o paciente fica lá toda vida na fila de espera. Quando recomeça o tratamento tem que começar tudo de novo.

Acesso ao Serviço para os alunos

Normalmente ele vem de ônibus. Ele vem encaminhado pelo posto de saúde e a faculdade liga marcando. Tem paciente que é antigo na faculdade, não sei como foi o acesso dele aqui. Eu já atendi uma paciente que começou o tratamento aqui porque veio na emergência. Acho que o paciente fica bastante tempo tratando aqui na faculdade. O problema é que eles têm necessidade de encaminhamento para clínica de periodontia, endodontia, prótese, dentística e não conseguimos vaga. Para a dentística III, a fila é muito grande. Às vezes ele espera tanto tempo para ser chamado que o caso dele muda, aí não serve para o CIAP mais. A gente pega as fichas e vê que eles estão há muito tempo tratando e retratando. No semestre passado a ficha de uma paciente não foi encaminhada para lugar nenhum, aí ela ficou um ano sem atendimento. Já recebi paciente que foi encaminhado errado e ficou um ano esperando e quando eu fui reencaminhar foi muito sofrido, pois a espera causou a quebra e a perda do dente. A demora também é devido ao processo de aprendizado. Os encaminhamentos são com algum atraso, mas infelizmente dentro do contexto da Faculdade. Às vezes o custo impossibilita o tratamento, às vezes o patrão não deixa faltar toda segunda-feira.

Acesso ao Serviço para os professores

O deslocamento dos pacientes é na maioria das vezes de ônibus. Geograficamente eles estão próximos, mas não conseguem vir caminhando. A gente percebe que no fim do mês tem um número maior de faltas dos pacientes por causa da falta do dinheiro para passagem. A primeira vez da maior parte dos pacientes é através do encaminhamento de um centro de saúde através do convênio com o SUS. No CASEU são encaminhados para as disciplinas. Eles vêm também por outras portas como a demanda livre. No CIAP, fazemos a atenção básica e tendo alta ele vai sendo referenciado para clínicas de especialidades, por meio de ficha de encaminhamento e na alta são encaminhados para a clínica de manutenção do tratamento (CIAP V). Um paciente com necessidade média pode ter seu tratamento de atenção básica concluído em um semestre. Existem pacientes antigos que para tratamento global tratam aqui há 13 anos e nunca têm alta. São os pacientes crônicos e não são poucos. Não há uma preocupação com a resolutividade nas clínicas. Na maior

parte das clínicas a fila é demorada. Não temos a contra referência por isso não sei dizer quanto tempo eles ficam na fila, talvez um ano.

Todos os segmentos reconhecem que a proximidade geográfica é relativa já que o deslocamento dos pacientes acontece por meio de transporte coletivo. Alguns alunos e professores comentam também, que o custo do deslocamento às vezes impede o comparecimento do paciente. Esta preocupação quanto ao acesso geográfico já foi externada em 1974, quando Bravo classificou como parâmetro ideal de proximidade ao serviço de saúde uma caminhada de no máximo vinte a trinta minutos. Aspectos como o custo do transporte coletivo e tempo de espera por esse, também foram considerados por este autor. As realidades relatadas pelos segmentos corroboram estes obstáculos apontados na década de 70.

Percebemos que a queixa principal dos usuários diz respeito ao número de vagas e a oportunidade para conseguí-las. A Faculdade de Odontologia localiza-se na regional Pampulha, definida geograficamente pela Prefeitura de Belo Horizonte, e atende os pacientes cadastrados pelo SUS encaminhados pelos centros de saúde das regionais Pampulha, Norte e Venda Nova. Recentemente existe um questionamento do Conselho Municipal de Saúde quanto a esta territorialização, pois existem pessoas fora desta área adstrita que gostariam de ter acesso aos serviços de referência oferecidos na Faculdade. Estas questões estão ainda sendo discutidas pelos conselheiros e Secretaria Municipal de Belo Horizonte.

Os pacientes entrevistados não se queixam tanto quanto ao fluxo e encaminhamentos entre as clínicas. Porém, em uma pesquisa realizada em 2002, nesta mesma instituição, Paiva de Minas encontra um maior grau de insatisfação quanto à demora do fluxo e para o término dos tratamentos. Esta discordância de resultados pode estar relacionada a diferenças na metodologia aplicada em relação ao nosso estudo, uma vez que as entrevistas realizadas por Paiva de Minas foram no domicílio do entrevistado. Outro aspecto que pode justificar esta diferença de resultados diz respeito a mudanças na estrutura organizacional ocorridas no CASEU, com reflexos no atendimento. Algumas alterações internas com maior controle de

listas e encaminhamentos ou modificações em metodologias da prática clínica, como o uso de instrumentos rotatórios na endodontia, podem ter contribuído para a melhora nas filas de espera para as clínicas de referência.

Para os funcionários, alunos e professores, o maior problema do acesso diz respeito ao fluxo e tempo de tratamento dos pacientes. Os funcionários relatam que existem falhas dos alunos nos encaminhamentos, os alunos relatam que as clínicas de referência não disponibilizam vagas e concordam que alguns colegas não se comprometem tanto na responsabilidade de encaminhar devidamente seu paciente. Os professores acrescentam ainda que o funcionamento do sistema não está totalmente livre de intercorrências burocráticas. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) ressalta a necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem à demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema. Considerando o aspecto funcional do acesso aos serviços, os autores Ramos e Lima (2003), Unglert (1995) e Adami (1993) também levantaram a necessidade de existência de oferta de serviços adequados às demandas da população. No nosso estudo, percebemos a reflexão dos segmentos quanto à insatisfação do serviço prestado, no entanto a ausência de ação está atrelada na negação da responsabilidade de cada um.

Os alunos levantam uma questão importante quando relatam a dificuldade dos pacientes de se inserirem em um tratamento odontológico longo levando em consideração sua rotina de vida e trabalho. Vários fatores são considerados obstáculos à utilização dos serviços como custo, localização, forma de organização, demora para obtenção do atendimento. Frenk, em 1985, já dizia que estes fatores inseridos em contextos pessoais de vida e trabalho, infelizmente podem inviabilizar um tratamento. Percebe-se que a preocupação dos alunos quanto a estas dificuldades denota um pouco mais de atenção com o outro e não apenas com a sua atividade clínica.

Na categoria **Postura Profissional**, foram observadas as idéias centrais quanto aos aspectos da escuta, relação profissional-usuário e relação intra equipe.

A Postura Profissional para os pacientes

No início eu fiquei meio perdida, mas fui muito bem recebida. Não tive informação de como era o tratamento, mas fui bem tratada. Eu acho que a gente precisava de mais informação. Você sabe né, o brasileiro não tem muita informação das coisas, é preciso saber onde procurar para fazer reclamação; só quando cheguei nessa última clínica me informaram do custo do tratamento. Quando alguém me pergunta como é para tratar aqui eu não sei o que dizer. Estou até tentando vaga para o meu filho, mas não sei como fazer. Eu percebo um bom relacionamento entre todos na clínica.

A Postura Profissional para os funcionários

Quando eles passam pelo CASEU ficam sabendo em qual clínica é o atendimento, mas às vezes ele nem passa pelo CASEU, e aí é recebido bem mal porque as informações são muito desconstruídas, são passadas erradas até por telefone. Os pacientes acabam vindo até aqui sem precisar vir. Alguns alunos se preocupam mais com o paciente, que outros. Falta conscientização, que tem que partir da pessoa, está na cultura dela; ele deveria tratar o paciente como se fosse parente dele. Não existe um bom relacionamento entre os professores, alunos e funcionários com algumas exceções. Os alunos não valorizam os funcionários, mas o funcionário também não se valoriza. As coisas que são impostas não são bem aceitas. Mexer com pessoas tem que ter flexibilidade. Tem alunos adoráveis e tem alunos que pisam na gente, aí cria conflito.

A Postura Profissional para os alunos

Na primeira vez ele fica perdido aí fora, ele tem que comparecer mas não sabe a quem procurar e fica aguardando aí fora ansioso. Aí a gente chama para o atendimento. Acho que as informações que eu passo para alguns pacientes são claras mas não são suficientes porque não dá tempo. A maioria já conhece alguém que trata aqui aí eles já chegam um pouco informados. O CASEU também ajuda. Ela me perguntou sobre custo e sobre a fila de espera nos encaminhamentos e eu não soube responder. Quando ela começou aqui não foi bem instruída, não sabia que tinha manutenção para fazer, mas foi informada que podem faltar no máximo duas vezes senão perdem a vaga. Eles têm liberdade de justificar as faltas, mas ficam constrangidos de falar de custo de deslocamento. Sempre há diálogo. O relacionamento com os pacientes é muito bom. No resto da equipe, existe um bom relacionamento na medida do possível. Entre alunos e professores é melhor. Não tenho um bom relacionamento com a professora mas tento contornar para não afetar o paciente. A relação com as “meninas da roseta” (funcionárias) é ruim porque queríamos mais dedicação delas. No geral os relacionamentos intra-equipe são satisfatórios.

A Postura Profissional para os professores

A recepção aqui na Faculdade começa primeiro pela portaria e depois pelo CASEU. Depois vem a recepção do acadêmico, e depois o nosso. O acolhimento aqui deveria ser compartilhado. O nosso prédio é grande sem muita sinalização, é difícil se direcionar. Não existe acolhimento na chegada do paciente na primeira vez. É uma meta. Nós temos falta de recursos humanos para isso, mas precisamos desse profissional. O estudante deveria ser treinado para acolher e informar mas ele não sabe como as coisas funcionam, então não seria um bom acolhedor. Isso é uma proposta para o novo currículo e/ou projeto de

extensão. No CASEU as pessoas são treinadas para serem atenciosas, mas não é acolhimento, não é um momento de escuta é um guichê de informações. A disciplina tem muito mais preocupação em fazer um diagnóstico e planejamento integrais. Mas não há um momento de recepção do paciente. O entrosamento entre aluno, profissional e funcionário acontece, mas parece que nunca é o ideal. Com o paciente, o aluno estabelece melhor relação. Do ponto de vista pessoal há bom relacionamento intra-equipe. Há respeito pessoal, mas não há convívio, não há integração. Acho difícil, mas deveríamos ter um bom relacionamento entre as clínicas integradas e as clínicas de referência. Quando você tem um bom relacionamento ele é pessoal entre um professor e outro, não entre as disciplinas Os alunos não têm respeito pelas funcionárias. Os alunos as tratam com descaso e às vezes até falta de educação.

Para o grupo de usuários o grande problema está na obtenção de informações. Os segmentos de funcionários, alunos e professores também reconhecem a deficiência de informação e de recepção deste paciente, mas não se percebem parte do processo e acreditam que a responsabilidade está fora do seu próprio grupo. Deste modo, nenhum dos segmentos relatou a existência ou inexistência de momentos de escuta. Esta atitude por parte do profissional permitiria um momento de liberdade para troca de informações. A postura de escuta cria a oportunidade de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário. Uma postura profissional menos formal e indiferente também constrói oportunidades mais profundas de acesso a queixas e expectativas do paciente (Silva Júnior e Mascarenhas, 2004; Malta, 2001). Assim como Adami (1993) e Perez e Ibarra (1985), observou-se que inexistente a qualidade das informações sobre a doença, o tratamento indicado, e a relação de interesse estabelecida pelo profissional que o atende.

Apesar disto, a relação entre os alunos e pacientes é considerada satisfatória para todos os entrevistados. No entanto, os funcionários, os alunos e professores relatam uma dificuldade de relacionamento intra-equipe. Os professores se queixam da falta de relação e integração entre as clínicas de referência e contra-referência. Durante as entrevistas realizadas, um dos professores fala: “... existe um conflito entre duas correntes no próprio corpo docente, a visão do ponto vista populacional, do sistema público, e a visão tecnicista que tem apenas o indivíduo como foco. Como essas duas correntes não conseguem conviver, nem nós professores conseguimos conviver, dicotomizou-se também a atenção.” Esta fala ilustra bem a falta de integração entre o corpo docente e está relacionada a diferenças ideológicas, na instituição. Os diferentes modos de pensar e compreender a atenção à saúde não se

integram, não se complementam, não se valorizam e o pior, se excluem como forma de alcançar um objetivo assistencial e de ensino.

Os funcionários e os alunos externaram sua insatisfação com a relação estabelecida entre estes grupos. Alunos apontam como problema o descompromisso dos funcionários com o horário de trabalho causando um sentimento de desrespeito e desvalorização recíprocos. Observa-se uma reprodução de uma hierarquia social vigente, alimentada pelo capitalismo e pela estrutura econômica dos países em desenvolvimento, quase um desejo dos alunos a uma subordinação dos funcionários. Esta hierarquia, quando estabelecida dentro de uma equipe, promove uma relação do poder, de competição, de dominância de saber e de desrespeito, grandes dificultadores da formação e desenvolvimento de equipes (Garcia et al., 2007).

De modo geral, o grupo de funcionários está muito atento à forma com que os alunos cuidam de seus pacientes. A forma com que os pacientes são tratados tecnicamente fica sob o olhar atento dos professores, mas o cuidar, acolher está inevitavelmente sob o olhar do funcionário, e este diz com propriedade: *“Falta conscientização. O aluno deveria tratar o paciente como se fosse parente dele. Esta conscientização está na cultura dele”*. Os funcionários, talvez, tenham maior facilidade de se colocar como pacientes, e demonstram nestas observações sua importância na equipe, tanto no atendimento como no ensino.

Na categoria **Aspectos Técnicos** considerou-se as seguintes idéias centrais: o trabalho em equipe, a capacitação profissional e a aquisição de tecnologias.

Aspectos Técnicos para os pacientes

Sempre sinto que é uma equipe que está me atendendo. Acho que há comunicação entre todos eles. Os alunos não faltam nunca. Os profissionais sempre discutem juntos o que fazer. Eu às vezes percebo o aluno inseguro, mas sempre tem o professor junto e isso é bom. Uma vez não achei o aluno muito preparado, cuidadoso, mas no geral são sempre muito dedicados e competentes. O aluno sabe fazer o que precisa, mas às vezes a gente acaba tendo que repetir o trabalho. Eu acho que aqui as coisas são mais cuidadosas. Num dentista particular nunca usei lençol de borracha (técnica de isolamento absoluto para procedimento restaurador dentário). Os equipamentos e produtos são de primeiro mundo.

A limpeza de tudo também é visível. Eu acho que a gente precisa do tratamento e eles precisam da gente, então a gente tem que ter paciência para ajudar eles também.

Aspectos Técnicos para os funcionários

O trabalho é sempre bem determinado, mas sempre tem aquele que trabalha mais. Se alguém falta é complicado. Se um aluno faltar o outro aluno da dupla tem que suprir, mas na maioria das vezes ele não quer atender, pois considera que o paciente “não é dele”. Se o professor faltar o outro cobre. Quando a gente falta fica defasado mesmo. Sempre tem atraso de todo mundo. Se tiver algum problema com o equipamento chega um técnico rápido. Há discussão de casos entre os professores na mesma clínica e quando precisa eles encaminham para outra clínica. Porém, a comunicação entre a equipe é muito falha desde a portaria, entre os setores, ou no CASEU. Não há encaminhamento direito. O CIAP de integração não tem nada. Percebo que a maioria dos alunos atende sem um plano de tratamento para os procedimentos. Eles não prestam atenção em sala de aula e depois perguntam pra gente como faz isso ou aquilo. Não sabem exatamente o que o paciente precisa. Muitas vezes eles precisam de poucos cuidados de procedimento e mais cuidado geral, uma conversa, e eles não estão atentos a isso. Aí muitos pacientes são taxados de chatos. O atendimento e os equipamentos são atuais e modernos, mas não são suficientes. No 1º. Encontro de Usuários que teve aqui na faculdade teve críticas ao laboratório.

Aspectos Técnicos para os alunos

O trabalho é bem determinado e é difícil alguém faltar, mas tem muito prejuízo se alguém faltar, principalmente o funcionário. É complicado ficar sem alguém nas rosetas. Algumas funcionárias da roseta sempre chegam atrasadas e saem mais cedo, mas são funcionárias públicas. Levam tudo para o lado pessoal, não têm espírito de equipe. Se faltar um professor o outro fica sobrecarregado. Quando você está fazendo um procedimento e o seu professor falta, o outro vê o seu procedimento e não concorda, aí vira uma confusão. Alguns professores orientam bem, outros deixam a gente um pouco de lado. O professor tem que seguir o que o coordenador falou. Às vezes uma regra poderia ser temporariamente mudada para beneficiar o paciente, mas falta flexibilidade. Entre professores e alunos a integração para formar equipe é obrigatória, mas em relação aos funcionários poucas vezes isso acontece. Na equipe existe uma hierarquia muito grande. Aqui se manda e obedece. Dentro da clínica há discussão de casos pelos professores, principalmente nas clínicas de patologia, cirurgia e CIAP. Entre as clínicas é muito mais raro, só quando o professor está com muita dúvida e não é da área dele. Não vejo muita troca de experiência entre os professores. Tudo é feito através de encaminhamentos e ainda não existe facilidade para mandar o paciente tratar em outra clínica. Eu faço o melhor que eu posso, mas o paciente tem consciência de que é um aluno que está fazendo. O trabalho final é de qualidade, mas não o ideal porque a gente está aprendendo. Os trabalhos diretos são de qualidade, mas os que dependem do laboratório são muito falhos. Quanto à capacidade de todos, percebo professores no CIAP que estão bastante desatualizados. O equipamento daqui é de primeiro mundo. É lógico que existem tecnologias que não estão aqui, mas dentro da realidade brasileira a Faculdade oferece condições excelentes de trabalho. Se tem problema nos equipamentos chega um técnico. Acho que a parte do laboratório está defasada em modernidade e qualidade.

Aspectos Técnicos para os professores

A gente tem problema com funcionários que atrasam, que não ficam na roseta. Elas têm sua justificativa. A equipe funciona bem, mas há momentos de boa colaboração e há momentos de crise. Existem diferenças de abordagem clínica e padronização de condutas, mas acho que é difícil homogeneizar. Do ponto de vista da instituição, não há trabalho em equipe. Nós não temos integralidade no corpo docente. A troca de informações com outras clínicas não é institucionalizada, é uma coisa pessoal. Não há interdisciplinaridade na profundidade que deveria. Há uma comunicação formal de encaminhamentos que passa pelo CASEU, mas não há diálogo, não há troca há informação. Eu acho que o aluno vê o funcionário de uma forma muito utilitária, ele está ali para servi-lo, ele não o vê como colega de equipe. E o professor também em muitos casos. Acho que o funcionário não se percebe como um membro atuante na formação de um profissional, porque essa relação não foi construída. As funcionárias, por sua vez, também não têm compromisso com o horário de chegada, elas não vêem a importância delas no trabalho, os alunos e os professores não dão a importância para elas no resultado final do trabalho. Não há a menor noção de trabalho em equipe. Agora, entre professor e aluno há sempre uma interação muito grande. Se faltar alguém na clínica todos ficam prejudicados. Somos uma equipe, os funcionários executam tarefas específicas que nós não temos capacidade. Se o aluno faltar é um prejuízo para o paciente. Temos que levar em consideração também que o CASEU faz parte da equipe. Outro problema grande nas clínicas é que muitos professores não assumem a responsabilidade de resolver os problemas dos pacientes. Se você não pega para fazer o paciente fica dançando entre uma clínica e outra entre um encaminhamento e outro. Não é a clínica integrada solicitando a dentística que resolve o problema. Existe uma falha no nosso sistema de ensino porque aqui se prioriza a parte técnica. É importante que se relacionem com seus pacientes. Os alunos ainda o vêem como objeto de ensino. O atendimento é atual, moderno e não eficiente. Os equipamentos são atuais, mas faltam equipamentos.

Observa-se que a percepção dos pacientes se faz a partir de indicadores próprios. Para este grupo há uma integração da equipe, há boa comunicação e há entendimento de que a capacitação dos alunos está em um nível de aprendizado, porém se tranquilizam com a supervisão de um professor. Reis et al., em 1990, relatam em seu estudo sobre qualidade dos serviços de saúde, que os pacientes avaliam a qualidade do atendimento quando comparam a experiências clínicas anteriores. Porém, o paciente também se percebe como parte do ensino quando diz que “*tem que ter paciência, pois está ajudando ao aluno*”, e este dado é de extrema relevância para despertar na equipe quais atitudes deveriam ser reavaliadas com o intuito de mudança.

Para a equipe de alunos, funcionários e professores, grandes problemas que resultam em uma pobre resolutividade do sistema se encontram nesta dimensão, *Aspectos Técnicos*.

Para os funcionários, os alunos não se preparam tecnicamente tanto quanto deveriam, quando vão atender o paciente. Acrescentam que muitas vezes a necessidade terapêutica do paciente vai além da prática clínica e os alunos não se atentam a isto, mais uma vez tecendo observações fundamentais sobre a relação profissional (aluno) e paciente. Esta visão mais cuidadosa e humanizada do atendimento clínico confirma a importância deste segmento em relação à qualidade da atenção, contribuindo com pontos de reflexão e tomadas de atitudes.

A equipe não se vê como tal. Para os alunos, a falta de pontualidade das funcionárias dificulta o rendimento do trabalho. Acreditam ainda, que produzem um trabalho de qualidade exceto quando necessitam de laboratórios terceirizados. Os professores relatam que os alunos e às vezes, os próprios professores vêem os funcionários de forma utilitária, permanecendo e reforçando o quadro de dominância do saber e de desrespeito (Garcia et al., 2007).

Os professores, alunos e funcionários foram concordantes em um aspecto primordial na dimensão técnica: há falha na comunicação, no trabalho em equipe e na interdisciplinaridade. Esta falha ocasiona uma ausência de integração do corpo docente e conseqüentemente uma deficiência assistencial e pedagógica. Vasconcelos (2002) descreve como um grande obstáculo para as instituições de ensino em saúde a ausência de comunicação entre os departamentos, impedindo o desenvolvimento de uma cultura acadêmica interdisciplinar e integralizada. Teoricamente, integração significa cooperação entre provedores dos serviços assistenciais, ou seja, trabalho em equipe. O trabalho em equipe implica em compartilhar o planejamento, na divisão de tarefas e na colaboração mútua, permitindo uma interação entre os conhecimentos técnicos específicos com a produção de um conhecimento que não seria produzido por nenhum dos profissionais isoladamente (Hartz e Contandriopoulos, 2004; Feuerwerker e Sena, 1998). Esta prática multiprofissional com ética interdisciplinar é fundamental no campo do trabalho e da educação (Ceccim, 2004).

Quanto à aquisição de tecnologias e saberes, nenhum dos grupos relatou explicitamente a necessidade de educação permanente e aquisição de tecnologias leves. A crescente incorporação de tecnologias duras através da super especialização na saúde, empobreceu aspectos subjetivos da relação profissional-usuário, levando a desvalorização da dimensão cuidadora (Merhy, 1997).

Considerações Finais

Considerando o tema acolhimento, algumas considerações podem ser feitas, a partir dos relatos analisados.

O acesso geográfico pode dificultar o deslocamento das pessoas, mas não foi este o aspecto que parece prejudicar com mais relevância o acolhimento; maiores problemas foram percebidos com relação ao aspecto organizacional do acesso. Nesta instituição, o acesso está diretamente correlacionado à disponibilidade de vagas para tratamento. As vagas existem, e são limitadas ao número de alunos matriculados por semestre. Porém alia-se a este fator a baixa resolutividade, justificada algumas vezes pela lentidão peculiar do ensino, que atrasa o término de tratamentos e o fluxo contínuo de pacientes. Os usuários por sua vez, não se queixam e se conformam ou pela *gratuidade* do serviço, ou pela qualidade do atendimento que confiam à instituição de ensino. Permanece por um lado a resignação de algumas classes sociais frente à negligência de outras. Esta postura apresentará mudanças na medida em que ocorra a incorporação da consciência de direito à saúde com qualidade, pelo cidadão. A Universidade, através de suas ações pode favorecer este percurso ou perpetuar o estado atual.

No que diz respeito às relações humanas, percebe-se a inexistência de uma real equipe, com o estabelecimento de uma hierarquia de importâncias entre os membros, gerando um grande prejuízo no convívio pessoal e profissional. Consequentemente uma deficiência na

comunicação entre os segmentos acontece, resultando em vários problemas que interferem na qualidade da resolutividade do atendimento clínico.

As relações e práticas fragmentadas das clínicas de atenção básica e das clínicas de referência também são pano de fundo para nossa avaliação. Em uma instituição de ensino em saúde, as disciplinas de referência e contra-referência deveriam ser no mínimo complementares, mas foi possível observar relações fragilizadas pela fragmentação do saber que disputam a superioridade e as competências exclusivas dentro da prática clínica. A estratégia de integralidade requer a integração dos serviços e redes assistenciais com a interdependência dos atores e organizações, frente a certeza de que nenhum deles, isoladamente, dispõe de todos recursos para a solução dos problemas de saúde de uma população.

No fim do ano de 2007, ocorreu na Faculdade de Odontologia da UFMG, o primeiro encontro de pacientes usuários organizado pelo CASEU. Foi um momento de participação de usuários e foi possível escutá-los enquanto grupo. Isto é de uma riqueza para o crescimento da Instituição de saúde e para a demarcação de um território de direito social dos próprios pacientes. A partir daí muitas realidades podem vir à tona.

Este acontecimento já foi um grande passo para o entendimento de que a construção de um projeto de saúde passa pela percepção do outro como ser cultural, ativo em suas escolhas, único em suas expectativas. Constatar a realidade de pessoas que propomos ajudar é imprescindível para que possamos atingir qualquer êxito em saúde, tanto individual quanto coletivamente.

A atitude reflexiva proposta pelo projeto pedagógico da UFMG, corroborada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, é um passo importante em direção ao amadurecimento da Instituição à uma nova *práxis*. No entanto a necessidade de mudança do perfil dos atores envolvidos é imprescindível para que ocorra uma modificação efetiva. Um novo olhar sobre todos os membros da equipe inclusive sobre si mesmo é urgente.

O Acolhimento como atributo da Integralidade da atenção ainda é um conceito em construção. Na prática foi possível observar uma reflexão que ainda não se concretizou. Em nosso estudo percebemos a presença de muitos elementos a conquistar e muitos que já estão em curso, no entanto urge um olhar mais preciso que nomeie e sistematize o acolhimento enquanto teoria e prática para torná-lo *ação*.

O acolhimento na prática clínica não apresenta solidez, nem na dimensão assistência nem na dimensão ensino. Conceitos e reflexões a cerca do tema permearam os discursos, mas as ações estão combatidas em práticas conservadoras e antigas.

****Projeto de Pesquisa apoiado e financiado pela FAPEMIG.*

REFERÊNCIAS

ADAMI, N.P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** ,
Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 53-67,1993 .

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº CNE/CES3/2002 de 19 de fevereiro de 2002. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia e Odontologia**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 04 de mar 2002.

_____. **Lei Federal nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988.
Brasília: Senado Federal; 1988.

BRAVO, A. L. Regionalización: organización e funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, Washington, v. 77, n. 3, p. 231-243, sept. 1974.

CAMARGO JR, K.R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO; 2003. p. 35-44.

CECCIM, R.B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO; 2004. p. 259-77.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R.R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe – sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Olho Mágico**, v.5, n.18, p.5-6, 1998.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública.**, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.**, v.15, n.2, p.345-353, 1999.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publ. Mexico.**, v.99, n.1, p.438-453, 1985.

GARCIA, M. A. A. et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 147-155, 2007.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, v.20, suppl. 2, p. 331-336, 2008.

HARTZ, Z.M.A. Pesquisa em avaliação de atenção básica: a necessidade de complementação. Divulgação em **Saúde para Debate**. Rio de Janeiro., n.21. p. 29-35, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J.J.V. **O Discurso do Sujeito Coletivo**. Uma Nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde**, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993- 1996. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2001.

MATOS, M.S. **Análise do Perfil dos alunos e da dimensão ético-humanística na formação de cirurgiões-dentistas em 2 cursos de odontologia da Bahia**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2006.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**., v.20, n.5, p.1411-16, 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001. p. 39-64.

MATUMOTO S. **O Acolhimento**: Um Estudo Sobre seus Componentes e sua Produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde. 1998. Dissertação (Mestrado) -

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
1998.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p. 71-138.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.

PAIVA DE MINAS, R. **Paciente no contexto do ensino**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2002.

PAIXÃO, H. H.; CAMPOS, H.; LIMA, W. A. O paciente como objeto de ensino. **Arq. Cent. Est. Fac. Odont.**, UFMG, v.18, n. 12, p.37-44,1981.

PÉREZ, R.; IBARRA, A. M. La evaluación de la satisfacción de la población con los servicios de salud. **Rev. Cub. Adm. salud.**, v.11, n.3, p.255-262, 1985.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública.**, v.19, n.1, p.27-34, 2003.

REIS, E. J. F. B. et al . Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990

SILVA JÚNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: PINHEIRO,

R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. p. 241-257.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. 2a Ed. São Paulo: Atlas, 1990.

UNGLERT, C.V.S. O processo da territorialização em saúde no município de São Paulo. In: TEIXEIRA, C.F.; MELO, C. (Orgs.). **Construindo distritos sanitários**: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo. São Paulo: Ed. Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1995. p.35-43.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002.

6 COMENTÁRIOS FINAIS

A motivação para realizar este trabalho surgiu quando retornei à Faculdade, como aluna de mestrado, após 14 anos de formada nesta mesma Instituição. O novo olhar sobre a Instituição, sobre a prática odontológica de ensino existente e sobre o paciente me fez refletir: o quê mudou? A possibilidade de ver nos alunos atuais, traços que um dia também puderam ser os meus, foi outro incentivo de mergulho no tema Integralidade e Acolhimento.

Alguns anos se passaram, é verdade, e uma reflexão mais profunda sobre o tema está surgindo, porém fica muito claro para mim, o quanto é urgente uma mudança de postura de todas as pessoas envolvidas no processo ensino/saúde. A tomada de conhecimento e o olhar sobre si mesmo talvez sejam o início.

João Guimarães Rosa em sua magnífica obra, Grande Sertão Veredas, disse: "... passarinho que se debruça - o vôo já está pronto!" Parafraseando este grande conhecedor das práticas médicas e das relações humanas acredito que o grande momento de reflexão certamente repercutirá em mudança. E este é o meu desejo.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(Norma Vancouver conforme protocolo da Pós-graduação para Dissertação/ UFMG)

1. Adami NP. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 1993; 1(2): 53-67.
2. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. [Rev. Baiana Saúde Pública](#). 2007; 31(supl.1):20-31.
3. Brasil. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986.
4. Brasil. Regimento Interno da Assembléia Nacional Constituinte. Brasília, Centro de Documentação e Informação e Coordenação de Publicação; 1987.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
6. Brasil. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, 20 set. 1990.
7. Brasil. Ministério da Educação. LEI nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação. 1996.
8. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº CNE/CES3/2002 de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia e Odontologia. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 04 de mar. 2002. Seção 1, p.10.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em

saúde /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Integralidade da atenção à saúde. Texto adaptado por Maria do Carmo Gomes Kell. Extraído de <http://www.opas.br/observatório/Arquivos/Destaque69.doc>. (acessado em 22/ maio/ 2008).
12. Bravo AL. Regionalización: organización e funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. Bol. Of. Sanit. Panam. 1974; 77(3):231-246.
13. Camargo Jr KR. Um ensaio sobre a (In) definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001. p. 35-44.
14. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.
15. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cadernos de Saúde Pública. 2004; 20(5):1400-10.
16. Ceccim RB. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R.; Mattos RA., organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO; 2004. p. 259-77.
17. Chaves MM, Rosa AR. (Org.) Educação Médica nas Américas - O desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez, 1990.

18. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.
19. Donabedian A., The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*. 1988; 260:1743-1748.
20. Feuerwerker LCM, Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev Abeno*. 2004; 3(1):24-27.
21. Feuerwerker LCM, Sena RR. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe – sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? *Olho Mágico*. 1998; 5(18):5-6.
22. Fontanella BJB, Ricas J, Turato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.
23. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 1999;15(2):345-353.
24. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Públ. Mexico*. 1985; 99(1):438-453.
25. Garcia MAA, Souza Pinto ATBC, Odoni APC, Longhi BS, Machado LI, Linek MDS., et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. *Rev. bras. educ. med*. 2007; 31(2):147-155.
26. Gonçalves ER, Verdi MIM. A vulnerabilidade e o paciente da clínica odontológica de ensino. *Rev Bras Bioética*. 2005; 1(2):195-205.
27. Hartz ZMA. Pesquisa em avaliação de atenção básica: a necessidade de complementação. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, 2000; (21):29-35.

28. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública. 2004;.20 (suppl.2):331-336.
29. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma Nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
30. Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996. [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2001.
31. Matos MS. Análise do Perfil dos alunos e da dimensão ético-humanística na formação de cirurgiões-dentistas em 2 cursos de odontologia da Bahia. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Faculdade de Educação, UFBA; 2006.
32. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO; 2001. p. 39-64.
33. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5):1411-16.
34. Matumoto S. O Acolhimento: Um Estudo Sobre seus Componentes e sua Produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.
35. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde.) In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1997a. p. 117-60.

36. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997b. p 71-112.
37. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
38. Paim JS. Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da abrasco. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(10):2521-2522.
39. Paiva de Minas R. Paciente no contexto do ensino. [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia - UFMG; 2002.
40. Paixão HH, Campos H, Lima WA. O paciente como objeto de ensino. Belo Horizonte. Arq. Cent. Est. Curso Odontol. 1981; 18(12): 37-44.
41. Pérez R, Ibarra AM. La evaluación de la satisfacción de la población con los servicios de salud. Rev. Cub. Adm. salud. 1985; 11(3):255-262.
42. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação demanda e oferta nos serviços de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA., organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001. p.65-112.
43. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes versus modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA., organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003. p.7-34.
44. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ,IMS: ABRASCO; 2001.
45. Ramos DD, Lima MADS. Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Cadernos de Saúde Pública. 2003; 19(1):27-34.
46. Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite MLC et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cadernos de Saúde Pública. 1990; 6(1): 50-61.
47. Rosa JG. Grande Sertão: Veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

48. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciênc. saúde coletiva. 2006; 11(1):53-61.
49. Silva Júnior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: Pinheiro R.; Mattos RA., organizadores. Cuidado, as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ/ ABRASCO; 2004. p. 241-257.
50. Trivinos ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas; 1990.
51. Unglert CVS. O processo da territorialização em saúde no município de São Paulo. In: Teixeira CF; Melo C., organizadores. Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo. São Paulo, Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde; 1995. p.35-43.
52. Vasconcelos EM. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002.
53. World Federation for Medical Education. The Edinburg Declaration. Lancet. 1988; 8608-464. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2902353> (acessado em 08/mar/2008).

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevistas Semi-estruturadas para Alunos, Funcionários e Professores

1- Acolhimento

- Como ficam sabendo do atendimento
- Como conseguem marcar a consulta
- Meio de transporte / custo / tempo
- Como é recebido a primeira vez
- Qualidade da informação
- Explicação sobre o atendimento / custo / vantagens / tempo
- Em quantas clínicas em média, são atendidos
- Quanto tempo em média ficam tratando
- Necessidade de outra clinica / encaminhamento como é
- Você se dá bem com alunos, outros professores e funcionários
- Alunos, professores e funcionários se entendem bem
- O trabalho é bem determinado
- Qual o prejuízo se alguém faltar
- Quem trabalha mais
- O equipamento é atual e suficiente
- O atendimento é atual
- Há discussão de casos na mesma clinica
- E entre clinicas
- Aluno, professor e funcionário são dedicados

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevistas Semi-estruturadas para Pacientes

1- Acolhimento

- Como ficou sabendo do atendimento?
- Como conseguiu marcar a consulta?
- Meio de transporte / custo / tempo
- Como foi recebido a primeira vez?
- Qualidade da informação
- Explicação sobre o atendimento / custo / vantagens / tempo
- Em quantas clínicas já foi atendido?
- Há quanto tempo está tratando ?
- Quanto tempo falta para terminar?
- Necessidade de outra clínica / encaminhamento
- Já foi para tratamento em outra clínica – como foi?
- Alunos, professores e funcionários se entendem bem
- Entende o trabalho de cada um
- O aluno discute o seu caso com o professor
- Já viu professores discutindo para encontrar a melhor solução
- O prejuízo se alguém faltar
- Quem trabalha mais
- O equipamento é atual e suficiente
- O atendimento é moderno e atual
- Todos (aluno, professor e funcionário) são dedicados

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTE

Estou realizando um trabalho na Faculdade de Odontologia da UFMG, que avalia a qualidade do atendimento odontológico oferecido aos pacientes. Para isto, preciso entrevistar algumas pessoas que queiram ajudar na pesquisa. Para ajudar na pesquisa, você precisa apenas responder algumas perguntas sobre o atendimento clínico na Faculdade de Odontologia. A sua identificação será mantida em segredo. Não há custo algum para participar e nenhum prejuízo ou benefício ocorrerão em seu tratamento odontológico. Se você participar ou não participar não vai interferir em nada em seu atendimento na FO-UFMG. A qualquer momento você também poderá desistir da entrevista ou questionário, sem nenhum prejuízo a você mesmo que você já tenha concordado antes.

Se você tiver alguma dúvida poderá ligar para Giselle ou Efigênia no número: 3499-2470, ou então poderá entrar em contato com o COEP – Comitê de Ética em Pesquisa: Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), 2º andar, sala 2005. Campus da UFMG. Telefone: 3499-4592.

Eu, _____ entendi que não há custo algum em participar e nenhum prejuízo ou benefício ocorrerão em meu tratamento odontológico. Se eu participar ou desistir, a qualquer momento, nada vai interferir no meu atendimento na FO-UFMG. Entendi que minha identificação ficará em segredo. Concordo que participo de livre e espontânea vontade da pesquisa e permito que minhas informações sejam utilizadas como dados para estudo e publicações científicas.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FUNCIONÁRIO

Uma pesquisa está sendo realizada na Faculdade de Odontologia - UFMG, com a intenção de avaliar a qualidade de atendimento clínico aos pacientes usuários. A pesquisa utilizará entrevistas e questionários para avaliação do atendimento clínico realizado na Faculdade de Odontologia. Esta entrevista ou questionário serão sigilosos e não conterão nenhuma informação pessoal que possa ser utilizada contra ou a favor do entrevistado. Para ajudar na pesquisa, você precisa apenas responder algumas perguntas sobre o atendimento clínico na Faculdade de Odontologia. Não há custo algum ao participar. A qualquer momento você poderá desistir da entrevista sem nenhum prejuízo a você.

Se você tiver alguma dúvida poderá ligar para Giselle ou Efigênia no número: 3499-2470, ou então poderá entrar em contato com o COEP – Comitê de Ética em Pesquisa: Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), 2º andar, sala 2005. Campus da UFMG. Telefone: 3499-4592.

Eu, _____ entendi que não há custo algum em participar e nenhum prejuízo ou benefício ocorrerão em meu tratamento odontológico. Se eu participar ou desistir, a qualquer momento, nada vai interferir no meu atendimento na FO-UFMG. Entendi que minha identificação ficará em segredo. Concordo que participo de livre e espontânea vontade da pesquisa e permito que minhas informações sejam utilizadas como dados para estudo e publicações científicas.

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ALUNO

Uma pesquisa está sendo realizada na Faculdade de Odontologia - UFMG, com a intenção de avaliar a qualidade de atendimento clínico aos pacientes usuários. A pesquisa utilizará entrevistas e questionários para avaliação do atendimento clínico realizado na Faculdade de Odontologia. Esta entrevista ou questionário serão sigilosos e não conterão nenhuma informação pessoal que possa ser utilizada contra ou a favor do entrevistado. Não há custo algum ao participar. A qualquer momento você poderá desistir da entrevista sem nenhum prejuízo a você.

Se você tiver alguma dúvida poderá ligar para Giselle ou Efigênia no número: 3499-2470, ou então poderá entrar em contato com o COEP – Comitê de Ética em Pesquisa: Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), 2º andar, sala 2005. Campus da UFMG. Telefone: 3499-4592.

Eu, _____
entendi que minha identificação ficará em segredo, que não há custo algum em participar e que nenhum prejuízo ou benefício ocorrerão a mim caso participe da pesquisa. Se eu participar posso desistir a qualquer momento. Concordo que participo de livre e espontânea vontade e permito que minhas informações sejam utilizadas como dados para estudo e publicações científicas.

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFESSOR

Uma pesquisa está sendo realizada na Faculdade de Odontologia - UFMG, com a intenção de avaliar a qualidade de atendimento clínico aos pacientes usuários. A pesquisa utilizará entrevistas e questionários para avaliação do atendimento clínico realizado na Faculdade de Odontologia. Esta entrevista ou questionário serão sigilosos e não conterão nenhuma informação pessoal que possa ser utilizada contra ou a favor do entrevistado. Não há custo algum ao participar. A qualquer momento você poderá desistir da entrevista sem nenhum prejuízo a você.

Se você tiver alguma dúvida poderá ligar para Giselle ou Efigênia no número: 3499-2470, ou então poderá entrar em contato com o COEP – Comitê de Ética em Pesquisa: Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), 2º andar, sala 2005. Campus da UFMG. Telefone: 3499-4592.

Eu, _____
entendi que minha identificação ficará em segredo, que não há custo algum em participar e que nenhum prejuízo ou benefício ocorrerão a mim caso participe da pesquisa. Se eu participar posso desistir a qualquer momento. Concordo que participo de livre e espontânea vontade e permito que minhas informações sejam utilizadas como dados para estudo e publicações científicas.

ANEXO A

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA CIENTÍFICA

REVISTA INTERFACE

Título completo da revista: Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Editores: Antônio Pithon Cyrino, Miriam Celí Pimentel Porto Foresti e Lília Blima Schraiber

Instituição Publicadora:

Universidade Estadual Paulista / UNESP

Fundação UNI / Botucatu

Endereço:

Distrito de Rubião Jr., s/n – Campus da UNESP

Caixa Postal 592

CEP: 18618-000 - Botucatu - SP

Fone: (0xx14) 3815-3133 (0xx14) 3815-1634

Fax: (0xx14) 3815-3133

E-mail: intface@fmb.unesp.br

Home page: <http://www.interface.org.br>, www.scielo.br/icse,
<http://submission.scielo.br/index.php/icse/login>

Periodicidade: Quadrimestral (a partir de 2007)

Data de Início: agosto de 1997.

Temas aceitos para publicação: temas de Ciências da Saúde articulados com as Humanidades, especialmente com a Comunicação, a Educação e a formação universitária.

Normas para Publicação de Artigos:

Instruções aos autores

INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

SEÇÕES

Dossiê - textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até sete mil palavras).

Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até sete mil palavras).

Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos (até sete mil palavras).

Espaço Aberto - notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até sete mil palavras).

Livros - publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses - descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência (título e resumo em português e inglês - até quinhentas palavras - e palavras-chave em português e inglês). Informar endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação - textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

Informes - notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse (até mil palavras).

SUBMISSÃO DE ORIGINALS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. As submissões devem ser realizadas exclusivamente *on-line*, no sistema **SciELO Submission** (acesso pela página da revista, no SciELO).

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Times New Roman, corpo 12, espaço duplo, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática.

Da folha de rosto devem constar título (em português, espanhol e inglês) e dados do autor (nome completo, formação, vínculo institucional - apenas um - e e-mail; em caso de mais de um autor, os dados do autor principal devem incluir endereço completo para correspondência). A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a **cinco** ; acima deste número serão listados no rodapé da página. Em texto com três autores ou mais devem ser especificadas as contribuições individuais de cada um na preparação do mesmo.

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave, omitindo-se o nome do(s) autor(es). Cabe ao (s) autor (es) suprimir quaisquer elementos capazes de identificá-lo (s), tanto no texto quanto no arquivo enviado (o recurso Propriedades, do Word, pode identificar o autor do arquivo).

Notas de rodapé - numeradas e sucintas, devem ser usadas apenas quando **estritamente** necessário.

Ilustrações - tabelas e quadros devem ser elaborados em word for windows ou excell e enviados em arquivo separado, com legendas, numeração e indicação do local de inserção no texto. Figuras e desenhos devem ser scaneados com resolução de 300 dpi, salvos em arquivo tiff ou jpeg, tamanho de até 18 x 24 cm ,

p/b ou tons de cinza. Gráficos devem ser elaborados em programa de imagem (corel draw) e enviados em arquivo aberto (sem conversão em curvas), p/b ou tons de cinza.

* Reserva-se o direito de não publicar imagens consideradas fora dos padrões gráficos da revista.

Citações - no texto devem subordinar-se à forma (Autor, data).

Casos específicos:

. se transcrição literal, indicar a página da citação (Autor, data, página);

. até três linhas: deixar entre aspas, sem itálico;

. mais de três linhas: destacar do texto (um espaço antes e um depois) sem aspas e sem itálico, indicando a página ao final;

. documentos do mesmo autor publicados no mesmo ano: acrescentar letras minúsculas, em ordem alfabética, após a data e sem espaçamento. Ex: Campos, 1987a, 1987b;

. seqüência de autores: citar da obra mais recente para a mais antiga.

Referências - todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem alfabética, seguindo normas adaptadas da ABNT (NBR 6023/2002). Exemplos:

Livros: FREIRE, P. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

**A segunda referência de um mesmo autor (ou autores) deve ser substituída por um traço sublinear (seis espaços) e ponto, sempre da mais recente para a mais antiga.

*** Dois ou três autores, separar com ponto e vírgula; mais de três autores, indicar o primeiro autor, acrescentando-se a expressão et al.

Capítulos de livros: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina** : a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

Regras específicas

1 Autor do livro igual ao autor do capítulo : HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____ (Org.).

Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

2 Autor do livro diferente do autor do capítulo : VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

3 Autor é uma entidade : BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais:** meio ambiente e saúde. 3.ed. Brasília: SEF, 2001.

4 Séries e coleções : MIGLIORI, R. **Paradigmas e educação** . São Paulo: Aquariana, 1993. 20p. (Visão do futuro, v. 1).

Artigos em revistas : TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** , v.1, n.1, p.7-40, 1997.

TESES : IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração** : o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1979.

Artigos em anais de eventos: PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

. Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar o endereço eletrônico: Disponível em:<...>. Acesso em (dia, mês, ano).

. Quando o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final.

Documentos eletrônicos : Wagner, C.D.; Persson, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. **Cardiovasc. Res.**, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

**** Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita apenas textos inéditos. Todo manuscrito enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial (editores e editores associados). Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será

devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial. A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. Não é permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

Idiomas dos artigos para publicação: Português, espanhol e inglês.

Regular nos dois últimos anos? Sim.

Distribuição: Assinatura, doação, permuta, venda de números avulsos e acesso on- line.

Formato: Impresso e eletrônico.

ISSN: 1414-3283 (impresso) e 1807-5762 (on line).

Classificação Qualis: B Nacional (2005).

Situação: Dados atualizados em 2008.