

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

ANA ROSA MURAD SZPILMAN

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM VILA
VELHA-ES, BRASIL**

VITÓRIA - ES
2010

ANA ROSA MURAD SZPILMAN

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM VILA
VELHA-ES, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre em Saúde Coletiva – área de concentração Políticas de Saúde.
Orientador: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira

VITÓRIA - ES
2010

S998a Szpilman, Ana Rosa Murad, 1977-
Atenção integral à saúde bucal na Estratégia Saúde da
Família (ESF) em Vila Velha - ES, Brasil / Ana Rosa Murad
Szpilman. – 2010.
151 f. : il.

Orientador: Aduino Emmerich Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Serviços de saúde.
3. Saúde bucal. 4. Acolhimento. I. Emmerich, Aduino, 1952-. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da
Saúde. III. Título.

CDU: 614

ANA ROSA MURAD SZPILMAN

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM VILA
VELHA-ES, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre em Saúde Coletiva – área de concentração Políticas de Saúde.

Aprovada em 21 de Maio de 2010 por.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Orientador

Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Prof. Dr. Carlos Botazzo
Universidade de São Paulo (USP)

VITÓRIA - ES
2010

Dedico esta obra aos meus suportes...

A Deus, a quem devo tudo.

Ao meu pai (*in memoriam*), incentivo maior sempre.

A minha mãe, apoio, incentivo, amiga para toda hora.

A minha filha, Laila, fonte maior de toda a minha inspiração.

Ao meu filho, João, que acompanhou todo o meu caminhar, gestação e presença nas aulas.

Ao meu marido, Rodrigo, companheiro sempre.

Aos meus familiares e amigos, presença constante.

AGRADECIMENTOS

Um caminhar mais do que árduo, mais do que difícil, mas muito proveitoso, só é possível quando caminhamos acompanhados. Após tantos momentos vividos, mais do que intensamente, nestes meses de Mestrado, não teria como imaginar chegar até aqui sem que muitas mãos tocassem a minha trajetória. Mãos que me incentivaram, que me acalentaram, que me deram suporte, conforto, que me puseram novamente no caminho, na luta, mãos que, com certeza sem elas não teria alcançado e finalizado este trabalho. Cabe aqui, portanto, um momento para agradecer, do fundo do meu coração e da minha alma, a todos que direta e indiretamente contribuíram para que este sonho não continuasse só sonhado e fosse, então, finalmente concretizado.

Primeiramente, gostaria de agradecer ao meu orientador, professor, amigo, companheiro de tantas discussões, de tantos entraves e de tantas soluções e conquistas, Professor Doutor Aduino Emmerich Oliveira, que compreendeu as minhas limitações, o momento de vida que eu vivia, mas nunca desistiu de me estimular, cobrar para que eu buscasse e alcançasse sempre o melhor de mim.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, por ter possibilitado a realização deste trabalho e ter-me aberto as portas de seus serviços.

Aos profissionais de saúde, especificamente os cirurgiões-dentistas e usuários das unidades de saúde selecionadas na minha pesquisa, que permitiram que eu participasse um pouquinho da sua jornada de trabalho, que interferisse em seus atendimentos, que observasse a sua realidade, de quem extraí informações que construíram a minha pesquisa e que enriqueceram o meu conhecimento, e, principalmente, que em nenhum momento tornaram esta minha busca difícil, que não se importaram em modificar horários de compromissos pessoais, de *quebrar* sua rotina, para que pudessem contribuir comigo.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que este trabalho fosse finalizado, que entenderam o meu momento de vida e foram solidários comigo.

Aos professores das Bancas de Qualificação e de Defesa, Professor Doutor Túlio Alberto Martins de Figueiredo, que acompanhou o meu caminhar em três disciplinas, além de somar nestas páginas a realização de um sonho; Professor Doutor Carlos Botazzo, que, apesar de possuir uma agenda ocupada, disponibilizou-se e esteve aqui em Vitória para nos dar o prazer de ouvi-lo expondo seu conhecimento. Os professores, com tanta elegância, respeito e carinho, acrescentaram, e muito, para que esta dissertação se concretizasse da forma como se apresenta.

Aos meus colegas de Mestrado, Anna Paula, Elem, Josélia, Larissa, Letícia, Luciene, Márcia, Paula, Rafaela, Rodrigo, Rosa, Talita, Viviane, Wanêssa, que hoje, sem dúvida alguma, chamo de AMIGOS, que tanto me apoiaram, com quem pude, de uma forma ou de outra, contar. Todos vocês serão sempre lembrados por mim de uma forma muito carinhosa.

A uma colega em especial, que hoje não só considero amiga, e muito amiga, mas também fonte de inspiração maior. Márcia Portugal, como poderia aqui em tão pequeno espaço expressar tudo o que você representou nesta etapa da minha vida e o quanto existe de você aqui nestas folhas escritas. Sempre me apoiando, me orientando com seu vasto conhecimento, sua enorme experiência, sempre presente nos momentos de dificuldades, me incentivando, me tornando uma pessoa melhor... Muito obrigada por todo o apoio! Serei sempre sua ETERNA AMIGA!

Ao meu pai João Szpilman (*in memoriam*) e a minha mãe, Maria do Carmo Murad Szpilman, que sempre me apoiaram e me incentivaram a buscar novos desafios e a vencê-los.

Aos meus filhos, Laila e João, que tanto participaram nesta fase da minha vida, foram às aulas e se tornaram mascotes da nossa turma; que souberam compreender a minha ocupação maior com tantos desafios que o mestrado me impôs.

Ao meu marido, Rodrigo, que tantas vezes teve que compreender a minha impossibilidade de comparecer com ele aos locais, por ter que estudar, escrever, preparar apresentações, enfim, por estar atarefada com as atividades do mestrado.

Aos meus avós, tios, primos e amigos, que de alguma forma contribuíram neste meu caminhar.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha história.

“A realidade do outro não está naquilo que ele revela a
você,
mas naquilo que ele não lhe pode revelar.
Portanto, se você quiser compreendê-lo,
escute não o que ele diz,
mas o que ele não diz.”

Kalil Gibran

“Para conquistar coisas importantes, devemos não
apenas agir, mas também sonhar, não apenas planejar,
mas também acreditar”.

Anatole France

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MAPAS

Mapa 1- Município de Vila Velha	70
Mapa 2 – Região Metropolitana da Grande Vitória	70
Mapa 3 – Distritos de Vila Velha	71
Mapa 4 – Regiões e Unidades de Saúde do Município de Vila Velha	72

QUADROS

Quadro 1 – Regiões e Unidades de Saúde do Município de Vila Velha	72
---	----

FIGURAS

Figura 1 – Recepção do usuário e possibilidades de respostas	56
--	----

LISTA DE SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária em Saúde
CD – Cirurgião-dentista
CEO – Centros de Especialidades Odontológicas
CF – Constituição Federal
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ES – Espírito Santo
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
FOUSP - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDAF – Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IJSN – Instituto Jones dos Santos Neves
IMS – Instituto de Medicina Social
LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MG – Minas Gerais
MS – Ministério da Saúde
NHS – National Health Service
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PMVV – Prefeitura Municipal de Vila Velha
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PSF – Programa Saúde da Família
PR – Paraná
RJ – Rio de Janeiro
SBC – Saúde Bucal Coletiva
SEMSA – Secretaria Municipal da Saúde
SF – Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
THD – Técnico em Higiene Dental
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFES – Universidade Federal do Estado do Espírito Santo
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
US – Unidade de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVO	19
3 QUADRO TEÓRICO	20
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	20
3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
3.3 INTEGRALIDADE	33
3.4 INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NA ESF: AMPLIANDO A INTEGRALIDADE	41
3.5 ACOLHIMENTO	53
3.6 O CONTROLE SOCIAL	65
4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO EM ESTUDO	70
5 METODOLOGIA	73
5.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO	74
5.2 SUJEITOS DA PESQUISA	75
5.3 LEVANTAMENTO DAS INFORMAÇÕES	76
5.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	78
5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	79
6 REFERÊNCIAS	81
7 ARTIGOS	94
7.1 ARTIGO 1: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO E ACESSO AOS SERVIÇOS NA ÁREA DA ODONTOLOGIA EM UNIDADES DE SAÚDE LOCALIZADAS NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA, ES – BRASIL.	94
7.2 ARTIGO 2: OS DISPOSITIVOS ACOLHIMENTO E ACESSO NA PERCEPÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS EM UNIDADES DE SAÚDE LOCALIZADAS NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA, ES – BRASIL.	124
APÊNDICES	141

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS PROFISSIONAIS	142
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS USUÁRIOS	143
APÊNDICE C - TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO	144
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO: SUJEITOS DA PESQUISA: PROFISSIONAIS	145
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO: SUJEITOS DA PESQUISA: USUÁRIOS	146
ANEXOS	147
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	148
ANEXO B – EMAIL DA REVISTA INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO.	149
ANEXO C – EMAIL DA REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE	150

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objeto os dispositivos¹ que orientam a atenção integral - acesso, vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolutividade – à saúde bucal inserida na Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é considerada a principal estratégia de implementação e organização da Atenção Primária em Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que o acolhimento será o dispositivo que terá o maior enfoque neste estudo e, ainda, sua relação com a atenção primária e a saúde bucal. O acolhimento é um tema em debate na atualidade do SUS, sendo o foco da APS. Constitui-se numa diretriz e num princípio da Política Nacional de Humanização do SUS, que orienta, metodologicamente, a organização dos sistemas e serviços de saúde, para que o cidadão possa dispor de um atendimento socialmente ético em respeito à vida.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a APS, considerada o primeiro nível de atenção, é capaz de propiciar atenção integral em até oitenta por cento das necessidades e dos problemas demandados pela população (WHO, 1978). Desta forma, a APS possibilita uma maior resolutividade para a maioria das necessidades sociais por saúde. Conjugando ações coletivas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência clínica individual, com uma abordagem mais abrangente para a resolução dos problemas sociais, articulando diferentes políticas públicas, pode-se alcançar um efeito sinérgico em situações complexas, com vistas à saúde coletiva.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, portanto o acolhimento é uma estratégia e uma ação fundamental, considerada a complexidade desses sujeitos. O acolhimento faz parte do processo de integralidade na atenção e na promoção de sua saúde, buscando juntamente com outras ações identificar seus problemas e necessidades, imediatas ou não, buscando a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

¹ Deleuze (1990) analisa o significado de um dispositivo através da filosofia de Foucault. Em uma primeira instância posiciona o dispositivo como uma espécie de novelo ou meada, um conjunto multilinear. Mais adiante, tal como são analisados por Foucault, dispositivos são como máquinas de fazer ver e fazer falar.

A integralidade da atenção pode ser entendida como um oferecer, de forma conjunta, as ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto no coletivo, associadas às demais políticas públicas setoriais, que transcendem o setor saúde. A Atenção Básica tem a ESF como meio para sua reorganização, de acordo com os preceitos do SUS.

Dentro de todo o exposto nesta introdução, a primeira linha de pensamento que justifica o estudo em questão é a percepção dos usuários e dos profissionais dos serviços, neles inseridos os de saúde bucal, acerca dos dispositivos que orientam a atenção integral, em especial o acolhimento. A autora deste projeto de pesquisa, enquanto odontóloga prestando serviços públicos de saúde numa unidade básica, convive sistematicamente com o dilema de ser prestadora de serviços públicos e não visualizar o real acesso, a real acolhida e a resolutividade das necessidades dos usuários sob sua responsabilidade de cuidado. Transcendendo seu universo diário de trabalho, esta autora despertou sua atenção para o fato de que este não seria um caso isolado em sua unidade de serviços, mas que hipoteticamente a mesma situação poderia estar ocorrendo nas demais unidades municipais.

No cotidiano da unidade de saúde (US) em questão há falta de vagas para consultas e atendimentos gerais, há falta de materiais para os devidos atendimentos/procedimentos odontológicos, as condições de infraestrutura são precárias, baixo controle de biossegurança e higiene em geral deficitária, além das atitudes dos profissionais responsáveis pelos atendimentos, que mais parecem estar prestando favores à população do que se responsabilizando por seu cuidado, dando a impressão de que estão ali obrigados, sempre impacientes, ineficientes, ineficazes, muitas vezes agressivos com a população, sem prestar o atendimento que a comunidade merece e deseja e que o SUS preconiza, que a ESF se presta a realizar, que a noção de cidadania, de humanidade, de respeito ao próximo se baseia.

A gestão da saúde, entendida como responsabilidade da secretaria municipal de saúde, em parceria com as demais esferas de gestão, incumbe zelar e monitorar todas estas situações e zelar por elas no sentido de que a prestação de serviços à população seja melhor qualificada.

Diante desse quadro desolador, pergunta-se: onde estão os princípios da universalidade, da integralidade e do acesso? Como está se dando na prática o conceito de saúde? E as ações de promoção de saúde? E o objeto da odontologia? Ainda focado na doença? Como está a tão sonhada ressignificação do objeto de trabalho da odontologia?

A procura dos usuários por atendimento ainda é realizada em momentos de dor, de desespero, de extrema necessidade, que os levam a unidades públicas de saúde, pois outra alternativa não lhes resta para esses atendimentos.

Em atendimentos de urgência, verificam-se necessidades imediatas, e, no entanto, não há disponibilidade de vagas para absorver estes pacientes. Em muitos momentos os profissionais se vêem obrigados a referenciar os pacientes para serviços mais complexos, quando, se houvesse condições, seus problemas e necessidades poderiam ser resolvidos na própria unidade básica de saúde (UBS).

A mesma inquietação aqui explicitada foi relatada pelos profissionais avaliados na pesquisa de Souza et al. (2008, p. S105), na qual um dos profissionais relata que “[...] a referência não funciona e não tem suporte para equipe de alguns especialistas [...]”.

Esses pacientes, ao serem encaminhados para os serviços especializados, como endodontia e cirurgia, observa-se que estes esperam por vagas, durante longos períodos, muitas vezes com a doença instalada, progredindo, e não sendo mais possível realizar a intervenção que antes fora identificada e para a qual foram encaminhados.

Ainda não há uma consciência geral por parte da população sobre as ações de prevenção, de integralidade, de atendimento às necessidades de busca de qualidade de vida, e sim de atendimento às necessidades de cura de uma doença, de uma dor, de algo já instalado.

Os profissionais, que de forma responsável realizam atividades educativas com a população, muitas vezes não conseguem melhorar seu entendimento sobre atitudes preventivas e promocionais de saúde bucal. Isto é perceptível no dia a dia de uma US,

quando se observam comentários do tipo: "Para que serve isto? Que perda de tempo! O que a gente precisa é obturar o dente e é só!".

É neste cenário de profundas reflexões e preocupações que este estudo se justifica para examinar e compreender as percepções dos usuários e dos profissionais de saúde bucal para responder a todas estas indagações, em relação aos serviços odontológicos que lhes são prestados. Para efeito de maior compreensão do objeto deste estudo, descrevem-se a seguir suas principais dimensões.

2 OBJETIVO

Desvelar a percepção dos cirurgiões-dentistas e dos usuários da saúde bucal da ESF acerca do acolhimento e dos demais dispositivos – acesso, vínculo, autonomia, responsabilização e resolutividade – que orientam a atenção integral na saúde bucal nas Unidades de Saúde (US) de Araçás e Ibes, no Município de Vila Velha, no estado do Espírito Santo, Brasil.

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)

A APS foi implementada no Brasil como um dos elementos essenciais para cumprimento da estratégia de "Saúde para todos até o ano 2000", preconizada pela OMS, tendo como principal meta dos países signatários a obtenção, por parte de todos os cidadãos, de um bom nível de saúde, que lhes permitiria alcançar boa qualidade de vida e economicamente produtiva. Essa estratégia foi lançada pela OMS com base nas definições estabelecidas na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em Alma Ata, em 1978, cujo temário principal foi "atenção primária à saúde". Isso desencadeou uma série de reflexões pelo mundo, que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária. O consenso lá lançado foi confirmado pela Assembleia Mundial de Saúde em maio de 1979. A partir da Declaração de Alma Ata, a APS passou a ser definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2002, p.30-31).

A Declaração de Alma Ata especificou as intervenções fundamentais da APS: educação em saúde, saneamento ambiental, programa de saúde materno infantil, inclusive imunizações e planejamento familiar; tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, prevenção de doenças endêmicas locais, medicina tradicional e promoção de boa nutrição (STARFIELD, 2002). Desta forma, pode-se atingir o nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 e, para isto, deve-se adotar uma política de paz e desarmamento, liberando recursos adicionais suficientes para que seja possível atingir a meta acima citada.

A APS serviu como instrumento para estimular a descentralização dos sistemas de saúde; aumentar a cobertura dos serviços de saúde; implementar a participação social em saúde e introduzir mudanças no modelo de atenção. A APS vem exercendo influência significativa na orientação dos processos de reforma dos sistemas de saúde no mundo. Desde a segunda metade do século passado, a APS vem se desenvolvendo como orientadora dos sistemas de saúde de caráter universal em países como Inglaterra, Espanha, Suécia, Holanda, Canadá, Nova Zelândia, dentre outros (TEMPORÃO, 2009). Essas metas, na maioria dos países, só serão possíveis quando esses países encararem a APS como uma estratégia para integrar todos os aspectos dos serviços de saúde.

Uma das principais características da APS é a sua abrangência, que implica que os serviços de atenção primária devem ser capazes de propiciar todos os tipos de serviços básicos de saúde e, esgotada a sua capacidade resolutiva, proceder aos encaminhamentos aos serviços secundários para consultas e exames especializados, serviços terciários para situações específicas e serviços essenciais de apoio, tais como atendimento domiciliar e outros serviços comunitários (STRALEN et al., 2008).

Os graus de integração das iniciativas de atenção primária com as demais esferas dos sistemas de saúde são diferenciados. Alguns países reestruturaram seus serviços de saúde para consolidar os aspectos médicos e de APS. Em Cuba, por exemplo, os médicos são membros da comunidade e residem onde trabalham, podendo assim intervir nas condições de saúde da população, prestando o primeiro acolhimento, resolvendo a necessidade que se apresenta ou encaminhando para os demais níveis da atenção especializada.

Em diversos países da América do Sul a atenção primária está voltada para as populações marginalizadas, sendo desenvolvidas com recursos escassos e por profissionais que prestam serviço civil obrigatório. Nesses países existem políticas de organização da atenção integrando os diferentes níveis de complexidade e o centro de atenção primária, que são a porta de entrada dos usuários no sistema público de saúde, bem como para os profissionais de saúde com vocação para atuar na atenção

primária. Na maior parte dos países latino-americanos, os centros de atenção primária são a porta de entrada do sistema de saúde somente para a população que não tem outras alternativas assistenciais.

Nas nações industrializadas algumas modificações foram necessárias para transformar a atenção médica primária convencional em uma atenção primária mais ampla, como: a mudança do enfoque de doença para saúde, com base na promoção, atenção e cura; inserção da promoção da saúde e uma atenção continuada e abrangente como forma de conteúdo e participação da comunidade. Essas modificações aproximaram o conceito da APS ao que foi estabelecido na Conferência em Alma Ata, direcionando assim os serviços de saúde às necessidades da população. Portanto, os países com uma orientação mais forte para a atenção primária possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos.

3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os debates internacionais acerca dos modelos assistenciais de saúde, como as Conferências de Alma-Ata (1978) e Otawa (1986), posicionaram a saúde como direito humano fundamental e ainda meta social mundial (PASSAMANI; SILVA; ARAÚJO, 2008). A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986, teve como consequência de seus debates as propostas constantes em seu relatório final, que foram incluídas no texto da Constituição Federal (CF) de 1988, que instituiu o sistema estatal de saúde, o SUS. Estas propostas foram enfatizadas por Camelo (2000, p. 30) como sendo a “[...] descentralização da gestão, integralidade das ações, fortalecimento do município, participação da comunidade, regionalização e hierarquização [...]”.

A década de 90, seguinte à constitucionalização do SUS, marcou uma transição nos serviços de atenção à saúde coletiva da população brasileira. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº. 8.080, de 19 de Setembro de 1990, regulamentou o SUS, com ênfase na melhoria da qualidade e no acesso aos serviços prestados à população, os quais vêm sendo foco de inúmeras pesquisas no Brasil, com o intuito de avaliar a eficácia deste

sistema e traçar novas possibilidades (MS, 1990a; TAVARES et al., 2003; LIMA, 2003; MENDES, 2004; ESPOSTI et al., 2006).

O grande desafio do SUS nos dias atuais é atender às reais necessidades dos usuários do sistema (CAMELO, 2000). A CF e a LOS ratificaram a importância da informação da população acerca de sua saúde e do que é o SUS. Dentro desta perspectiva, Tavares et al. (2003), com o objetivo de discutir a questão da (des) informação da população acerca da Saúde e do SUS, através de entrevistas aleatórias, concluíram que o direito à saúde está sendo entendido pela população como caridade e não como direito de todos, conforme determina o texto constitucional.

Torna-se importante citar os princípios estabelecidos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, de acordo com a Portaria MS/GM nº. 675, de 30 de Março de 2006:

- 1) Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
- 2) Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
- 3) Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
- 4) Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
- 5) Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
- 6) Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (MS, 2006b).

A partir da regulamentação do SUS, surgiu a necessidade de reorganização da rede de serviços de saúde. Várias foram as iniciativas pelo Brasil afora, ora fundamentadas no modelo tradicional, ora fundamentados em modelos mais éticos socialmente, dentre eles o modelo da saúde coletiva em sua dimensão da Vigilância da Saúde. Considerando diversas experiências estaduais e, principalmente, municipais no nordeste do país, o Brasil optou pela implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, por meio do Ministério da Saúde (MS) (MATOS, 2003). Baldani et al (2005) pontuam que no início da implantação do PSF houve uma maior adesão por parte dos municípios de pequeno porte, o que vem modificando-se a partir do ano 2000, quando os municípios de médio e grande portes passaram a ter uma maior adesão.

O PSF teve início com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em Junho de 1991, sendo que a regulamentação da profissão dos Agentes Comunitários

de Saúde (ACS) ocorreu em 2002, com a Lei Federal nº. 10.507/2002 (MS, 2002), contando à época com 173.593 ACS atuando nos diferentes municípios, com maior concentração na Região Nordeste. Foi preciso, portanto, onze anos para que a profissão fosse finalmente regulamentada.

É bem verdade que as várias experiências internacionais serviram de base para a implantação da Saúde da Família no Brasil. O Programa Médico de Família, instituído em 1992, em Niterói, RJ, foi a experiência pioneira no país. Este modelo de medicina familiar já vem sendo aplicado com sucesso há anos no Canadá, França, Reino Unido e outros países europeus. Em Cuba, em 1984, observa-se um modelo de saúde alicerçado na medicina familiar, enfatizando a prevenção, e ainda, baseado em um sistema integrado, que consta da vigilância epidemiológica, sanitária, imunização, pesquisa, produção própria de vacinas e vacinação sistemática (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

Stralen et al. (2008) definem a Saúde da Família como sendo a principal estratégia de implementação e organização da atenção primária, com foco na unidade familiar, inserido na comunidade e, ainda, comprometido com a integralidade da assistência à saúde. Os autores fazem uma comparação entre a Atenção Primária e a Saúde da Família, que, neste momento, torna-se interessante ressaltar. Segundo este autor, enquanto a Atenção Primária enfoca a relação médico/paciente, e o agente principal é o clínico, eventualmente assistido por uma equipe, na Saúde da Família, o enfoque é na unidade familiar, e o principal agente é a equipe multidisciplinar. A respeito desta equipe multidisciplinar, Silva e Alves (2008) expõem a necessidade de qualificá-la e capacitá-la, para que haja eficácia e eficiência, tanto no nível de atenção primária como secundária ou terciária. Por sua vez, Cavalcante Filho et al. (2009) comentam que não basta apenas compor as equipes com profissionais de várias áreas; é necessário que os saberes e as tecnologias circulem em benefício do cuidado, inclusive integrando também os usuários.

Em 2006, pela complexidade que encerram suas ações e por seu nível de ação transcender a de um programa como tradicionalmente denominava o MS, o PSF passa a ser denominado ESF (ESPOSTI et al., 2006), pois a esta estratégia de organização

de serviços estavam submetidos todos os *programas*, atualmente denominados de ações programáticas estratégicas, como Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle da Hanseníase, Controle da Tuberculose, Controle da Hipertensão e Diabetes Mellitus, Saúde do Idoso, Saúde Mental e Saúde Bucal, este último, objeto deste estudo. Seguindo este mesmo princípio, o PACS torna-se Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

O principal propósito da ESF foi reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional hegemônico (médio-assistencial-privatista) pelo modelo da vigilância da saúde, levando a saúde para mais perto das famílias e do lugar onde vivem e trabalham as pessoas, e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (OLIVEIRA, 2003).

Para tanto, a Unidade de Saúde da Família (USF), inserida no primeiro nível de atenção, trabalha com territórios de abrangência definidos – distritos sanitários - com população adscrita e problemas identificados. Cabe pontuar acerca dos distritos sanitários que sua origem remete à Reforma Sanitária Italiana, datada 23 de Dezembro de 1978, que institui o Serviço Sanitário Nacional Italiano (PAOLA, 2010), sendo que o protagonista foi Giovanni Berlinguer, professor de Medicina do Trabalho da Universidade de Roma, então deputado no Congresso Nacional, ocupando-se da função de relator da Reforma. Em inúmeras vindas ao Brasil, lançou livros que se tornaram verdadeiros clássicos, ministrou palestras em universidades, sindicatos, conselhos de saúde (NARVAI, 2010), influenciando, e muito, os pensadores da época, que, inspirados na Reforma Italiana, implantaram os distritos sanitários no Brasil. A ideia era proceder com uma subdivisão do município em áreas menores, segundo critérios geográficos, demográficos e social, a que se denominou de territorialização em saúde, com a finalidade de se constituírem os distritos sanitários (UNGLERT, 1995). A importância de se fazer esta territorialização encontra respaldo em sistemas de saúde de vários países, tornando os mesmos mais eficazes, eficientes e equitativos. São eles: Suécia, Finlândia, Inglaterra, Cuba, Costa Rica, entre outros (MENDES, 1993).

A implementação do SUS por meio da ESF trouxe como principais objetivos a mudança de conceitos em torno do processo saúde/doença e das práticas em serviços. Desta forma os profissionais iriam desenvolver atividades a partir de uma visão mais coletiva, preventiva e de promoção de saúde (ESPOSTI et al., 2006), associadas às já convencionais de assistência individual.

Há então uma mudança de foco na atenção à saúde da população, que “passa a ser a família assistida no seu espaço social – área adscrita – com suas singularidades” (SANTOS et al, 2007). Há um resgate de conceitos fundamentais como vínculo, humanização, corresponsabilidade, entre outros (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008). Esta proximidade com a população vai então permitir aos serviços melhor identificar as necessidades reais dos grupos populacionais (PASSAMANI; SILVA; ARAÚJO, 2008).

O atendimento é prestado na UBS ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS), que compõem as equipes da ESF, e pelas equipes de saúde bucal (ESB), constituídas pelo cirurgião-dentista (CD), técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) (ESPOSTI et al., 2006). Assim, esses profissionais e a população adscrita e acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (MEDEIROS; FREIRE, 2005).

Quando os serviços de saúde dão ênfase à comunidade, o trabalho do ACS é muito relevante. O ACS, em suas visitas domiciliares, foca a família como um todo e não mais um indivíduo somente, considerando o seu ambiente social, físico, sua inserção na comunidade, sua realidade familiar, o que vem trazendo uma melhor compreensão do seu estado de saúde, ou, ainda, da relação do binômio saúde x doença. A estratégia busca a educação da família, da comunidade, o que traz, como consequência, um autocuidado em saúde geral e bucal (GOYA, 2007).

Merhy (2002) enfatiza a necessidade de focar o coletivo como superação do modelo médico hegemônico neoliberal, contando com um ordenamento organizacional com uma lógica usuário-centrada, o que proporcionaria a criação de um vínculo entre

trabalhadores e usuários. Em trabalhos anteriores, Merhy (1997) já mostrava a necessidade de foco nos usuários e na sua maneira de representar os seus sofrimentos, produzindo em todos os estabelecimentos de saúde acolhimento, vinculação e responsabilização.

Este modelo liberal-privatista, ainda com fortes raízes no sistema de saúde no Brasil, pauta-se numa postura dos trabalhadores de saúde medicocentrada, que trata os usuários e inclusive os próprios profissionais entre si de uma “[...] maneira impessoal, objetivante e descompromissada [...]” (MERHY, 2006, p. 118). O autor vai além e complementa que este modelo cria uma relação usuário-trabalhador geradora de “[...] não-acolhimento, de não-vínculo, de não-responsabilidade e de não-autonomia[...].” (MERHY, 2006, p. 121-122). O desafio apontado pelo autor é de buscar um outro modo de operar o trabalho em saúde, construindo uma relação do trabalhador com os usuários, de tal forma que o usuário conquiste o que busca ao procurar os serviços de saúde, ou seja, uma forma de melhorar sua vida. Ainda explora que esta relação é presidida por um conjunto de expectativas por parte do usuário (MERHY, 2006). Então, persiste a necessidade da busca contínua por um sistema mais justo e solidário, até que se encontre um equilíbrio e uma adequação na prestação desses serviços aos cidadãos.

Ao relatar o conjunto de expectativas, Merhy (2006) enfatiza os dispositivos que orientam a atenção integral, objeto desta pesquisa. Além dos citados pelo autor: acolhimento, vínculo, responsabilidade e autonomia, torna-se interessante visitar o dispositivo acesso.

A Saúde da Família (SF), quando da sua criação, visava substituir o modelo da atenção básica à saúde, atendendo aos princípios do SUS, em busca do acesso universal e igualitário, com a participação da comunidade. A produção do cuidado se dá com vistas à implantação de uma saúde humanizada, considerando as singularidades e subjetividades de cada indivíduo na análise do processo diagnóstico-terapêutico (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008). É bem verdade que a expansão do ESF vem favorecendo a equidade e a universalidade da assistência, o que é explicado por Alves (2004-2005) pela implantação das equipes de SF, prioritariamente, em comunidades

em que o acesso aos serviços de saúde era muito restrito. Resumindo, o caráter substitutivo da ESF em relação à “atenção básica tradicional” orienta-se pelos seguintes princípios: adscrição de clientela; territorialização; diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na realidade local (SOUSA; HAMANN, 2009).

Em relação ao comentado por Alves (2004-2005) acerca das comunidades, Stralen et al. (2008) descreveram um excesso de demanda por serviços de saúde como um achado significativo no estudo, que enfatiza ser ainda maior nas unidades com SF, fato justificado pelos autores por essas equipes estarem implantadas em bairros com baixas condições socioeconômicas. Ainda é forte o entendimento de que o sistema público de saúde é direcionado para a população de baixa renda.

Em relação à justificativa dada por Stralen et al. (2008), Fernandes, Bertoldi e Barros (2009) com o objetivo de analisar os padrões de utilização dos serviços de saúde em comunidades cobertas pela ESF, concluíram que a utilização da USF local foi maior entre as pessoas com menor nível socioeconômico e sem cobertura por plano de saúde, indicando indivíduos mais pobres como prioritários das ações governamentais.

O acesso, na visão de Jesus e Assis (2010), pode ser entendido como “porta de entrada”, como o local de acolhimento do usuário quando procura os serviços de saúde, além de perceberem o acesso como os caminhos percorridos pelo usuário no sistema de saúde na busca da resolução de sua necessidade.

O acesso foi avaliado por Macinko et al. (2004), que posicionaram como um dos desafios a serem enfrentados pelos municípios a melhoria do acesso aos serviços. Para Pereira et al. (2009), acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde, diretamente associada a oferta. Falar em acesso e desempenho como sendo aspectos que se interligam é de grande risco para entendimentos equivocados. O acesso é de fato visto por todos como algo positivo para o serviço de saúde, porém é preciso avaliar que tipo de acesso é esse, se é resolutivo ou não, se funciona de forma acolhedora para com o usuário, se promove autonomia e se há a construção de vínculo, o que poderia determinar um acesso com desempenho de fato. Vale salientar a fala de um dos Secretários de Saúde entrevistado na pesquisa de Stralen et al. (2008, p. S156),

que afirma com fortes críticas que “[...] a preocupação maior é atingir metas e não usuários [...]”. No estudo destes autores, a avaliação do acesso foi baixa, sugerindo que a introdução da saúde da família não implica necessariamente uma melhoria do acesso (STRALEN et al., 2008). Neste contexto, Silva e Alves (2008) pontuam que o acesso aos serviços de saúde não tem sido um direito garantido a todos.

Contrariamente aos resultados de Stralen et al. (2008) e de Silva e Alves (2008), Passamani, Silva e Araújo (2008), com o objetivo de analisar o processo de construção do acesso à ESF em um território de classe média na cidade de Vitória/ES, concluíram que a implantação da ESF vem ampliando o acesso aos serviços de saúde, assim como em outras experiências implementadas no Brasil; porém, descreveram uma dificuldade de oferecer um acesso amplo aos moradores que trabalham, pois o horário de funcionamento das unidades conflita com o seu horário de trabalho. Em consonância com Passamani, Silva e Araújo (2008), que posicionaram o acesso como um dispositivo que obteve melhora com a introdução da ESF, em uma pesquisa realizada em municípios do Nordeste brasileiro, Rocha et al. (2008) identificaram o acesso como uma das percepções positivas dos usuários, além do bom atendimento da equipe, do fato de a USF localizar-se próximo a sua casa, das prioridades de atendimento, da disponibilidade de vacina e exames, da visita domiciliar, do trabalho dos ACS, da qualidade, das ações educativas e, por último, da resolutividade.

Dentro da discussão acerca do acesso, é importante pontuar que, esgotada a capacidade resolutiva da atenção básica, faz-se necessário referenciar o cidadão para o nível imediatamente superior – atenção secundária especializada. Referindo-se ao acesso aos exames complementares e demais níveis de complexidade, pode-se afirmar que é um problema detectado na rede municipal de serviços de saúde de Vitória (PASSAMANI; SILVA; ARAÚJO, 2008). Em consonância com o exposto, Giovanella et al. (2009) destacaram em sua pesquisa que, apesar de haver avanços na integração da ESF à rede assistencial, ainda permanecem dificuldades de acesso à atenção especializada. A garantia de acesso à atenção especializada enfrenta uma série de dificuldades na implementação, com ênfase na insuficiente oferta de atenção especializada. Rocha et al. (2008) também identificaram dificuldades para serem

conseguidas consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico na média e alta complexidade da atenção.

Uma tentativa de minimizar a dificuldade identificada foi descrita por Gariglio e Marques (2002) com a implantação da Central de Marcação de Consultas Especializadas para organizar o atendimento das especialidades na rede de serviços de saúde, com o objetivo principal de agendar as consultas especializadas referenciadas pelas Unidades Básicas de Saúde e realizadas pelo SUS/ BH, agilizando e facilitando o acesso dos usuários à atenção secundária e mantendo o princípio de equidade na distribuição dessas consultas. A dificuldade de acesso à atenção secundária foi relacionada à baixa oferta de consultas especializadas. E mais: ocorre má utilização das consultas disponíveis, através da repercussão do absenteísmo (ausência de pacientes). Um outro ponto enfocado foi a desorganização da referência e contrarreferência, uma vez que foram observados encaminhamentos equivocados de parte a parte.

Silva, Rivera e Hortale (2007) descreveram uma experiência de integração entre serviços de saúde, denominado Projeto Integrar², que tinha como proposta que o usuário pudesse ser acompanhado pela equipe de saúde da família (ESF), após o diagnóstico do especialista, o que otimizaria a agenda do especialista e evitaria consultas de retorno somente para acompanhamento. A análise do Projeto Integrar mostrou que o fluxo dos usuários entre a USF e o centro de especialidades estava integrado pela central de marcação de consultas, o que funcionou como um ampliador do acesso dos usuários ao nível secundário, porém o cuidado continuava fragmentado, individualizado e centrado em procedimentos, além do fato de que nenhum profissional utilizava o formulário de referência ou contrarreferência elaborado por eles mesmos.

² Os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde podem ser definidos como uma reforma dos sistemas de saúde, empreendida no nível local, voltada para a gestão dos riscos populacionais e da oferta e utilização dos serviços e realizada através de uma rede integrada de unidades de saúde, que presta uma atenção contínua a determinada população. A instituição do Sistema Integrado de Serviços de Saúde implica mudanças profundas na forma convencional que hoje prevalece na organização dos sistemas de saúde. Essas mudanças vão da atenção curativa e reabilitadora à promoção da saúde e à prevenção das doenças; da cura para o cuidado; dos serviços de baixa escala para os de alta escala; da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial; da atenção secundária e terciária para atenção primária à saúde; da atenção hospitalar e ambulatorial para atenção domiciliar; da intuição clínica para a evidência; da liberdade clínica total para uma liberdade restringida por protocolos clínicos; da atenção primária inexistente ou ineficaz para atenção primária eficaz como porta de entrada do sistema; da separação entre procedimentos propedêuticos e curativos para sua integração; de procedimentos eficazes para procedimentos eficazes de menor custo; da exclusividade dos cuidados profissionais para o auto-cuidado (MENDES, 2000). No município de Vitória esse modo de organizar os serviços de saúde foi denominado de Projeto Integrar.

Um outro dispositivo que orienta a atenção integral dentro da ESF é o vínculo. Coelho e Jorge (2009) pontuam que o vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato, e reforçam que, quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, além de propiciar uma troca maior de saberes entre trabalhadores de saúde e comunidade. Cotta et al. (2005) em seu estudo acerca da satisfação dos usuários, encontraram como resultados que os usuários, ao avaliarem positivamente a relação médico-usuário, demonstraram que há uma reiteração do estabelecimento de vínculo entre o profissional e a população, confirmando a importância da ESF. Quando o aspecto avaliado foi o vínculo com os usuários, os resultados encontrados por Stralen et al. (2008) demonstraram ser este mais forte nas equipes de saúde da família do que nos tradicionais centros de saúde. Ainda na pesquisa de Silva, Rivera e Hortale (2007), os profissionais reconhecem a USF como primeiro contato dos moradores com o sistema de saúde, além de construir vínculos. “A ESF foi entendida como lócus privilegiado de operacionalização da integralidade” (SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007, p. 1409). Em contrapartida, Rocha et al. (2008), ao estudar municípios do Nordeste brasileiro, encontraram longos tempos de espera, filas, demora no recebimento dos exames como desafios a serem superados na busca da integralidade da atenção.

Um outro aspecto relacionado ao vínculo foi a alta rotatividade dos profissionais. Os resultados encontrados por Passamani, Silva e Araújo (2008) mostraram que a adesão ao sistema público de saúde é movida pela necessidade, e não pela vontade. A alta rotatividade dos profissionais da atenção básica não permite a criação de vínculo entre eles e a comunidade. Em relação à rotatividade profissional, Stralen et al. (2008) afirmam que a insistência em horário integral de trabalho pela ESF, principalmente em cidades maiores, é uma das causas para esta rotatividade, levando às vezes até mesmo a ausência dos profissionais nas US.

Um outro ponto que pode estar somando ao horário integral para a grande rotatividade profissional é a ideia de que os próprios profissionais tendem a relacionar o serviço público com algo não valorizado. Stralen et al (2008, p. S157) pontuam que, independentemente dos grandes esforços e tentativas de valorizar as equipes de saúde da família por meio de cursos de qualificação, congressos e prêmios, “[...] o médico da

equipe da saúde da família não é socialmente valorizado entre seus pares, onde a valorização é medida pelo uso de tecnologias cada vez mais avançadas”. É bem verdade que há uma defasagem entre o número de profissionais necessários e a cobertura das famílias assistidas. Mesmo assim, a pesquisa de Passamani, Silva e Araújo (2008) mostrou que os usuários da ESF consideram que o serviço foi um ganho para a população e, ainda, que *muita coisa melhorou* (grifo nosso).

Um outro dispositivo a ser mencionado é o acolhimento, tópico que será explorado mais profundamente *a posteriori*. A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008). Um dos seus princípios fundamentais é a atenção integral e humanizada, sendo que uma das principais ações para a humanização da atenção é o acolhimento, o receber bem, o dar respostas às necessidades de saúde da população (BATISTA, 2002).

A humanização é comumente percebida pelos profissionais de saúde e pelos usuários como: tratar com respeito e carinho, amor, empatia, capacidade de colocar-se no lugar do outro, acolhimento, aceitação do outro, diálogo, tolerância, tratar do outro com respeito e educação, aceitar as diferenças e, ainda, resgatar a dimensão humana nas práticas de saúde (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009). A efetivação de ações de saúde cada vez mais humanizadas perpassa por uma relação amistosa, de respeito, cordialidade e, principalmente, de escuta dos anseios, desejos, demandas e sentimentos dos pacientes e de seus familiares, o que contribui para a resolutividade das ações de educação e promoção da saúde (GOULART; CHIARI, 2010).

Na avaliação propriamente dita do dispositivo acolhimento, Silva, Rivera e Hortale (2007) encontraram como resultados que as USF's desenvolvem estratégias para acolher as pessoas que procuram atendimento. E mais: Cotta et al. (2005) observaram como uma relação positiva a avaliação de aspectos como educação, gentileza, boa vontade, acolhimento, cuidado com a saúde, capacidade de escutar e capacidade de entender os motivos do paciente, e como relação negativa o desinteresse no momento da consulta/visita.

Em 2007 havia 27.324 equipes de saúde da família em 5.125 municípios, o que representava 46,6% de cobertura populacional. A partir da decisão pelo MS de inserir as ESB na ESF, as equipes de saúde bucal totalizavam 15.700 em 4.300 municípios, cobrindo 40,9% da população (BRASIL, 2009). Informação mais recente é relatada por Giovanella et al. (2009), que especificam que a ESF está presente em 94% dos municípios, contando com 29 mil equipes e cobertura populacional de 48%, o que corresponde a 92 milhões de pessoas.

Neste momento, vale uma ressalva de que a ESF apresenta melhor desempenho em distritos de menor porte, o que foi explicado por Henrique (2009), uma vez que os municípios de pequeno porte apresentam Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo e por terem iniciado a implantação da ESF mais precocemente, estimulados pelos incentivos federais e pela oportunidade de oferecer à população serviços de atenção à saúde nem sempre disponíveis anteriormente.

Em última análise, ao longo dos doze anos de implantação e implementação da ESF, não houve a ampliação das condições para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil (SOUSA; HAMANN, 2009). Assim, podemos refletir acerca da ESF com a seguinte conclusão:

[...] a saúde da família parece uma estratégia demasiadamente tímida, quanto à antecipação de mudanças, pois aposta muito em objetivos amplos e no papel de agentes comunitários e pouco coloca em questão as relações de trabalho dentro das equipes, condicionadas por longos anos de formação em direções não compatíveis com as propostas e pela forte presença da tecnologia biomédica (STRALEN et al., 2008, p. S157).

3.3 INTEGRALIDADE

Um exame mais aprofundado sobre a integralidade remeteu ao surgimento das primeiras ideias de serviços de saúde integrais, cujo início se deu na primeira metade do século XX, com a criação do *National Health Service* (NHS), no Reino Unido. Em 1946, o NHS estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos (*comprehensive health services*). Em 1971, em Québec, Canadá, o acesso

universal e a integralidade surgiram como temas centrais para a organização dos serviços de saúde, “*La globalité des soins*” (CONILL, 2004).

No Brasil, o debate sobre a integralidade surgiu juntamente com o movimento da Reforma Sanitária na década de 70, como consequência do esgotamento do modelo médico-assistencial-privatista, fragmentado, excludente e injusto socialmente, para dar lugar, já no início da década de 80, a movimentos que preconizavam a integração das ações de saúde na perspectiva da visão holística dos sujeitos. Surgiram à época programas que abrangiam grupos específicos, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) (CONILL, 2004). O movimento da reforma sanitária, que se contrapunha ao modelo hegemônico vigente, dentre outros fortes motivos e iniciativas, assumiu como bandeira de luta a universalidade, a integralidade e a equidade.

A integralidade, então, constitui-se num princípio e, ao mesmo tempo, numa diretriz para a organização do SUS, conforme orienta a CF. O texto constitucional, ao apresentar as diretrizes do Sistema Nacional de Saúde, descreve, em seu artigo 198, a integralidade como “atendimento integral”, assim descrito:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; (grifo nosso).

III - participação da comunidade (MS, 1988).

Assim como no Art. 7º da LOS nº 8.080/90, descreve-se a integralidade na assistência, conforme se segue:

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

II - integralidade de assistência, entendida como 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; [...] (MS, 1990a).

Em uma publicação no ABEn Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem (2007, p. 11/12), há várias relações feitas com o significado da integralidade:

[...] a integralidade como uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, como uma estratégia para a organização da rede de serviços e práticas de saúde, como a integração da rede de serviços, desenvolvimento de recursos humanos, qualificação da gestão, humanização da assistência, entre outros aspectos [...];

[...] a integralidade associada à formulação de políticas públicas e específicas aos problemas de saúde [...] no que tange ao financiamento, planejamento e administração em saúde [...];

[...] mais de um exercício de seleção negociada do que é relevante para a construção de um projeto de intervenção (ou melhor, de um projeto terapêutico) capaz de dar oportunamente respostas ao conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde [...] (Matos, 2004);

[...] a integralidade como prática educativa para a formação de sujeitos crítico-reflexivos, com competência para intervir e transformar a sociedade, de forma a intervir nas situações de desigualdades sociais para melhorar a qualidade de vida [...];

[...] a integralidade como oposição ao reducionismo de políticas focalizadas e assistencialistas, de intervenções de saberes corporativos, de relações objetivadas, ou seja, da não produção de identidades, de sujeitos sociais, como constitutivo do processo de humanização do cuidado em saúde [...];

[...] a integralidade que se conforma a partir de novos padrões de relacionamentos entre instituições, serviços, profissionais e usuários, por meio da permeabilização das tecnociências com a produção de subjetividades, de atores sociais [...];

[...] a integralidade como a perspectiva para a (re)composição da totalidade cindida nos sujeitos, conteúdos, métodos, estruturas, objetivos [...];

[...] a integralidade como possibilidade do acesso ao direito a saúde da população, em sua concepção ampliada [...];

[...] a integralidade como possibilidade transformadora [...] por meio do desenvolvimento da capacidade de negociação e pactuação entre a sociedade civil e o Estado [...].

Para Christófaros (2007), um elemento de essencialidade da integralidade seria a diversidade, a partir do qual podem ser delimitados três tópicos: 1) A integralidade como princípio da igualdade; 2) A integralidade como princípio estratégico; 3) A integralidade como diretriz da atenção à saúde e sua relação com o espaço.

Primeiramente, em relação à integralidade como princípio da igualdade, Christófaros (2007) acredita que há um *fosso entre o jurídico-legal (integralidade como princípio da igualdade) e a realidade do sistema de saúde*, e exemplifica este fato citando o mau atendimento, as filas, a superlotação das emergências, a escassez de equipamentos e instrumentos, além das condições e qualidade das instalações nas US. Prossegue

pontuando a falta de leitos hospitalares e a demora para a marcação de exames e recebimento dos resultados.

Prosseguindo, a autora enfoca o segundo sentido dado por ela à integralidade e pontua que “[...] todo processo de exclusão gerado por multicausas firma-se como estruturante na dinâmica e organização da sociedade [...]”, afirmando ainda que a integralidade como princípio estratégico seria o caminho para a superação deste processo e suas multicausas (CHRISTÓFARO, 2007, p. 6).

Já a integralidade como diretriz da atenção à saúde e sua relação com o espaço é enfocado pela mesma autora como sendo a relação entre integralidade e município, uma vez que este representa a menor unidade geopolítica do país, sendo também o espaço-base do SUS. Neste sentido, a autora levanta questões como a política de atenção básica, a ESF, a gestão dos serviços e de pessoas, as tendências e regulações do trabalho; o financiamento da saúde, os processos de participação e controle social na saúde, passando o município a ser o local privilegiado do planejamento e organização das ações de saúde, além de ser “[...] imagem-objetivo de configuração conceitual, política, operacional e espacial a ser buscada e concretizada [...]” (CHRISTÓFARO, 2007, p. 7).

Numa perspectiva mais ampliada a integralidade pode ser compreendida como um conjunto de serviços e ações de saúde que são ofertados pelo sistema público de saúde à população e, numa perspectiva menor, como sendo a articulação entre as ações tanto preventivas como assistenciais ou, ainda, como um modo ampliado de apreender as necessidades das pessoas (MATTOS, 2003).

A integralidade assumiu e assume tamanha importância no setor saúde que em seu nome e em sua defesa houve a criação do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) pelo Instituto de Medicina Social (IMS) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que é um programa de estudos que reúne um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde. A proposta do grupo é repensar a noção de integralidade a partir da análise, divulgação e apoio a experiências inovadoras. Teve

início em 2000 com um projeto denominado “Integralidade, saberes e práticas no cotidiano dos serviços de saúde”. Dito isto, a integralidade é entendida pelo grupo como sendo uma ação social, um princípio, cujos contextos político, social e histórico encontram-se *embebidos* na Reforma Sanitária Brasileira. Assim sendo, a construção da integralidade baseia-se em interações democráticas envolvendo todos os sujeitos para que, ao provocarem transformações no cotidiano dos serviços, a saúde possa ser garantida como direito de cidadania (LAPPIS, 2009).

Em uma entrevista disponível no *site* do LAPPIS, Mattos (2009), um dos coordenadores do laboratório, pontua que “Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor”. Complementa ainda que a integralidade seria o único princípio do SUS indiscutivelmente finalístico. A atenção integral ou integralidade não representa simplesmente querer ter um consumo de bens e serviços de saúde, mas, sim corpos que estariam funcionando melhor.

A também coordenadora do LAPPIS, Roseni Pinheiro (2009), em entrevista disponível no mesmo *site*, descreve que a definição legal diz que "Integralidade é a integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, em cada caso dos níveis de complexidade". Prossegue afirmando que, na perspectiva dos usuários, a ação integral tem sido frequentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Finaliza a ideia central de sua entrevista definindo a integralidade como “um termo plural, ético e democrático”.

Narvai (2005, p. 38) comenta que “[...] num certo sentido a integralidade *começa* [...], mas não *termina*, nas ações assistenciais. É preciso mais, em outras esferas, em outras dimensões da vida social e política, transcendendo, em muito, os serviços de saúde”.

Em uma iluminada definição poética, a integralidade é

[...] uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas, que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001, p. 43).

Neste mesmo texto, Mattos (2001) se propõe a expor alguns sentidos da integralidade que ele julgou serem os mais relevantes. O primeiro é “Da Medicina Integral à Prática da Integralidade: integralidade como um traço da boa medicina”.

A medicina integral surgiu como uma forte crítica ao arranjo curricular, o que culminou com propostas de reformas curriculares. A ideia principal defendida era a criação de novos currículos, que tenderiam a transformar as tradicionais escolas médicas em “produtoras de médicos com atitudes menos reducionistas e menos fragmentárias” e, desta forma, poderiam entender as necessidades dos seus pacientes de modo mais integral. Portanto, para a medicina integral, integralidade está relacionada a uma nova atitude dos médicos (MATTOS, 2001, p. 47). A medicina integral no Brasil possuía uma proximidade com os departamentos de Medicina Preventiva e coincidia com o nascimento, no Brasil, da Saúde Coletiva.

Nesse sentido articula-se prevenção com assistência, ou seja, “[...] as atividades preventivas, posto que não derivadas diretamente da experiência individual de sofrimento, são profundamente distintas das experiências assistenciais, essas diretamente demandadas pelo usuário [...]” (MATTOS, 2001, p. 51). Dessa forma, Botazzo (2008b, p. 9) expõe a importância de focarmos na assistência além da prevenção. “[...] Sem dúvida, é melhor não adoecer; porém, se adoecermos, a intervenção precoce, ou ainda que feita numa altura qualquer do processo, tem a possibilidade de evitar a piora do quadro e limitar o dano [...]”. Portanto, no encontro entre o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo ou ACS) e o usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional a realização da integralidade (MATTOS, 2001).

O segundo sentido dado à integralidade no texto de Mattos (2001), denominado por ele como “dos Programas Verticais aos Programas Integrais é a integralidade como modo de organizar as práticas”, a integralidade corresponde a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais. Neste contexto, “[...] o princípio da integralidade aqui se aplica a partir da indignação com certas características das práticas então existentes. Indignação que permanece atual [...]” (MATTOS, 2001, p. 56).

Mattos (2001) enfatiza que as equipes das unidades devem pensar desde o horizonte da população e suas necessidades, o que é reforçado por Alves (2004;2005), que declara a necessidade de horizontalização dos programas de saúde, os quais passariam a oferecer à população, em um mesmo local - as US - tanto as práticas assistenciais como as preventivas, evitando a peregrinação dos usuários do sistema. Desta forma, Mattos (2001, p. 58) posiciona a integralidade como marca de um modo de organizar o processo de trabalho, onde “os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população à qual atendem”.

O terceiro ponto focado a respeito dos sentidos dados à integralidade por Mattos (2001) gira em torno da interação entre a “Integralidade e as políticas especiais”.

O autor denomina como políticas especiais as “[...] desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional [...]”. Este sentido da integralidade trata de “[...] respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos [...]” (MATTOS, 2001, p. 59). Neste sentido, podemos citar o PAISM, que representou o início do enfoque da assistência integral, que procurava indicar uma ampliação do horizonte em que os problemas de saúde da mulher deveriam ser pensados. São inegáveis os avanços na integralidade da assistência, produzidos pelo PAISM, mas, como a política assumiu a forma de um programa, é preciso que sejam destacados os seus limites. O autor destaca a resposta governamental à AIDS, como sendo a proposta que mais se aproxima do princípio da integralidade no sentido de focar tanto uma perspectiva preventiva como uma assistencial.

A avaliação da integralidade vem sendo associada ou mesmo confundida com medidas de acesso. Porém não interessa ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos. Portanto, ao se pensar em avaliar a integralidade como uma diretriz do SUS e verificar se os serviços de saúde a estão alcançando, o que deve ser observado é se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais (CONILL, 2004).

Então, no que consistiria este sistema integrado de serviços? Pode-se inicialmente imaginar que o usuário não teria que repetir sua história em cada atendimento; não

precisaria se submeter a repetições de inúteis exames; teria que receber informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e os resultados esperados das opções terapêuticas, o que daria a ele opção de escolha; ter acesso fácil aos profissionais e exames; receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado, o que aumentaria a sua autonomia, além de dispor de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção e ser contatado para prevenir problemas crônicos e complicações (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Silva, Rivera e Hortale (2007) enfocam a dificuldade do alcance da integralidade nas ações em saúde. Posicionam a integralidade como possuidora de duas dimensões: a individual e a sistêmica ou temporal. Na individual, os autores a relacionam com a intensidade do cuidado no ato da atenção à saúde, o que quer dizer que deverá haver uma clínica ampliada, ou seja, baseada tanto no núcleo biomédico, como também nos aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito. Quanto à sistêmica ou temporal, os autores fazem referência a “[...] uma atenção contínua e articulada em rede através de tecnologias de gestão que promovam a integração entre os diversos serviços e a coordenação do cuidado ao indivíduo por todo o sistema de saúde” (SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007, p. 1405).

Finalizando esta parte, Camargo Jr. et al. (2008), ao realizarem uma análise de trinta e um municípios dos Estados de Minas Gerais e do Espírito Santo, em uma de suas categorias de análise a partir da coleta de dados por meio de entrevistas semi-estruturadas, encontraram que a integralidade esteve claramente presente em 6 (19,68%) dos municípios. Em 11 (35,48%) foi categorizada como “incipiente”, sendo ausente em 14 (45,16%) municípios. Na conclusão dos autores, apesar de perceberem avanços na questão do vínculo e da integralidade do cuidado, em que há pelo menos movimentos incipientes na maioria dos municípios, a proposição da ESF, a proposta de reorientação do modelo assistencial, está longe de ser alcançada. Complementam que a pouca penetração das várias estratégias de reorientação, como o acolhimento, mostra a persistência do modelo tradicional com predomínio claro do trabalho medicocêntrico, onde não ocorre uma interação com o restante da equipe de saúde da família.

3.4 INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NA ESF: AMPLIANDO A INTEGRALIDADE

O acesso aos serviços odontológicos no nosso país ainda é precário, o que impossibilita que a população tenha uma saúde plena. Esposti et al. (2006, p. 51) explicam esta realidade como “[...] um reflexo de um sistema de saúde excludente e historicamente deficiente”. Na pesquisa de Souza et al. (2008) constatou-se uma dificuldade de acesso ao atendimento odontológico, apontando número limitado de equipes e a baixa cobertura do programa. Para Nascimento et al. (2009) houve progresso no acesso dos usuários aos serviços, porém, em relação ao direito universal ao acesso à saúde bucal, em todos os níveis de complexidade, os resultados mostraram ser ainda deficiente, necessitando de avanços técnicos e operacionais. A baixa cobertura do programa mencionada acima teve comprovação com a pesquisa de Camargo Jr. et al. (2008), que encontraram como resultados 10 municípios (32,36%) com saúde bucal articulada com a ESF e 12 (38,71%) desarticulada da ESF. Apenas 5 (16,13%) não têm atividades de SB e 4 (12,9%) não forneceram informações suficientes para avaliação do item.

Em 1998, foi realizado um levantamento pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio de Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), que verificou que cerca de 20 milhões de brasileiros, de um total de 160 milhões, nunca foram ao dentista, o que representava 12,5% da população que nunca teve acesso a um tratamento odontológico. Porém, quando se pensa na área rural, há um aumento desses índices que provocam maior estaremto, elevando esta porcentagem para 32% (OLIVEIRA; SALIBA, 2005; EMMI; BARROSO, 2008). Entretanto, torna-se importante avaliar quem são estes cidadãos que nunca foram ao dentista. Será que nunca foram, pois nunca precisaram? Ou por terem medo? Ou por terem acesso e não visualizarem nesta atividade uma importância? Enfim, há muitos também que nunca foram a um endocrinologista, por exemplo, ou a um ortopedista, entre outros profissionais; ressalta-se, portanto, neste momento um olhar crítico a este número que pode à primeira vista espantar, sensacionalizar, mas que mostra, de qualquer sorte, um retrato nacional acerca do acesso às consultas odontológicas, seja por dificuldades em acessá-las, seja ainda por opção própria.

Os dados do SB Brasil 2003 confirmam os dados anteriores. Cerca de 14% de adolescentes brasileiros (faixa etária dos 15 aos 19 anos) nunca foram ao dentista. Existem desigualdades regionais marcantes: menos de 6% dos adolescentes da Região Sul relatam nunca ter ido ao dentista, enquanto que esta percentagem chega a quase 22% na Região Nordeste. Em relação à faixa etária dos 35 aos 44 anos, o percentual diminui para aproximadamente 3%, enquanto que, para a faixa etária de 65 a 74 anos, a porcentagem encontrada na pesquisa é de cerca de 6% (MS, 2003). Neste universo descrito, Camargo, Dumith e Barros (2009), ao analisarem o uso regular de serviços odontológicos entre adultos, observaram que a prevalência de uso regular encontrada foi de 32,8%, quando avaliados os setores privado e público conjuntamente. O uso regular foi pouco frequente, especialmente entre os menos favorecidos (15%), e, ao restringir a análise apenas para usuários do serviço público, observou-se maior utilização regular entre os mais escolarizados. A conclusão dos autores é de que os serviços de saúde, em especial o público, devem trabalhar a fim de incrementar o uso regular e preventivo.

As ações de Saúde Bucal no SUS perpassam pelos princípios de direito básico acessível a todos os cidadãos, que se encontram pautados na universalidade, na integralidade, em um sistema descentralizado e hierarquizado, dividido em diferentes níveis de complexidade (MEDEIROS; FREIRE, 2005). Para estes autores “[...] É importante redimensionar a formação do CD numa perspectiva de aliar a competência técnica ao compromisso social [...]” (MEDEIROS; FREIRE, 2005, p. 31). Cavalcante Filho et al. (2009) também determinam a necessidade de mudanças na formação profissional para que haja um preparo para a atuação no setor público de saúde. Percebe-se que, apesar de a Saúde da Família se constituir em um modelo de atenção primária com visão complexa do usuário, a formação universitária de seus profissionais ainda se pauta na visão fragmentada, reducionista/biomédica, com foco no trabalho individual (MORETTI-PIRES, 2009). Matos e Tomita (2004) também concluíram que a formação dos profissionais é muito tecnicista, e o discurso dos estudantes em relação ao atendimento público é frequentemente confundido com filantropia, havendo, entretanto, muitas instituições que estão em processo de reforma curricular, engajando

se em relacionar a odontologia com o social. Em relação à formação do profissional imbuído do cuidado do usuário da ESF

[...] quando o profissional ingressa na ESF, praticamente não traz uma experiência duradoura, consistente, interdisciplinar e multiprofissional, que já tivesse acontecido na graduação, nos moldes e esquema de funcionamento derivados da lógica funcional da ESF, que fosse exercitada em uma clínica odontológica cujas disciplinas de interesse fossem uma prática preliminar e intercambiada com a necessidade social e epidemiológica da população, voltada para a integralidade do cuidado (EMMERICH; CASTIEL, 2009b, p. 343).

Botazzo (2008a) enfatiza que o campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC) é marcado por uma escassa cobertura da população e vai além: uma baixa oferta de serviços públicos odontológicos. Critica o currículo odontológico que tende a funcionar, como ele mesmo denomina, em um “currículo oculto”, que seria centrado na formação do dentista de consultório particular, apesar das tendências de incorporar novas perspectivas pedagógicas formando profissionais mais comprometidos com as demandas sociais. Há uma predominância da odontologia de consultório e de quatro paredes (EMMERICH; CASTIEL, 2009b).

Emmerich e Castiel (2009a, p. 104) reiteram que os cirurgiões-dentistas continuam sendo graduados dentro de uma “[...] subjetividade descontextualizada voltada para os desejos e as vaidades dos consumidores [...]”. Os autores denominam estes consumidores como ‘consumidor-paciente’, que evidencia o culto ao corpo e à estética bucal. Prosseguem dizendo que o processo de formação é centrado no CD e seu consultório, distanciando de uma construção social entre os trabalhadores da saúde bucal e a sociedade.

Em uma reflexão sobre a reforma curricular, Mattos (2008, p. 67) afirma que para esta acontecer é necessário “[...] incorporar ao debate as propostas de desenvolvimento de tecnologias leves que envolvam habilidades de comunicação, negociação e educação [...]”, além de novos cenários para que isto tudo seja possível.

A comunicação foi foco de estudo de Oliveira et al. (2008), que determinam que a comunicação deve ser trabalhada entre todos os atores envolvidos nas práticas de saúde, de forma franca e objetiva, visando à criação de vínculo. Porém, os autores enfocam que a competência comunicacional não é inata, demandando permanente

aprendizado, o que reforça a reflexão acerca da reforma curricular que inclua o desenvolvimento de habilidades como a comunicação.

Cord e Knupp (2008) reforçam esta necessidade de reforma curricular, uma vez que colocam o ensino ainda focado no modelo flexneriano, fragmentado em disciplinas igualmente segmentadas, com um privilégio do atendimento individual e especializado em detrimento do coletivo. A ênfase ainda é curativa e reabilitadora, e a formação universitária ainda se encontra muito deficiente quanto aos assuntos que enfocam aspectos sociais, preventivos e ainda psicoafetivos.

Macau (2008, p. 5) lista os maiores problemas que a Saúde Bucal possui; são eles “[...] práticas assistenciais mutiladoras, precariedade do acesso aos serviços de saúde bucal, violação do princípio de que todos têm direito igual, conhecimento mais técnico e menos voltado às tecnologias de relação entre sujeitos[...]”.

Vale ressaltar que, entre essas duas vertentes de pensamento e de práticas em serviço, a política de saúde bucal nos dias atuais preconiza a intensificação de ações promocionais de saúde e preventivas de doença bucal, e que as ações clínicas individuais sejam as menos mutiladoras possíveis, restringindo-se as situações sem outra alternativa de solução.

Considerando a saúde como direito cidadão e a saúde bucal como parte constitutiva e determinante da saúde geral da população, é fundamental que a saúde bucal esteja presente e organizada conjuntamente com as demais ações básicas de saúde. Para a solução e controle desses problemas, há necessidade do trabalho multidisciplinar, e, nesse sentido, foi acrescida à Equipe de Saúde da Família (ESF) as ESB, com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas, respeitando os seus princípios organizativos e operacionais.

Para tanto, foi, então, publicada a *Portaria MS/GM nº. 1.444*, de 28 de dezembro de 2000, na qual o MS previa incentivos financeiros direcionados para a reorganização da atenção em saúde bucal (MS, 2000). Logo a seguir, o MS publicou a *Portaria GM nº. 267/2001*, que dispunha sobre as normas e diretrizes do Plano de Reorganização das

ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, em março de 2001 (MS, 2001). No mesmo ano de 2001, a odontologia foi inserida na ESF para suprir a carência da população necessitada e excluída do direito de acesso ao tratamento odontológico (MEDEIROS; FREIRE, 2005; PESSOA, 2005; ESPOSTI et al., 2006).

Vale salientar que, naquele momento, a inclusão da odontologia na ESF não foi apenas um ganho para a população. É importante expor que houve um ganho também para os profissionais de odontologia. Baldani et al (2005) reforçam a ideia de aumento da possibilidade de inserção no mercado de trabalho dos cirurgiões-dentistas, com a inclusão da odontologia na ESF. Emmerich e Castiel (2009a) comungam da mesma opinião quando posicionam o serviço público como “importantíssimo” mercado de trabalho para o CD. O mesmo entendimento é acompanhado por PUCCA JR (2006), que afirma que os ganhos de uma política nacional de saúde bucal não são apenas para os usuários do sistema de saúde, mas também para os profissionais de saúde bucal, que terão um campo de trabalho importante. Em recente estudo sobre o perfil do cirurgião-dentista brasileiro, realizado pela Estação da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil, vinculada ao Ministério da Saúde, revela que, entre 2002 e 2009, o número de CD's ligados ao SUS cresceu 49%, passando de 40.205 para 59.958, o que representa quase um terço dos dentistas. Outros dados interessantes foram que 68% dos profissionais que atuam na ESF e nas ESB têm menos de quarenta anos de idade. Um terço tem menos de 30 anos, o que caracteriza uma força de trabalho bastante jovem. Em relação à escolaridade, 92% dos dentistas nas ESB têm apenas graduação. A análise das informações sobre idade e formação acadêmica permite concluir que o SUS é uma oportunidade de primeiro emprego para os dentistas (CFO, 2010).

A inclusão da saúde bucal na ESF ainda não é uma realidade em todos os municípios, mas aos cirurgiões-dentistas cabe responsabilizar-se por uma população adscrita, tanto no modelo convencional quanto na ESF, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de planejamento, do acompanhamento e da avaliação das ações desenvolvidas, devendo observar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.

Oliveira e Saliba (2005, p. 301) enfatizam que, para haver a concretização da inserção da odontologia na ESF, “[...] é preciso entendê-la como uma estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde, respeitando seus princípios ‘sagrados’ de participação popular, integralidade, equidade, universalidade, hierarquização e regionalização”.

Em 2004 o MS lançou o Programa “Brasil Sorridente”, com o objetivo de ampliar a assistência odontológica à população brasileira. Este programa prevê incentivos para as ESB da ESF (MS, 2004a). Pucca Jr. (2006), em sua entrevista realizada em 2005 como Coordenador Nacional de Saúde Bucal, posiciona o Brasil Sorridente como a política de saúde bucal do SUS. Afirma que é a primeira vez na história que o Governo Federal desenvolve uma política nacional de saúde bucal, pois, até o ano de 2002, havia apenas a concessão de incentivos isolados à saúde bucal. Para tanto foi preciso que se pensasse em alterar o processo de trabalho, baseando-se na interdisciplinaridade e no multiprofissionalismo; na integralidade da atenção; na intersetorialidade; e na ampliação e qualificação da assistência. O autor afirma que, para isso, era preciso “[...] qualificar a atenção básica, assegurar a integralidade das ações, utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento, centrar a atuação na vigilância em saúde, financiar e definir uma agenda de pesquisa científica [...]” (PUCCA JR, 2006, p. 243-244).

Esta política de saúde bucal está estruturada em grandes frentes de ação, sendo que a primeira delas é a reorganização da atenção básica com clara opção pela ESF como proposta preferencial pelo MS. Foi realizada a ampliação da atenção na rede básica, pelas equipes de saúde bucal, de saúde da família, e com ampliação das ações de promoção à saúde bucal e também do leque de procedimentos clínicos que são ofertados na atenção básica, o que resulta numa melhoria da resolutividade.

Uma vez repensada e reprogramada a atenção básica, o foco do MS foi a qualificação da média complexidade para dar respostas igualmente qualificadas à SF. Além do atendimento básico, pelo Brasil Sorridente, a população passou a ter acesso também a tratamento especializado na rede pública, por meio de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que começaram a ser instalados em todos os estados brasileiros

com base na portaria GM nº 1.570, de 29 de Julho de 2004, com o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados (MS, 2004b).

Frazão e Narvai (2009) definem os CEO como unidades de referência para as US, encarregadas da atenção odontológica básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional. Ainda reforçam que os custos para seu funcionamento são compartilhados por estados, municípios e governo federal.

Pucca Jr. (2006) posiciona o Brasil Sorridente em números e afirma que já eram 161 CEO's implantados em 86 municípios de 21 estados e Distrito Federal, em 2006. Segundo a Coordenação Nacional de Saúde Bucal do MS, em agosto de 2008, este número já havia aumentado para 675 CEO's em funcionamento no país (FRAZÃO; NARVAI, 2009). Nos CEO's são oferecidos à população acesso a periodontia, endodontia, cirurgias orais, diagnóstico de câncer bucal e atendimento a pacientes com necessidades especiais. Complementando, Figueiredo e Goes (2009) retratam que em função dos recursos físicoestruturais os CEO's podem ser classificados em três tipos: tipo I (três cadeiras odontológicas); tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas); e tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Retratam ainda que os CEO's devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de CEO.

Apesar dos grandes avanços, Figueiredo e Goes (2009), ao avaliarem 22 CEO, concluíram em sua pesquisa que a assistência odontológica em serviços públicos no Brasil ainda se encontra focada na atenção básica e, mesmo assim, com uma grande demanda reprimida, com pouca presença da atenção especializada, e essa demanda reprimida supera em muito a encontrada na atenção básica, sendo, portanto, esta um reflexo daquela. Ainda prosseguem contemplando a baixa capacidade de oferta dos serviços especializados, o que não permite que haja o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal.

Em consonância com os achados de Figueiredo e Goes (2009), Martelli (2008) encontrou como resultados a falta de uma rede de referência e contra-referência

oficializada para a saúde bucal, comprometendo a qualidade da assistência prestada, além de não assegurar o acesso aos demais níveis de complexidade.

Reforçando os achados de Martelli (2008), Pimentel et al. (2008) constataram que, além da grande demanda, a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária compromete o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal. Ainda ressaltaram o parecer de que a expansão da rede assistencial de Atenção Secundária e Terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica.

Além destas pesquisas citadas acerca do sistema de referência e contrarreferência, as pesquisas de Souza e Lopes (2003), de Pires et al. (2007) e de Rocha et al. (2008) também identificaram dificuldades na integração entre os serviços de referência e contrarreferência, também para serem conseguidas consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico na média e alta complexidade da atenção.

Apesar de representar o discurso oficial do governo, necessitando de uma leitura crítica, torna-se interessante citar as palavras de Pucca Jr. (2006), que, ao fazer uma menção entusiasta, em relação ao Projeto Brasil Sorridente, diz:

É a primeira vez que o governo federal passa a oferecer à população tratamento odontológico especializado na rede pública. Até o lançamento do Brasil Sorridente, apenas 2,8% dos procedimentos odontológicos realizados no SUS eram de tratamento especializado. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, aplicação de flúor e resina [...] (PUCCA JR, 2006, p. 245).

Mesmo com a definição de uma Política Nacional de Saúde Bucal, ainda não se atingiu o esperado enquanto resultados que mudassem a realidade do povo brasileiro, o que se espera que ocorra, ainda que gradualmente, como se pode comprovar por depoimentos de vários autores. A posição triunfalista de Pucca Jr. (2006) deve ser avaliada com cuidado. É bem verdade que muito se conquistou com a Política Nacional de Saúde Bucal denominada de Brasil Sorridente, mas também é bem real hoje nos serviços odontológicos do SUS, inclusive nas US da ESF, que há, sim, ainda um modelo de atendimento baseado na demanda reprimida, que não consegue suprir a necessidade da população adscrita à US, que deve ser coberta pela ESF. Torna-se imprescindível avaliar toda a evolução conquistada, delineando todo o caminho que

ainda deve ser traçado para que realmente haja uma mudança verdadeira nos serviços públicos odontológicos, determinar todos os desafios, os limites, pesquisar e avaliar os serviços e acrescentar as devidas mudanças, para que a cobertura populacional e os resultados esperados sejam maximizadamente atingidos em todo o território nacional.

Botazzo (2008a) realça que o CD pouco se relaciona tecnicamente com outros profissionais na unidade básica, considerando-o um ator social isolado, não havendo portanto a interdisciplinaridade, que é prevista e desejada pela Política Nacional de Atenção Básica, que se efetive por meio da ESF. O autor segue explicitando e posicionando a odontologia como uma ciência que fala de dentes e de boca humana de um ponto de vista biológico, enquanto a integralidade é expressão de relações sociais, políticas e culturais. Portanto, está-se diante de uma impossibilidade teórica e prática. O distanciamento de práticas interdisciplinares também foi um achado na pesquisa de Santos e Assis (2006), apresentando uma concepção compartimentalizada do conhecimento de cada área.

Para Baldani et al. (2005) o fato de a odontologia não estar presente desde o início da ESF pode explicar o isolamento dos CD's em relação aos demais profissionais. Através de estudo, os autores encontraram que 87,6% dos dentistas que responderam o questionário relataram haver envolvimento entre a equipe odontológica e o restante da equipe de saúde da família, sendo que apenas 12,4% relataram reuniões semanais, 42,9% mensais e 25,7% esporádicas. Ainda como indicador de pequena aproximação entre as equipes foi o fato de que apenas 29,5% utilizavam um prontuário único para registrar os atendimentos aos pacientes. A falta de envolvimento entre ESB e ESF também foi um achado na pesquisa de Lourenço et al. (2009). Neste momento, vale uma análise crítica acerca deste isolamento do profissional da odontologia em relação aos outros profissionais. É bem verdade que este isolamento é histórico, valendo-se de uma necessária reforma curricular, para que os futuros profissionais, engajados no setor público odontológico, tragam novo pensar e novo ver fazer a odontologia, de tal forma que haja a aproximação possível com os outros profissionais. Esta nova matriz curricular, caminhando como um novo projeto políticopedagógico objetivando traçar um perfil específico do profissional que deseja formar, traz novos dispositivos, novas

alternativas, visando a uma formação profissional baseada em afetologia, tanto com a equipe como com o usuário do sistema.

É verdade que não se pode, sob pena de defender a promoção e a prevenção em saúde bucal, desprezar a assistência clínica individual; não há, portanto, a intenção de excluir o conhecimento, a prática, a reabilitação, a odontologia curativa, porém torna-se fundamental a inclusão da prática social. Dentro desta perspectiva, torna-se interessante pontuar que a clínica não é algo ruim e que deva ser excluído da prática diária dos serviços de saúde, porém a clínica deve ser vista de uma maneira diferenciada. Botazzo complementa que “[...] A boa clínica faz parte da integralidade em saúde e propicia bem-estar ao paciente [...]” (BOTAZZO, 2008c, p. 83-84). Desta forma, “Doenças precisam ser tratadas, e bom conhecimento técnico é necessário, mas o ato de cuidar representa, sobretudo, um compromisso entre os membros da equipe de saúde e as pessoas, em busca de melhor qualidade de vida” (TEIXEIRA, 2008, p. 121).

Retomando a perspectiva regulatória da Saúde Bucal inserida na ESF, em 6 de março de 2001, a *Portaria MS/GM nº. 267* regulamentou a *Portaria MS/GM nº. 1.444/2000*. Nestas portarias há um delineamento das bases para a reorganização das ações de saúde bucal em sua atuação dentro da atenção básica. Porém, há uma diferença em relação aos outros profissionais de saúde da ESF, uma vez que eles trabalham em uma área adscrita específica, enquanto que os profissionais da saúde bucal devem exercer suas atividades em duas equipes distintas. Ainda por esta portaria, a inserção da odontologia poderia ocorrer sob duas modalidades: a Modalidade I, composta por um CD e um auxiliar de consultório dentário (ACD), e a Modalidade II, composta por um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD) (MS, 2000; MS, 2001; ANDRADE; FERREIRA, 2006; ESPOSTI et al., 2006).

Em 3 de Junho de 2003, a *Portaria MS/GM nº. 673* estabelece que o número de equipes de saúde bucal implantadas pode ser o mesmo das ESF, porém não há a obrigatoriedade da inclusão do dentista na equipe considerada mínima, o que ficará a critério de cada gestor (MS, 2003). Em 28 de Março de 2006, a *Portaria MS/GM nº. 648* estabeleceu a Política Nacional de Atenção Básica, proporcionando uma revisão de todas as ações e diretrizes da atenção básica e da Saúde da Família, incluindo

determinações acerca das atribuições das ESF, ACS e ESB (MS, 2006a; ESPOSTI et al., 2006).

De acordo com o MS, tem havido a expansão do número de equipes de SB em todo o país, sendo que em 2004 haviam sido implantadas 7.131 equipes, atendendo cerca de 39 milhões de usuários. Segundo Esposti et al. (2006), em 2006, o número de equipes de saúde bucal era de 13.136. Em 2007, as equipes de saúde bucal totalizavam 15.700 em 4.300 municípios, cobrindo 40,9% da população (BRASIL, 2009). Já em 2008, as ESB encontram-se presentes em 4.857 municípios com cobertura de 44% (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

Vários foram os estudos realizados com o intuito de avaliar a inserção e atuação da ESB. Para Levy, Matos e Tomita (2004), é preciso estimular o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e educação, bem como a correspondente capacitação profissional. Da mesma forma, Frazão e Marques (2009) revelaram que houve mudanças positivas na percepção da população em relação a aspectos de saúde bucal, na autoconfiança e no acesso e uso de serviços odontológicos. Uma outra pesquisa que merece ser mencionada, realizada por Emmi e Barroso (2008), demonstrou que os conhecimentos sobre saúde bucal evoluíram, especialmente a respeito do flúor e do fio dental, reforçando que o trabalho da ESB tem sido eficiente. Os entrevistados mostraram-se satisfeitos com a qualidade do atendimento prestado pela ESB e, ainda, consideraram que, após a implantação da ESB, houve uma melhora considerável de sua saúde bucal. Também para Pereira et al. (2009), a incorporação da ESB na ESF apresenta impacto positivo quando comparado com áreas sem cobertura. Por outro lado, Santos e Assis (2006) encontraram como resultados que a prática é organizada através de ações individuais e coletivas, construídas por uma demanda reprimida; que o atendimento é fragmentado com a valorização excessiva da técnica e da especialidade, baseado no modelo medicocentrado e uma resolutividade limitada.

Para Medeiros e Freire (2005) a inclusão de profissionais da saúde bucal na ESF é um dos instrumentos para ampliar o atendimento odontológico no país. Contrariamente, Andrade e Ferreira (2006) concluíram que a inserção da odontologia parece ter sido de direito, mas não de fato e que os princípios da ESF são perdidos pela grande demanda

reprimida e dificuldades administrativas, distanciando o serviço da proposta de melhoria da qualidade de vida da população. Esposti et al. (2006) enfatizaram que a implementação da odontologia ocorre frequentemente sem um planejamento prévio, baseando-se apenas no atendimento de uma demanda espontânea. Na pesquisa de Lourenço et al. (2009), os pontos positivos encontrados foram: princípio da universalidade, a jornada de trabalho de oito horas e a ampliação quantitativa, possibilitando maior acesso aos serviços de saúde bucal, e, como pontos negativos, a falta de capacitação das ESB, a demanda excessiva, a precarização das relações de trabalho e a falta de envolvimento entre ESB e ESF. Assim sendo, Elias et al. (2006) através da comparação entre os modelos de SF e UBS nos diferentes estratos de exclusão social, mostrou que para os usuários, no geral, a ESF é superior à UBS, enquanto que para os profissionais e gestores não se revelaram diferenças relevantes entre estas duas modalidades nos três estratos de exclusão social.

Numa reflexão mais detida sobre os atores sociais envolvidos na saúde bucal coletiva e na integralidade na atenção à saúde, Beltrame e Narvai (2008) explicitam que esta só será alcançada por meio da:

[...] soma e da articulação de esforços, envolvendo desde a academia (e a necessária revisão de currículos e reorientação de linhas de pesquisa), passando pelos gestores de saúde pública (e a urgência em rever programas e serviços inadequados), chegando, por fim, ao cidadão e sua comunidade. Estes, como usuários do sistema de saúde e detentores constitucionais do direito universal à saúde, devem exercer o controle social (BELTRAME; NARVAI, 2008, p. 33).

Porém, Cord e Knupp (2008) citam em um de seus estudos que a integralidade não é verificada na prática diária dos serviços de saúde. Os profissionais estão despreparados para lidar com os aspectos subjetivos na atenção aos usuários; as chefias privilegiam cobranças quantitativas e desconhecem as dificuldades cotidianas dos profissionais no atendimento aos usuários; os gestores subutilizando o potencial das relações interpessoais e, ainda, usuários insatisfeitos e desamparados.

Em síntese, vale ressaltar que:

A odontologia e as políticas públicas evoluíram do campo meramente curativo, restaurador, mutilador e individual para uma abordagem ampliada da saúde que considera o indivíduo com suas necessidades físicas (curativas) e psicológicas

(subjetivas), observando tanto os usuários dos SUS quanto os trabalhadores de saúde (BARTOLE, 2008, p. 171).

Mediante este quadro teórico-conceitual e pesquisas diversas, claro está que a integralidade configura-se em imagem-objetivo do SUS, que se traduz numa busca constante e incessante pela responsabilização e resolutividade das necessidades e demandas sociais por saúde. A saúde bucal se insere neste cenário, com o desafio ainda maior de articulação em rede, da atenção básica até a mais alta complexidade tecnológica e custos, na medida em que uma política nacional foi recentemente editada, e num Brasil tão desigual e tão diverso ainda serão envidados muitos esforços no sentido da integralidade na saúde bucal.

Pucca Jr. (2006) expressa em uma pequena frase tudo o que se espera da inserção da odontologia na ESF, da SBC e da atenção integral na odontologia, quando diz que: “Cuidar da saúde bucal é resgatar a dignidade do cidadão” (PUCCA JR., 2006, p. 246).

3.5 ACOLHIMENTO

As definições de acolhimento são muito ricas na literatura. Acolher significa, entre outras coisas, dar crédito a; dar ouvidos a; tomar em consideração, determinando em instância mais aprofundada, em relação aos serviços de saúde, a facilitação do acesso da população aos serviços de saúde, ofertando uma assistência adequada (CORDEIRO, 2002). Takemoto e Silva (2007, p. 331) o colocam como uma “[...] etapa do processo de trabalho e enquanto um modo específico de encontro [...]”. Teixeira (2003) define acolhimento como uma “rede de conversações”, sendo que o acolhimento seria encontrado em todos os lugares, interligando qualquer conversa, conectando-a e, ainda, em qualquer encontro do usuário com trabalhadores. Para efeito desta reflexão, vale salientar que se entende como trabalhadores todos os sujeitos envolvidos com o processo de acolher o usuário na US, desde a porta de entrada até o atendimento pelo profissional mais especializado. Merhy (1997) comenta que até mesmo um vigia pode ter uma atitude mais “acolhedora”, ou não, e, como qualquer outro trabalhador da saúde, pode interferir claramente no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho, ou mesmo comprometer todo o processo.

O acolhimento é visto, então, não como uma atividade em si, mas como conteúdo de toda atividade assistencial, uma etapa do processo de trabalho, e esta etapa se responsabilizaria por todo o atendimento da demanda espontânea (TAKEMOTO; SILVA, 2007). Pode-se dizer que o acolhimento se fundamenta na reversão da lógica da oferta e demanda, uma vez que identifica e prioriza os usuários com maior risco; conseqüentemente, diminui as desigualdades e, ainda, respeita as necessidades individuais ou coletivas (SHIMAZAKI, 2004). O acolhimento é, ainda, entendido como: “[...] postura diante do usuário e suas necessidades [...]” e “[...] dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade [...]” (TAKEMOTO; SILVA, 2007, p. 333). Neste mesmo sentido, Scholze, Duarte Júnior e Flores e Silva (2009) posicionam o acolhimento como um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado em saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Ressalta-se que o acolhimento como diretriz operacional passou a ser implantado na década de 1990 (SOUZA et al., 2008).

Tavares, Siqueira e Cardoso (2003) comungam da ideia de que o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, integralidade, resolutividade e humanização do atendimento. Nas palavras de Santos e Assis (2006, p. 60), “[...] nem sempre é possível curar ou resolver uma necessidade apresentada, mas é sempre possível cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro [...]”.

Para Camelo (2000, p. 31), o acolhimento é visto como um modelo, um processo, uma relação de ajuda. Ainda enfatiza que “[...] o relacionamento humano nos serviços de saúde é um elemento essencial para melhorar a assistência [...]”. Para os usuários dos serviços de saúde e seus familiares, o acolhimento pode ser entendido como um modo fundamental na escuta, na orientação, na informação e no encaminhamento adequado (FURTADO, 2002). O acolhimento tem a premissa do usuário como ponto central, escutando-o e buscando a humanização e a integralidade do atendimento (Campos et al., 2007).

Camargo Jr. et al. (2008, p. S59) trazem uma definição do acolhimento como sendo “[...] um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se

organizam os serviços de saúde, como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde [...]”. Os autores determinam três dimensões para o acolhimento; são elas: o acolhimento como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços. Como *postura*, dizem os autores que o acolhimento pressupõe a atitude dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar de uma forma humanizada os usuários, valorizando suas demandas. O acolhimento como *técnica* é definido como um forma de instrumentalizar a geração de procedimentos e também de ações organizadas. Como *princípio de reorientação de serviços*, o acolhimento representa um projeto institucional, que funcionará como norteador de todo o trabalho realizado pelos profissionais, pelos gerentes e pela equipe.

Reforçando as ideias acima referenciadas, o acolhimento seria uma retomada da reflexão sobre a universalidade do acesso e ainda o resgate do conhecimento técnico das equipes; com isto, haveria a intervenção dos profissionais de saúde na assistência individual e coletiva. É uma mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender a demanda de todos que procurarem os serviços de saúde. Deve ocorrer em todos os locais e momentos na Unidade. Significa dizer que o acolhimento destina-se a garantir a universalidade com escuta qualificada de todos que chegam à US (CAVALCANTE FILHO et al., 2009). Neste contexto, é a necessidade de saúde que deve definir ofertas de um serviço.

Cavalcante Filho et al. (2009) traçam um comparativo do acolhimento com a triagem, com a sala de espera e com a pré-consulta. É preciso ter em mente que o acolhimento não é triagem, ele deve extrapolar a classificação de riscos que normalmente determina a sequência de ações; não é uma sala de espera, e sim um espaço de encontro, e, por último, não é uma pré-consulta, pois deve funcionar integrando os trabalhadores e usuários na construção de projetos terapêuticos individuais e coletivos.

Conforme descrito no Protocolo de Acolhimento e Avaliação Inicial de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória (2004), o fluxo de acolhimento deve se dar na seguinte ordem: recebe o cidadão; faz escuta ativa; avalia o risco; resolve/encaminha/estabelece

vínculo/ ou informa. Seguindo o mesmo princípio, Malta et al. (2000) determinam o seguinte fluxo conforme figura abaixo.

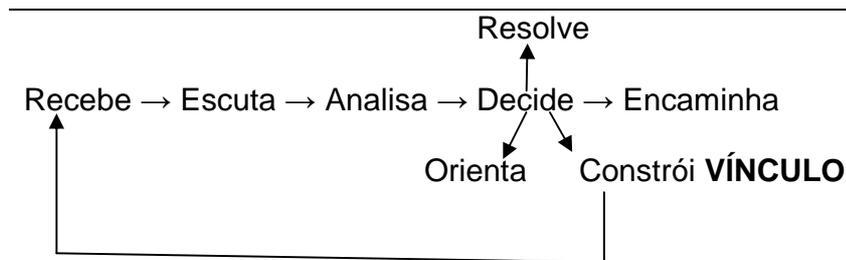


Figura 1: Recepção do usuário e possibilidades de respostas.

Fonte: Malta et al., 2000.

Um outro ponto que a literatura vem enfatizando em relação ao acolhimento é a questão de promover a mudança da condição de paciente para a de cidadão colaborador, além de estabelecer um novo pacto com as lideranças comunitárias, comitês, conselhos, comissões de saúde, entidades civis e demais órgãos do governo, de tal forma que haja a corresponsabilização pelo cuidado com a saúde, não só dos indivíduos, como também das famílias como um todo e toda a comunidade envolvida (SHIMAZAKI, 2004).

Na classificação das tecnologias do trabalho em saúde, Merhy (2002) classifica o acolhimento como uma tecnologia leve, juntamente com o vínculo e a autonomização, uma vez que são tecnologias de relações. Pode-se fazer uma relação entre o acolhimento e o vínculo, na qual Campos et al. (2007) pontuam que o acolhimento permite a criação de vínculo entre as equipes multiprofissionais e sua respectiva população adscrita. Vínculo é visto por Oliveira et al. (2008) como fundamental para criar uma relação de confiança, levando o usuário a aderir às ações de saúde que forem propostas a ele, de tal forma que haja um envolvimento com o seu próprio cuidado. Ainda em relação ao vínculo e ao acolhimento, Botazzo (2008c, p. 84) faz referência à anamnese como sendo “[...] um momento precioso para a formação do vínculo, é onde o sujeito se sente acolhido, é onde se recolhe a história de vida [...]”. Dentro do exposto, Coelho e Jorge (2009) descrevem que o acesso, o acolhimento e o vínculo, conjuntamente, visam a uma mudança quanto às dificuldades enfrentadas

pelos usuários para chegarem ao local de atendimento, receberem uma informação adequada por parte dos profissionais de saúde, conseguirem uma consulta e, ainda, mediante agendamento, garantirem de fato o seu retorno.

Sá (2005) enfatiza que trabalhar na recepção ou na triagem, isto é, na porta de entrada do usuário ao sistema de serviços de saúde é sempre desgastante para os profissionais, que muitas vezes atuam como barreira entre o usuário e o serviço e, ainda, são alvo de agressões por parte da população, até mesmo física (DESLANDES, 2002). A porta de entrada é o local onde se dá a primeira leitura, a primeira interpretação e a validação (ou negação) da “entrada” efetiva do paciente, não só no atendimento de saúde bucal, mas em toda a sua circulação no sistema de saúde. A recepção do usuário nos serviços constitui-se em espaço primordial de investigação, elaboração e negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas (SÁ, 2005).

É interessante posicionar o trabalho em saúde nos meios de produção. Takemoto e Silva (2007, p. 331) enfatizam que “[...] o consumo se dá imediatamente no momento da produção [...]”. Com esta relação, há então a construção de um espaço intercessor entre os usuários e os profissionais da saúde em geral. Neste espaço, tem-se então um jogo de encontro e negociação de necessidades, no qual se situa o acolhimento (TAKEMOTO; SILVA, 2007). A ideia do espaço intercessor é reforçada por Merhy (2002), que o posiciona no interior de um processo de trabalho, particularmente dirigido para a produção dos atos de cuidar, no qual esse espaço sempre existirá nos encontros entre os usuários e os profissionais.

Franco, Bueno e Merhy (1999) enfatizam a ideia do “espaço intercessor”, onde em todo lugar há um encontro entre o trabalhador e o usuário e que, nesse momento há o processo tecnológico envolvido para que o vínculo ocorra e a intervenção se proceda, de tal forma que haja a conquista de controle do sofrimento, além da produção de saúde.

A outra possibilidade enfocada pelos autores sobre o acolhimento refere-se ao momento de receber os clientes de um estabelecimento de saúde, onde, sob o olhar de acessibilidade, haja uma intervenção no processo de produção de uma relação serviço-

usuário, sendo que o acolhimento estaria funcionando como um “[...] dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção aos usuários [...]”, o que irá efetivar a construção de relações clínicas das práticas de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 346).

Miranda e Miranda (1986) fazem uma interessante abordagem, através do “modelo de ajuda” de Robert R. Carkhuff e Bernard G. Berenson, das habilidades interpessoais. Eles as definem como o grupo de pessoas significativas, os ajudadores e o grupo de pessoas que sofrem a influência dos ajudadores, seja ela direta ou indireta. Os ajudados possuem habilidades específicas, sendo que as necessárias aos ajudadores são: atender, responder, personalizar e orientar. Assim o ajudado interage e promove sua própria mudança, passando pelas seguintes fases: envolver-se, explorar, compreender e agir.

Schimith e Lima (2004) relacionam o acolhimento como um arranjo que busca a garantia de acesso aos usuários, através da escuta, resolvendo os problemas mais simples ou referenciando-os quando necessário. Assim relacionam o acesso com o acolhimento, ocorrendo uma abertura dos serviços para atender a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma dada população de uma região.

Ainda Aguiar (2002) refere que o acolhimento não se reduz a atender bem, a um serviço de recepção eficiente, nem a um bom dia e a um sorriso no rosto, porém tudo isto faz parte da proposta do acolher o usuário. A questão do acolhimento vai mais além, aprofunda-se de tal forma que pode-se dizer que também significa a não-violência e a promoção da paz.

Uma outra forma de ver o acolhimento expressa-se nas palavras de Ferrari e Prado (2002, p. 66), que dizem que “O Acolhimento é uma iniciativa integrada e integradora, na qual acolhedores e acolhidos intercambiam suas posições e conhecimentos o tempo inteiro”.

Valendo-se de uma abordagem um tanto poética, Mariotti (2002 b, p. 123) diz ser *inclusão* a palavra-chave do acolhimento. Acolher é buscar a paz, sendo que os

princípios da Cultura da Paz são: “1- Respeitar a vida; 2- Rejeitar a violência; 3- Ser generoso; 4- Ouvir para compreender; 5- Preservar o planeta; 6- Redescobrir a solidariedade”.

Após breve *passeio* pela significação do acolhimento, passaremos a descrever diversas pesquisas que têm sido realizadas no Brasil no sentido de avaliar a ESF, e mais especificamente o acolhimento dos usuários na rede pelos diversos profissionais e ações que compõem esta estratégia, verificando a eficácia deste e também a percepção dos usuários e trabalhadores da saúde.

Algumas pesquisas avaliam o acolhimento sob a ótica dos usuários. Souza et al. (2008), com o objetivo de avaliar potencialidades e desafios da integralidade do cuidado na Atenção Básica, encontraram como resultados que os usuários nas USF expressaram um descontentamento com a forma como são (des) acolhidos por alguns profissionais e, ainda, determinaram como importante a formação profissional, em especial de quem trabalha na recepção, “saber tratar bem as pessoas”. Já alguns depoimentos mostraram satisfação por parte dos usuários em relação à forma com que são acolhidos pelos profissionais, reconhecendo ser um ato de atenção e respeito para com eles.

Na pesquisa de Ramos e Lima (2003), os fatores identificados como aqueles que denotam a qualidade do atendimento foram classificados em: boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional. Respeito, já citado no relato dos resultados da pesquisa feita por Souza et al. (2008), aparece nos resultados de Ramos e Lima (2003), o que reforça a ideia de que é um ponto de grande relevância ao avaliar os serviços de saúde sob a ótica do usuário. Já o desempenho profissional foi também citado na pesquisa de Lima et al. (2007, p. 16), que concluíram que “[...] o vínculo do usuário com o serviço de saúde e o desempenho profissional de quem presta o atendimento foram os principais fatores valorizados pelos usuários [...]”.

Nesta mesma linha de argumentação, Reis et al. (2009) detectaram que a relação profissional/paciente influencia sobre o resultado do tratamento, e, ainda, através da fala dos usuários pesquisados, que aspectos relacionados à educação, cordialidade,

gentileza e comunicabilidade são fatores importantes para o restabelecimento da saúde, acrescentando que o significado positivo de receber uma atenção maior, um gesto de carinho, foi um achado importante.

A organização do trabalho nas USF vem construindo uma relação mais humanizada, com valorização da escuta. Esta valorização da escuta é descrita por Ayres (2009, p.91) de tal forma que “[...] É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre as suas qualidades essa capacidade de escuta”. E ainda complementa que não é a escuta que faz a diferença, e sim a qualidade da escuta (AYRES, 2009).

Em pesquisa semelhante a de Souza et al. (2008), Campos et al. (2007) encontraram como resultados relevantes que a percepção dos usuários acerca do acolhimento demonstrou um desconhecimento e uma ausência de um conceito sobre esta atividade, sendo que uma minoria reconhece no acolhimento uma finalidade, uma priorização dos casos agudos que devem ser encaminhados para a consulta médica e, ainda, vê no enfermeiro a possibilidade e a capacidade de resolução de sua queixa. A qualidade do acolhimento realizado foi considerada “boa” pela maioria dos usuários. Complementam, ainda, que as entrevistas realizadas com os usuários sugerem que eles não possuem uma visão completa do que é o acolhimento.

Em contrapartida, avaliando o acolhimento nas USF do município de São Paulo, Fracolli e Zoboli (2003) concluíram que a escuta que se tem feito dos usuários é clínica, focalizada nas queixas, o que acaba por incentivar uma intervenção pontual, pouco resolutiva e não construtora de vínculo.

Neste sentido, Oliveira et al. (2008, p. 160) reforçam a importância da construção de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário do sistema, de tal forma que leve o usuário a aderir às ações de saúde propostas e envolvê-lo ativamente no seu próprio cuidado. Enfatizam, ainda, que é preciso começar a construção deste vínculo desde o primeiro encontro, que as suas consequências alteram de forma decisiva a passagem

do usuário pelo serviço de saúde ao qual ele recorreu, além de também influenciar na resolução do seu problema.

Além das já citadas pesquisas cujo objetivo era avaliar o acolhimento, há pesquisas a serem citadas que procedem com esta avaliação sob a ótica dos profissionais. Os profissionais avaliados na pesquisa de Souza et al. (2008) reconhecem que o acolhimento amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários. Porém, eles enfatizam que há uma pressão da demanda refletindo em sobrecarga de trabalho, o que muitas vezes vem a comprometer as agendas de atividades com os usuários, além das atividades grupais intraequipe. Os profissionais pesquisados expressam uma preocupação com o serviço público nas USF, pois ocorre um aumento do estresse e do cansaço, o que demonstra que os profissionais também necessitam de uma boa acolhida em seu processo de trabalho, que foi exemplificado pelos autores, dentre outros: espaços de escuta pela gestão, níveis de autonomia no trabalho, cuidado ao cuidador.

Em relação à percepção dos profissionais acerca do acolhimento, uma outra pesquisa que deve ser mencionada é o estudo realizado por Campos et al. (2007), que encontraram como resultados, que poucos profissionais destacaram, a orientação e a resolução da queixa como atividades exercidas no acolhimento. A maioria relaciona o acolhimento à recepção do usuário, à escuta e aos encaminhamentos. Os autores ressaltam que o acolhimento pode estar sendo confundido com uma mera triagem. A conclusão do estudo foi que o acolhimento é visto pelos profissionais como uma forma de atender toda a demanda, mas não necessariamente atendê-la bem. Desta mesma forma, na pesquisa de Fracoli e Zoboli (2004), mesmo quando os profissionais admitem a necessidade de modificar o acolhimento no modo como vem sendo realizado em sua unidade, o trabalhador de saúde não consegue apresentar propostas concretas para que haja uma reformulação. A conclusão das autoras foi que o acolhimento ainda é uma ação de saúde pouco clara para os trabalhadores das ESF.

A seguir serão citadas pesquisas que avaliam o acolhimento em si. Camargo Jr. et al. (2008) ao analisar trinta e um municípios dos Estados de Minas Gerais e Espírito Santo, encontraram como resultados que o acolhimento enquanto política de governo esteve

presente em 7 (22,58%) dos municípios e ausente em 24 (77,42%). Ressalta-se que, como muitas outras políticas governamentais, o acolhimento não transcende o seu aspecto teórico para a prática, encontrando-se presente em poucos municípios, o que demonstra como estas políticas “ficam apenas no papel”. Na pesquisa de Franco, Bueno e Merhy (1999), os resultados demonstraram um aumento extraordinário do atendimento geral na unidade, com a implantação do acolhimento e a reorganização do processo de trabalho, da ordem de 332%, além do aumento do rendimento profissional. Da mesma forma, Souza e Lopes (2003) concluíram que a realização do acolhimento proporcionou agilidade e aproveitamento do tempo de atendimento na unidade avaliada, além de otimizar tanto o tempo quanto o aproveitamento do profissional, sendo a enfermeira identificada como a profissional mais indicada a realizar a acolhida dos usuários. Na mesma linha de pensamento, Franco, Panizzi e Foschiera (2004) descreveram que o acolhimento tem resolvido em torno de 30% dos problemas de saúde. O principal problema enfrentado é o de mudar a organização do processo de trabalho, a forma de cada um se colocar junto ao usuário, responsabilizando-se pelo seu problema. Reverter a atual forma de trabalhar significa mexer com a cultura, o comportamento e os micro-poderes presentes no ambiente de trabalho.

Em relação ao trabalho da enfermagem, citada como a profissional ideal para realizar o acolhimento, na pesquisa de Takemoto e Silva (2007) o acolhimento apareceu, predominantemente, como garantia de acesso à recepção das unidades e de humanização, tendo sido entendido enquanto uma postura diante das necessidades dos usuários em todos os momentos de encontro dele com o serviço, em apenas uma unidade estudada. Nas outras quatro unidades, acabou por favorecer somente o atendimento da demanda espontânea e configurou-se muito mais como um pronto-atendimento para as queixas agudas do que como um fator desencadeador de transformações no processo de trabalho ou da construção de relações entre trabalhadores e usuários baseadas na solidariedade e no compromisso com a identificação e satisfação das necessidades de saúde.

Para que se conquiste de fato um aumento no rendimento profissional e no atendimento com a implantação do acolhimento e reorientação dos serviços, é preciso que haja um

preparo dos profissionais envolvidos com ele. Camelo et al. (2000) concluem que: “[...] a relação de ajuda permeia todas as situações de atendimento em que profissional e clientela se encontram, demandando uma ação contínua de formação, supervisão e estímulo para que se torne efetiva” (CAMELO et al., 2000, p. 36). Ainda complementam que, “Para o profissional imbuído da competência de *ajuda*, as habilidades são: atender, responder, personalizar e orientar. Aquelas atribuídas ao usuário que recebe *ajuda* são: envolver-se, explorar, compreender e agir” (CAMELO et al., 2000, p. 33, grifo do autor). Reforçando a ideia das habilidades necessárias para o profissional realizar um acolher satisfatório e de acordo com o usuário, Souza et al. (2008, p. S102) relataram que “[...] é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar [...]”.

Porém, apesar da ESF ter sido implantada com o objetivo de orientar o modelo assistencial, descentralizar a gestão de saúde e efetivar o SUS, nota-se que, em algumas situações relatadas na literatura, a estratégia SF vem mantendo a forma excludente de atendimento, na qual a prioridade é de quem chegar primeiro (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Tratando mais especificamente do objeto odontológico na ESF, foco principal desta pesquisa, Santos et al. (2007), ao analisar as relações estabelecidas entre a ESB e os usuários da SF, identificaram diversos momentos de tensionamento e obstáculos à efetivação da atenção ao usuário, descritos a seguir:

a) o primeiro momento de encontro - linha de tensão do acolhimento na recepção da USF: os depoimentos dos usuários apresentam divergências quanto à satisfação. O primeiro tensionamento é desencadeado na procura por uma vaga para consulta com o dentista.

b) no segundo momento de encontro - a linha de tensão do acolhimento no atendimento individual da ESB: cada usuário que entrava no consultório e saía apresentava satisfação quanto ao tratamento relacional com o profissional, apesar de alguns demonstrarem insatisfação quanto ao procedimento realizado.

c) Terceiro momento de encontro - linha de tensão do acolhimento na conclusão ou não do processo terapêutico pela ESB: o atendimento é conduzido de forma pontual, centrada na queixa do usuário, e é limitado ao número de vagas e equipamentos disponíveis.

As conclusões do estudo de Santos et al. (2007) revelaram as dificuldades enfrentadas pela população na busca de garantir o acesso aos serviços de saúde bucal, que ainda apresenta relações tensas e conflitantes. Coloca-se a possibilidade de repensar o processo de trabalho da ESB, em especial do CD, para superar uma prática centrada na queixa e com baixa resolutividade, que tem gerado tensões e insatisfações, tanto para os trabalhadores da área quanto para os usuários.

É preciso ressaltar que fazer saúde para o outro, tratar, curar o outro, mudar seus hábitos, integrá-lo não é possível. A saúde tem que ser um processo de coprodução, onde o cuidado é de si próprio, da comunidade, da cidade (SOBRINHO; INOJOSA, 2002, p. 2). Os autores aprofundam esta reflexão afirmando que os projetos que se baseiam no acolhimento devem ter como objetivo “[...] tecer uma rede de confiança e solidariedade entre a população e os serviços de saúde, entre a equipe e os cidadãos atendidos [...]”.

Para complementar as ideias expostas até o momento, Mariotti (2002a, p. 42) pontua como focos mais importantes, no processo de mudança organizacional, buscados no Acolhimento, os a seguir enunciados: “1- Desenvolvimento pessoal; 2- Desenvolvimento interpessoal; 3- Visão e comprometimento compartilhado; 4- Aprendizagem em grupo (rede de conversação); 5- Compreensão da complexidade” (MARIOTTI, 2002a, p. 42).

Finalizando a ideia central sobre o acolhimento, Silva e Alves (2008, p. 81), em suas considerações finais concluem que:

[...] Diante de suas diversas abordagens, percebe-se que o acolhimento pode colaborar para a garantia de um atendimento qualitativo e humanizado, facilitar a promoção de uma assistência integral, de forma que cada profissional possua uma visão holística do ser humano a ser atendido [...].

Diante dos ótimos resultados já alcançados até então, o MS está estimulando a ampliação do número de ESF no Brasil, bem como de Saúde Bucal, e, para isso, é fundamental a mobilização das comunidades e dos prefeitos, pois só por intermédio

desses atores sociais é possível ampliar-se as portas de entrada na saúde bucal nos municípios. Porém, por estas mesmas razões, ficam cada vez mais importantes estudos que avaliem a efetividade destes serviços, a começar pelo acolhimento, principalmente na porta de entrada dos serviços básicos de saúde, que é o objeto do nosso estudo.

3.6 O CONTROLE SOCIAL

Ressalta-se que, neste momento, torna-se interessante abordar o tema controle social, uma vez que dentro do universo pesquisado encontram-se os usuários. Eles devem ser inseridos no contexto de sua própria saúde, estimulando a corresponsabilização, trazendo o mesmo para a posição de protagonista, estimulando o autocuidado, e, desta forma, estendendo os cuidados preventivos para fora dos muros das US, repassando do profissional para o usuário a responsabilidade de manter sua saúde e de evitar transtornos maiores.

A institucionalização de órgãos colegiados no SUS foi uma das grandes conquistas da Reforma Sanitária no Brasil, com poderes legais e legítimos e representação paritária de usuários em relação aos prestadores e ao governo.

Carvalho (1997, p. 93) diz que os Conselhos de Saúde são a expressão institucional de uma das ideias fundadoras da Reforma Sanitária: a participação da sociedade nas políticas e organizações da saúde.

Neste contexto, o direito à saúde deveria ser acompanhado pelo direito à participação popular no poder, aproximando o Estado da sociedade usuária.

A "participação social" no processo de democratização, enfatizado pela CF, estabeleceu um padrão de relacionamento entre o Estado e a sociedade, com a inclusão de novos atores – os usuários dos serviços –, e este padrão ultrapassou o limite dos excluídos do sistema e passou a reconhecer e acolher a diversidade de interesses e demandas nas três esferas de governo.

Hoje nós nos deparamos com uma profunda e generalizada insatisfação com os serviços de saúde oferecidos. Ainda pensando nos atores sociais

[...] é preciso criar uma consciência política nos usuários para que não se tornem meros receptores ou interlocutores das propostas governamentais. É preciso que todos os atores sociais estejam engajados e comprometidos, por meio de seus direitos e deveres, na luta pela transformação da sociedade [...] (BACKES et al., 2009, p.905).

Os Conselhos de Saúde são estruturas, vinculadas aos órgãos de saúde nas três esferas de governo, para compatibilizar interesses e legitimar o interesse público. Embora não governem, os Conselhos de Saúde têm participação no estabelecimento dos parâmetros e critérios do interesse público para os governos. Definem conjuntamente o que deve ser feito, verificam e avaliam o que já foi realizado, como é a proposta deste estudo, ao avaliar a percepção dos usuários sobre os serviços de odontologia que lhes são dirigidos.

Os Conselhos de Saúde cumprem a função de induzir as responsabilidades governamentais, entendidas como a qualidade dos governos em responder à confiança e às expectativas dos cidadãos.

[...] os Estados dividem sua responsabilidade sobre a situação de saúde de seu povo com os membros deste, que devem **ter o direito e o dever de participar na promoção de sua própria saúde**, tanto em nível individual como coletivo. E, como cabe ao Estado garantir aos seus membros o direito de participar de forma organizada e sem reservas no planejamento e execução das ações de saúde a eles destinadas, acentua-se a responsabilidade estatal na realização do direito à saúde para todos (DALLARI, 1985, p. 65).

Um marco absolutamente importante na história da saúde pública no Brasil foi a inscrição da participação da comunidade na CF de 1988 e a criação das Conferências e dos Conselhos de Saúde, por meio da Lei nº 8.142/90 (MS, 1990b), Isto é:

A idéia de que tais órgãos colegiados, com a presença dos diversos segmentos sociais, em especial daqueles tradicionalmente excluídos, pudessem "controlar" o Estado, assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados. (CARVALHO, 1995, p. 28).

Segundo Siqueira, Hoppe e Peruch (2004), a participação direta do cidadão no controle das políticas governamentais é uma marca importante na "gestão participativa". O compartilhamento de decisões com a sociedade civil e a permeabilização do exercício

de governo às demandas dos cidadãos leva o governo a promover a descentralização e a aprender a dividir poder.

Merhy (1997) enfatiza que o controle social e a gestão democrática acarretam num sistema de saúde de cogestão aberto à participação dos interesses populares representados pelos usuários organizados, colocando no centro do processo de produção de serviços, e também no campo de formulação de políticas, a atuação democrática de sujeitos sociais.

Um novo modo de governar tornou-se necessário, no qual “cidadãs e cidadãos se apropriam de dados e informações e exercem o direito soberano de influir nas decisões sobre a aplicação de recursos públicos” (DUTRA; BENEVIDES, 2001, p. 9).

Neste contexto de profundas transformações, de inclusão social na luta pelas conquistas buscadas, há a ruptura do paradigma autoritário e centralizador do poder público e se colocam como um resultado nítido as conquistas sociais, na participação das políticas públicas de saúde, por meio do processo de planejamento estratégico, de acompanhamento da execução dos serviços e na avaliação desses serviços.

Uma das formas de verificação da efetividade dos serviços é a pesquisa avaliativa, que é o que este estudo propõe, tendo como fim o objeto odontológico. A ideia deste estudo encontra amparo na fala de Emmi e Barroso (2008, p. 37), que reiteram que “[...] a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços [...]”. As pesquisas que avaliam a satisfação do usuário propiciam aperfeiçoamento para o cotidiano dos serviços de saúde e ainda avanços na gestão dos serviços de saúde (ESPIRIDIANO; TRAD, 2006). E complementam que a avaliação de satisfação de usuários deve ser valorizada, não só para estudar as relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde, mas também como instrumento de controle social.

Starfield (2002) coloca o usuário como o ator principal que precisa ser ouvido para avaliar a ESF e ainda reforça que para entender o que eles têm a dizer o pré-requisito é ouvir. Souza et al. (2008) dizem que o cuidado deve considerar o usuário como

protagonista. Através da escuta dos usuários apontando melhorias e desafios, sugerindo caminhos coerentes à superação das atuais necessidades, conseguir-se-á caminhar na direção de atingir as metas do ESF. A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006) também faz referência à realização da escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações como fundamental.

Lima et al. (2007, p. 16) enfatizam que “a escuta da opinião de quem recebe a assistência é um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde, bem como da forma que o sistema de saúde se organiza para viabilizar o atendimento [...]”. Da mesma forma, Campos et al. (2007, p. 167) ressaltam que “[...] a visão do usuário é pertinente, uma vez que é o reflexo do que o serviço lhe oferece”.

Ramos e Lima (2003) posicionam o usuário como protagonista do sistema de saúde, impactando diretamente na melhoria da relação entre o serviço e o usuário, sendo fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento prestado a eles, o que leva a repensar as práticas profissionais ou ainda intervir sobre a forma de organização dos serviços, o que visa ao seu aperfeiçoamento.

[...] a percepção dos usuários sobre a prática do ESF é de extrema importância, pois a comunidade é a razão da existência do mesmo e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde (COTTA et al., 2005, p. 228).

Para a população de usuários, entrevistada na pesquisa de Bosi e Affonso (1998), a saúde foi concebida como um conceito pluridimensional ultrapassando a dimensão biológica do conceito de saúde. Em relação à consciência sanitária, a fragilidade ficou clara nas falas dos usuários entrevistados, tanto no que tange aos direitos como um todo, quanto ao direito à saúde. Porém, é notório que não se trata de ausência de consciência de direitos, e sim a percepção de que os direitos não existem para a massa da população. É a *velha história* dos direitos que não saem do papel e a marcante divisão de poder presente na sociedade. Quanto ao cotidiano do atendimento, os usuários interpretaram como uma injustiça os critérios utilizados na organização da assistência e, em particular, na distribuição das metas físicas (cotas) relativas aos atendimentos. Um outro problema abordado pelos autores foi que a população não distingue unidades de cuidados básicos de unidades hospitalares, ou outras estruturas

mais complexas. Os autores posicionaram esta total desinformação como um problema que leva as pessoas a uma verdadeira peregrinação em busca de atendimento, e isto é um fator causador de um verdadeiro caos nos serviços, pois os profissionais são obrigados a referenciar os usuários para outros locais, e os usuários percebem este fato como negação do atendimento.

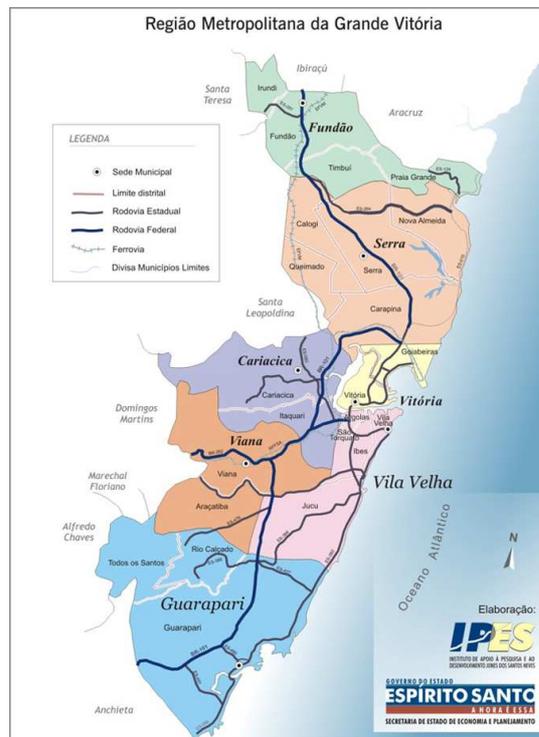
Este estudo, portanto, buscará desvelar a percepção dos usuários dos serviços das US selecionadas e dos CD's incumbidos do seu cuidado bucal relacionado aos dispositivos que orientam a atenção bucal, tais sejam: o acesso, o acolhimento, o vínculo, a resolutividade, autonomia e responsabilização, além da satisfação dos usuários em relação a esses serviços. Emmi e Barroso (2008, p. 37) complementam que “ao avaliar serviços na sua qualidade, é preciso perguntar quem é o usuário, em que acredita e o que espera do serviço [...]”.

4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO EM ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Vila Velha, situado no litoral sul do estado do Espírito Santo (Mapa 1). É limitado ao Norte por Vitória, capital do Estado, ao Sul por Guarapari, a Oeste por Cariacica e Viana, e a Leste pelo Oceano Atlântico (Mapa 2). Seus distritos são: Sede, Barra do Jucu, Ibes, São Torquato e Argolas (Mapa 3). Sua população total é de 398.068 (IBGE, 2008).



Mapa 1 – Município de Vila Velha
Fonte: Espírito Santo – IJSN, 2008.



Mapa 2: Região Metropolitana da Grande Vitória
Fonte: Espírito Santo – IDAF, 2008.

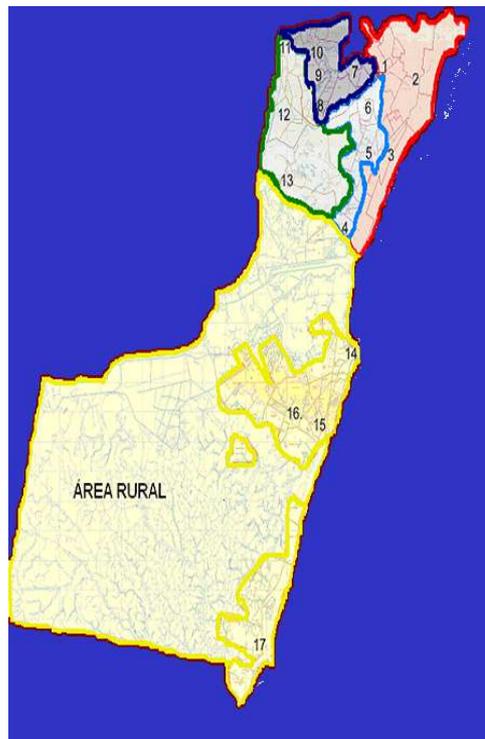


Mapa 3: Distritos de Vila Velha
Fonte: Espírito Santo – IDAF, 2008.

O município iniciou a implantação da ESF em 2003, contando, em 2008, com 17 unidades de saúde, sendo 7 com modelo Saúde da Família e 10 com atenção básica convencional. A cobertura populacional com a ESF é de 27%, do EACS de 28% e da Saúde Bucal de 16% (PMVV, 2008).

O município de Vila Velha contava em Dezembro de 2008, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, com 7 US's com ESF instalada, sendo elas: Araçás, Iles, Ponta da Fruta, Terra Vermelha, Ulisses Guimarães, Barra do Jucu e Vila Nova.

Cada equipe é composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, geralmente há 1 dentista para cada 2 equipes, e para cada dentista há de 1 a 2 técnicos de higiene dental e 1 ACD; o número de ACS varia de 3 a 8, dependendo da Unidade. Quanto ao número de famílias acompanhadas, Araçás possui 3.735, Iles 4.699, Vila Nova 7.334, Terra Vermelha 3.505, Ulisses Guimarães 5.262, Ponta da Fruta 2.011 e Barra do Jucu 2.401 (PMVV, 2008).



MAPA 4: Regiões e Unidades de Saúde do Município de Vila Velha

Fonte: Espírito Santo – PMVV, 2008

Regiões e Unidades de Saúde do Município de Vila Velha				
REGIÃO I	REGIÃO II	REGIÃO III	REGIÃO IV	REGIÃO V
1 US GLÓRIA	4 US ARAÇÁS	7 US DOM JOÃO BATISTA	11 US SÃO TORQUATO	14 US BARRA DO JUCÚ
2 US DIVINO ES	5 US VILA NOVA	8 US SANTA RITA	12 US COBILÂNDIA	15 US ULISSES GUIMARÃES
3 US COQUEIRAL DE ITAPARICA	6 US IBES	9 US VILA GARRIDO	13 US VALE ENCANTADO	16 US TERRA VERMELHA
19 CENTRAL ODONTOLÓGICA		10 US PAUL	18 HOSP MUNICIPAL COBILÂNDIA	17 US PONTA DA FRUTA

QUADRO 1: Regiões e Unidades de Saúde do Município de Vila velha

Fonte: Espírito Santo – PMVV, 2008

5 METODOLOGIA

Esta dissertação seguiu uma abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, exploratório, descritivo, analítico, com a finalidade de desvelar a percepção dos cirurgiões-dentistas inseridos na ESF e de seus usuários acerca dos dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal, com enfoque maior no acolhimento.

A abordagem qualitativa bem se aplica a este estudo, pois permite estudar os significados que as pessoas atribuem às suas expectativas no mundo social em que vivem, possibilitando o estudo de suas percepções e opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2007). A pesquisa qualitativa permite uma aproximação entre sujeito e objeto, o que justifica o uso desta abordagem para o objeto em questão (MINAYO, 1994).

O estudo de caso é justificado por tratar-se de um estudo empírico que permite uma maior apreensão do objeto da investigação, que pode ser definido como uma categoria de pesquisa em que o objeto é analisado profundamente (YIN, 2001).

A pesquisa exploratória é [...] “aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado”. Relativamente à pesquisa descritiva, afirmam estes autores que “É aquela em que se expõem características de determinada população ou determinados fenômenos. Pode também estabelecer correlações entre variáveis. Não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve (TOBAR; YALOUR, 2004, p. 69).

Esta dissertação está organizada em um quadro teórico e dois artigos, sendo que a metodologia específica de cada artigo encontra-se descrito nesse quadro. Primeiramente foi construído um quadro teórico, cujos temas abordados foram Atenção Primária, ESF, a Integralidade, a Inserção da Odontologia na ESF: ampliando a integralidade, o Acolhimento e, ainda, a Participação social, temas julgados importantes para o entendimento do que se propõem como artigos.

Nos artigos analisamos em separado a percepção dos cirurgiões-dentistas e dos usuários das US do Araçás e do Ibes, no Município de Vila Velha, estado do Espírito Santo, Brasil. Vale ressaltar que o artigo que descreve a percepção dos CD's encontra-se dentro das normas de publicação da Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde da UFES, e o artigo que relata a análise dos discursos dos usuários está de acordo com as normas de publicação da Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

5.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO

Foram adotados como critérios de exclusão das US's primeiramente a US de Vila Nova, por ser o local de trabalho da pesquisadora, evitando assim qualquer atitude tendenciosa na pesquisa, tanto de seleção como de informação, uma vez que a entrevistadora poderia funcionar como um inibidor ou estimulador, ou ainda direcionador das respostas dos entrevistados, já que eles são colegas ou pacientes da pesquisadora. Reforçando este critério, Andrade e Ferreira (2006) descreveram um percentual de 40 a 50% de tendência de respostas positivas pelos entrevistados, pelo receio de resultar em alguma sanção no atendimento.

Ainda como critério de exclusão tem-se a US de Barra do Jucu, cuja ESB não se encontra nos moldes da portaria reguladora da saúde bucal do MS, não estando, portanto, seus profissionais inseridos na ESF e não podendo fazer parte dos sujeitos desta pesquisa.

Como critérios de inclusão foram considerados, primeiramente, o tempo de implantação da ESF e posteriormente a quantidade de ESB.

Os critérios acima foram adotados por escolha da pesquisadora, uma vez que, ao avaliar a percepção dos usuários e dos profissionais inseridos na ESF, o tempo de implantação determinará um maior envolvimento e maior experiência com a ESF. Pressupõe-se que, quanto maior o tempo de implantação, maior "bagagem" estes profissionais terão para responder acerca dos pontos enfocados nesta pesquisa, que aborda os dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal, em especial o acolhimento. Quanto ao número de equipes, espera-se, ao serem incluídas as unidades com maior número de equipes, que se tenha maior número de profissionais a serem

entrevistados e, portanto, resultados mais ricos para a análise de conteúdo ao determinar as categorias.

Considerando-se este critério tem-se: a US Araçás teve a implantação da EACS em Abril de 2002 e ESF em Outubro de 2003, e atualmente são 3 ESB e 5 ESF. Na US IBES, a EACS foi implantada em Março de 2003 e ESF em Abril de 2004, sendo atualmente 3 ESB e 6 ESF. A US Ponta da Fruta, cuja implantação da EACS se deu em Outubro de 2003 e ESF em Julho de 2004, tendo nos dias atuais 3 ESB e 3 ESF. Na US Ulisses Guimarães, a EACS foi implantada em Outubro de 2003 e ESF em Julho de 2004, contando com 4 ESB e 6 ESF no presente ano. E, por último, a US Terra Vermelha, que teve a implantação da EACS em Outubro de 2003 e ESF em Abril de 2006, totalizando 4 ESB e 6 ESF.

Ao analisar os dados acima, consta ainda como critério de exclusão a US Terra Vermelha, uma vez que a implantação da ESF se deu em Abril de 2006, ainda muito recente, apesar de contar com um número de ESB bem considerável. As US Ulisses Guimarães e Ponta da Fruta foram excluídas, pois a implantação da ESF se deu em Julho de 2004, ou seja, posteriormente à implantação nas US Araçás e Ibes, que foram então selecionadas. A base para a seleção de duas US deu-se por se tratar de um trabalho qualitativo, onde o número de sujeitos necessários não ultrapassava o encontrado em duas unidades.

Com base nestes dados, foram incluídas na pesquisa a US de Araçás, cuja implantação da ESF se deu em Outubro de 2003, constando de 3 Equipes de Saúde Bucal, e a US do Ibes, cuja implantação ocorreu em Abril de 2004, contando com 3 ESB.

Em cada Unidade selecionada foram enfocados dentro das ESB's da ESF os CD's, além dos usuários dessas equipes.

5.2 SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo restringe-se à relação usuário x profissional, portanto, os sujeitos desta pesquisa foram os profissionais das ESB's da ESF nas duas unidades selecionadas através dos critérios de inclusão e exclusão já expostos no item anterior e, ainda, os usuários atendidos por eles. Da população adscrita e atendida pelas US selecionadas,

a ênfase foi dada aos usuários que estão presencialmente nas US, ou para serem atendidos ou que tenham sido atendidos e ainda permaneciam na unidade.

Os profissionais selecionados foram todos os CD's das equipes selecionadas. Cada Unidade selecionada conta com 3 ESB e cada equipe conta com 1 CD, ou seja, em cada unidade haverá 3 profissionais, totalizando 6 profissionais; portanto, serão envolvidos todos os CD's.

Também fizeram parte da investigação os usuários das unidades selecionadas, diretamente atendidos pelas equipes em questão. Para este grupo, realizou-se a abordagem seguindo o critério de saturação ou ponto de exaustão, que consiste na delimitação da suficiência dos dados a partir do momento em que as respostas vão se repetindo e novas questões não emergem (MINAYO; 1994), sendo assim: 5 usuários escolhidos aleatoriamente de cada unidade, totalizando 10 usuários ao final, o que foi suficiente para atingir o ponto de saturação.

Segundo Minayo, é preciso ter em mente que “[...] uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo [...]” (MINAYO, 2007, p. 197, grifo da autora). E, ainda, que “O dimensionamento da quantidade de entrevistas [...] deve seguir o *critério de saturação* [...]” (MINAYO, 2007, p. 197).

O critério de saturação do discurso é definido por Minayo (2007, p. 197-198) como “[...] o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo [...]”, ou seja, vai representar o momento em que há a repetição das informações coletadas com o instrumento utilizado na pesquisa.

O número total de sujeitos entrevistados foi de 16, incluindo CD's e usuários, o que atendeu à demanda da nossa pesquisa.

5.3 LEVANTAMENTO DAS INFORMAÇÕES

O levantamento das informações foi realizado por meio da técnica de entrevista na modalidade semiestruturada, para a qual foi utilizado um roteiro (APÊNDICE A, B) e também por observação. A entrevista foi realizada pela pesquisadora, foi individual, gravada e depois transcrita para registro, guarda e análise dos discursos, e a

observação também foi realizada pela pesquisadora, presencialmente, no momento em que esteve na US para a realização das entrevistas. Os dados foram coletados nas US selecionadas pela autora da pesquisa, no período de Setembro a Novembro de 2009.

A transcrição foi fidedigna, inclusive com os detalhes sutis, como um choro, um riso, um uso de palavras de forma sarcástica, um suspiro, entre outros, pois é nesse momento que talvez se colha a informação mais fundamental para avaliar a real percepção dos sujeitos da pesquisa.

Pode-se dizer que a “[...] entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores [...]” (MINAYO, 2007, p. 261) com a intervenção do entrevistador, ou seja, uma conversa com uma finalidade, que poderia ser a construção de informações acerca do objeto de pesquisa do entrevistador. A entrevista é uma técnica que exige interação e não simplesmente uma coleta de dados, sendo que a entrevista semiestruturada será a técnica escolhida para esta pesquisa. Minayo (2007, p.261) define a entrevista semiestruturada como uma combinação de “[...] perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada [...]” e “[...] ao mesmo tempo valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

A idéia da entrevista semiestruturada é reforçada pela decisão de como usar melhor o tempo disponível para realizá-la, além de mostrar que o entrevistador tem clareza sobre os seus objetivos, mas também permite uma flexibilidade para que o entrevistador tenha liberdade para encontrar novas pistas (TOBAR; YALOUR, 2004).

Uma característica da entrevista semiestruturada é que ela parte de um roteiro que serve de orientação para o pesquisador. “[...] por *roteiro* se entende uma lista de temas que desdobram os indicadores qualitativos de uma investigação [...]” (MINAYO, 2007, P. 189). “Roteiro, portanto, é sempre um guia, nunca um obstáculo, não devendo prever todas as situações e condições de trabalho de campo [...]” (MINAYO, 2007, p. 190).

Minayo (2007) aborda, então, o que seria um roteiro para uma entrevista semiestruturada, afirmando que “[...] o *roteiro* deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas [...]” (MINAYO, 2007, p. 191).

A entrevista foi agendada com os profissionais selecionados previamente, em local privado para que eles não se sentissem expostos nem houvesse interrupções. Primeiramente foi feita uma apresentação da pesquisa pela entrevistadora, e em seguida iniciou-se a entrevista propriamente dita.

Além das entrevistas, foi realizada de maneira informal, ao longo das visitas às US para realizar as entrevistas, observação sistemática direta, compreendida como sendo uma forma de “[...] destacar de um conjunto algo especificamente, prestando atenção em suas características” (TRIVIÑOS, 1987, p. 1153), com registro de todos os fatos, atos e comportamentos dos presentes – usuários e profissionais dentistas, percebidos, em um diário de campo, imediatamente após cada visita, sendo posteriormente analisados.

5.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Todo o material coletado através das entrevistas semiestruturadas foi analisado a partir das informações dos sujeitos deste estudo e identificadas as diferentes categorias de análise. A abordagem analítica foi feita pelo método de análise de conteúdo de Laurence Bardin, que “[...] procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. É uma busca de outras realidades através das mensagens [...]” (BARDIN, 2009, p. 45). Através dessa técnica poderemos conhecer as variáveis, sejam elas de ordem psicológica, sociológica, histórica, ou outras quaisquer e, ainda, fazer uso “[...] de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares [...]” (BARDIN, 2009, p. 46).

Para Bardin (2009, p. 33) a análise de conteúdo seria um conjunto de técnicas de análise das comunicações. A autora a posiciona como não sendo um instrumento apenas, mas, sim um “leque de apetrechos”, ou, ainda, um único instrumento com um grande número de formas e adaptável a um campo vasto de aplicação, ou seja, as comunicações.

As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos cronológicos: 1) A pré-análise; 2) A exploração do material; 3) O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Entende-se como pré-análise a fase de organização propriamente dita, que consiste em executar uma leitura flutuante; fazer a escolha dos documentos; formular hipóteses e objetivos, sendo que uma hipótese é uma afirmação provisória que nos propomos a verificar, e o objetivo é a finalidade geral a que nos propomos; passa-se então para a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores; e, por último, procede-se com a preparação do material, ou seja, antes da análise propriamente dita, o material reunido deve ser preparado. Por exemplo: as entrevistas gravadas são transmitidas (na íntegra) e as gravações conservadas (para informação paralinguística) (BARDIN, 2009).

Mais especificamente a análise categorial seria o tipo mais generalizado e transmitido, descrito por Bardin (2009, p. 38-39), que

[...] toma em consideração a totalidade de um texto passando pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença ou de ausência de itens de sentido. A técnica consiste em classificar os diferentes elementos nas diversas gavetas segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir alguma ordem na confusão inicial. É evidente que tudo depende, no momento da escolha dos critérios de classificação, daquilo que se procura ou que se espera encontrar [...].

Complementando Bardin, a análise de conteúdo traduz “[...] fatos sociais em dados susceptíveis de tratamento [...] qualitativo, organizando-os de modo tal que adquiram significação para a teoria, podendo generalizar-se e ordenar-se em um sistema de hipóteses” (TOBAR; YALOUR, 2004, p. 105). É uma técnica de tratamento de dados que busca a interpretação cifrada do material coletado (MINAYO, 2007).

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, registrado com o nº. 090/09, cumprindo os procedimentos internos da Instituição, bem como as exigências das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde – CNS, nº. 196, datada de 10 de outubro de 1996, para Pesquisa Científica em Seres Humanos, CNS nº. 251 de 07 de Agosto de 1997 e ainda CNS nº. 292 de 08 de Julho

de 1999, sendo aprovada em Reunião Ordinária realizada em 05 de Agosto de 2009 (ANEXO A).

Anteriormente foi encaminhado um pedido de autorização para a realização da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha (APÊNDICE C). A todos os sujeitos da pesquisa, que se dispuseram livremente a tomar parte dela, foi entregue um Termo de Consentimento Informado que foi apreciado e assinado (APÊNDICE D, E).

6 REFERÊNCIAS

ABEn **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília/DF, Ano 49, n. 1, pg. 11/12, Jan.Fev. Mar. 2007. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/download/a49n01.pdf> > Acesso em: 28 Abril 2009.

AGUIAR, J.R.T. O pensar – Considerações éticas. In Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo. **Acolhimento**: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: Associação Palas Athena, Unesco, 2002. p. 44-53.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 123-130, 2006.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In AYRES, J.R.C.M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2009. p. 75-105.

BACKES, D.S. et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009.

BALDANI, M.H. et al. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, Jul-ago, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**: Edição Revisada e Atualizada – Lisboa/Portugal: Edições 70, Lda., Março de 2009.

BARTOLE, M.C.S. Concepção e formulação de políticas e programas com enfoque da integralidade: o exemplo da política nacional de saúde bucal. In MACAU, M.G.L. **Saúde Bucal Coletiva**: implementando idéias, concebendo integralidade – Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2008. cap. 11, p. 161-173.

BATISTA, K.B.C. Programa Saúde da Família e o Projeto Acolhimento. In Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo. **Acolhimento**: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: Associação Palas Athena, Unesco, 2002. p. 11.

BELTRAME, N.S.; NARVAI, P.C. Participação comunitária como instrumento propulsor de políticas públicas de saúde pautadas na integralidade. In MACAU, M.G.L. **Saúde Bucal Coletiva**: implementando idéias, concebendo integralidade – Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2008. cap. 3, p. 31-43.

BOSI, M.L.M.; AFFONSO, K.C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-365, abr-jun, 1998.

BOTAZZO, C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In MACAU, M.G.L. **Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade** – Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2008a. cap. 1, p. 3-15.

BOTAZZO, C.. Sobre a Atenção Básica. Os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária brasileira. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M.A. (Orgs.). **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. 1ª ed. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica Ltda, 2008b, cap. 1, p. 1-12.

BOTAZZO, C. A bucalidade no contexto da Estratégia Saúde da Família: ajudando a promover saúde para indivíduos, grupos e famílias. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008c, cap. 5, item 5.1, p. 81-88.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90, de 17 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990a. Seção 1, v. 78, n. 182, p. 18055.

_____. Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90, de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez.. 1990b. Seção 1.v.78, n.249, p.25694.

_____. Ministério da Saúde: **Departamento de atenção básica – Atenção Básica e a Saúde da família- os números**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>> Acesso em: 30 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde: **Departamento de atenção básica – Coordenação Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2003**. Disponível em: <http://www.apcd.org.br/prevencao/arquivos/projeto_sb_brasil.pdf> Acesso em: 21 jun 2009.

_____. Ministério da Saúde, Lei n. 10.507, de 10 de Julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006. Série Pactos pela Saúde v. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de Dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 29 Dez 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.267/GM, de 6 de Março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de Normas e Diretrizes da saúde bucal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 7 Mar. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Lei Federal n. 10.507, de 10 de Julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 11 Jul. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 673/GM, de 3 de Junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 4 Jun. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.570/GM, de 29 de Julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 30 Jul. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde; 29 Mar. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 675, de 30 de Março de 2006. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde; 31 Mar. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF. 1986.

CAMARGO JR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup 1: S58-S68, 2008.

CAMARGO, M.B.J.; DUMITH, S.C.; BARROS, A.J.D. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1894-1906, Set. 2009.

CAMELO, S.H.H et al. Acolhimento à clientela: Estudo em Unidades Básicas de Saúde no Município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, Ago. 2000.

CAMPOS, M.D. et al. Reflexões acerca do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 157-168, Jan./Dez. 2007.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e Democracia**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 95.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Os Conselhos de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBAM & FASE, 1995. p.26-28.

CAVALCANTE FILHO, J.B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 31, p. 315-28, Out./Dez. 2009.

CFO/notícias. **Número de CDs no SUS cresce 49%**. Disponível em: <<http://cfo.org.br/todas-as-noticias/noticias/numero-de-cds-no-sus-cresce-49/>> Acesso em: 23 Abr. 2010.

CHRISTÓFARO, M.A.C. A integralidade e a competência coletiva como significados e rumos para a transformação do cuidado em saúde como prática social. In: 59 CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 59, 2007, Brasília. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://www.abendf.com.br/CD/arquivos/palestrantes/maria_auxiliadora_cordova_christofaro.pdf> Acesso em: 28 Abr. 2009.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1523-1531, Rio de Janeiro, Set./Out. 2009.

CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, Set-Out, 2004.

CORD, A.P.M.M.; KNUPP, R.R.S. Fatores que influenciam as relações interpessoais e a qualidade da integralidade no processo de produção da saúde. In MACAU, M.G.L. **Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade** – Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2008. Cap. 8, p. 101-119.

CORDEIRO, F. A Importância do Acolhimento no Projeto Cabeça Feita. In Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Associação Palas Athena. Unesco. 2002. p. 6.

COTTA, R.M.M. et al. A satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4, p. 227-234, Out./Dez., 2005.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Municipalização dos Serviços de Saúde**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985.

DELEUZE, Gilles. Que és un dispositivo? In: **Michel Foucault**. Barcelona: Gedisa, 1990, p. 155-161. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em: <<http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/art14.html>> Acesso em: 25 Maio 2009.

DESLANDES, S.F. **Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, (coleção Antropologia e Saúde vol. 8), 2002.

DUTRA, Olívio; BENEVIDES, Maria Victória. **Orçamento Participativo e Socialismo**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.

ELIAS, P.E. et al. A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSD e USB por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L.D. Jesus tem dentes *metal-free* no país dos banguelas?: odontologia dos desejos e das vaidades. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 95-107, Jan.-Mar. 2009a.

EMMERICH, A.; CASTIEL, LD. A ciência odontológica, Sísifo e o “efeito camaleão”. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 29, p. 339-351, Abr./Jun. 2009b.

EMMI, D.T.; BARROSO, R.F.F. Avaliação das Ações de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 35-41, 2008.

ESPERIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B. Avaliação da Satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, Jun, 2006.

ESPOSTI, C.D.D. et al. Perspectivas da Saúde Bucal na Estratégia Saúde Da Família: dificuldades e avanços. **UFES Rev. Odontol.**, v. 8, N. 3,p. 49-54, 2006.

FERNANDES, L.C.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FERRARI, S.P.; PRADO,S.M.A. O Fazer – O Acolhimento do servidor. In Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Associação Palas Athena. Unesco. 2002. p. 66-67.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, Fev. 2009.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 38, p. 143-151, 2004.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T.B.; PANIZZI, M.; FOSCHIERA, M. O “Acolher Chapecó” e a mudança no processo de trabalho na rede básica de saúde. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 30-35, Março 2004.

FRAZÃO, P.; MARQUES, D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.3, p. 463-471, 2009.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 64-71, Jun./Abr. 2009.

FURTADO, L.A.C. O Acolhimento no Projeto Resgate Cidadão. In Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Associação Palas Athena. Unesco. 2002. p. 09-10.

GARÍGLIO, M.T.; MARQUES, Z.F.A. Um instrumento de regulação do SUS: A Central de Marcação de Consultas. **Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PBH**, Edição n. 7, Julho 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GOULART, B.N.G.; CHIARI, B.M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

GOYA, Suzana. **O modelo de implementação da equipe de saúde bucal no Programa Saúde Família (PSF) no município de Maringá – PR**. 2007. 415 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 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**, Rio de Janeiro, v. 20, sup 2: S331-S336, 2004.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, supl. 1, p. 493-502, 2009.

HENRIQUE, F. Press Release: Programa Saúde da Família apresenta melhor desempenho em distritos de menor porte. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, Rio de Janeiro, Set./Out. 2009.

IBGE – **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 22 Outubro 2008.

IDAF, **Município de Vila Velha**. Disponível em: <http://www.idaf.es.gov.br/Pages/wfPop_up_Mapas.aspx?nb=77> Acesso em: 22 Out. 2008.

IDAF, **Região Metropolitana da Grande Vitória**. Disponível em: <http://www.idaf.es.gov.br/Pages/wfPop_up_Mapas.aspx?nb=84> Acesso em: 22 Out. 2008.

IJSN/ES. **Perfil Municipal – Vila Velha**. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/follow.asp?urlframe=perfil/select_topic.asp&cls=1&obj=77> Acesso em: 22 Out. 2008.

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, Rio de Janeiro, 2010.

LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>> Acesso em: 14 Maio 2009.

LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.197-203, jan-fev, 2004.

LIMA, M.A.D.S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

LOURENÇO, E.C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. Supl. 1, p. 1367-1377, 2009.

MACAU, M.G.L. **Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade** – Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2008.

MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int J. Health Plann Mgmt**, v. 19, p. 303-317, 2004.

MALTA, D.C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set./dez. 2000.

MARIOTTI, H. O pensar. In Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Associação Palas Athena. Unesco. 2002a. p. 14-43.

MARIOTTI, H. O viver. In Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Associação Palas Athena. Unesco. 2002b. p. 116-124.

MARTELLI, P.J.L. et al. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1669-1674, 2008.

MATOS, Patrícia Elizabeth Souza. **A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da Universidade aos pólos de capacitação**. 2003. 121 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo. Bauru, 2003.

MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E.. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da Universidade aos pólos de capacitação. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.20, n. 6, p. 1538-1544, nov-dez, 2004.

MATTOS, R.A. de. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (orgs.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, ABRASCO, 2001. p. 41-66.

MATTOS, R.A. de. Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS, ABRASCO, 2003.

MATTOS, D. A integração curricular na odontologia e a incorporação do princípio da integralidade em saúde: encontros ou desencontros? In MACAU, M.G.L. **Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade** – Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2008. cap. 5, p. 59-69.

MATTOS, R.A. de. **"Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor"**. Entrevista concedida ao Boletim Integralidade em Saúde – LAPPIS. disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=163&sid=25> Acesso em: 14 Maio 2009.

MEDEIROS, U.V.; FREIRE, J.C.A. Implantação da saúde da família do município de Bom Jesus do Norte – ES. **UFES Rev. Odontol.**, v.7, n.2, p.29-35, maio/ago 2005.

MENDES, E.V. Território: Conceitos Chave. In: **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993. p. 166-169.

- MENDES, E.V. **Projeto Integrar**. Vitória Unida pela Saúde. Projeto de Implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde - SISS na Região de São Pedro. São Pedro em ação, Saúde com Integração. Outubro, 2000.
- MENDES, E.V. O SUS que Temos e o SUS que Queremos: uma agenda. Belo Horizonte: texto preparado para o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS. **Mimeo**. 2004.
- MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
- MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 3ª ed., 2006. p. 117-60.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria método e criatividade. Petropolis, RJ: Vozes; 1994.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MIRANDA, CF; MIRANDA, ML. **Construindo a relação de ajuda**. 2º ed. Belo Horizonte: Editora Crescer, 1986.
- MORETTI-PIRES, R.O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 30, p. 153-66, Jul./Set. 2009.
- NASCIMENTO, A.C. et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n. 3, p. 455-462, 2009.
- NARVAI, P.C. Berlinguer e a saúde dos brasileiros. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel1.htm>> Acesso em: 25 Fev. 2010.
- NARVAI, P.C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D.V. (org). **Novos rumos da saúde bucal**: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABORJ/ ANS/UNESCO, 2005. p. 28-42.
- OLIVEIRA, José Luiz Carvalho. **Atenção odontológica no programa saúde da família (ESF) de Campos dos Goytacazes – RJ após um ano de implantação da visão dos atores sociais envolvidos**. 2003. 145 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2003.

OLIVEIRA, J.L.C.; SALIBA, N.A. Atenção Odontológica no Programa Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciência & Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10 sup, p. S297-S302, 2005.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos – SP. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 749-762, Out./Dez. 2008.

PAOLA, P. Tradução: CALAMITA, R. O direito à saúde na Itália. Disponível em: <<http://www.centroperidiritidelmalato.it/portogallo/storia.htm>> Acesso em: 25 Fev. 2010.

PASSAMANI, J.D.; SILVA, M.Z.; ARAÚJO, M.D. Estratégia Saúde da Família: o acesso em um território de classe média. **UFES Rev Odontol**, v. 10, n. 2, p. 37-45, 2008.

PESSOA, Daniela Mendes Veiga. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família: a integralidade em foco**. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

PEREIRA, C.R.S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985-996, Mai. 2009.

PIMENTEL, F.C. et al. Análise da Atenção à Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife – PE. **Ciência & Saúde Coletiva** [Periódico na internet] 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2364> Acesso em: 03 Jun 2009.

PINHEIRO, R. **Integralidade e Prática Social**. Entrevista concedida ao Boletim Integralidade em Saúde – LAPPIS. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=162&sid=25>> Acesso em: 14 Maio 2009.

PIRES, M.R.G.M. et al. Oferta e Demanda por média complexidade / SUS: Relação com Atenção Básica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1915> Acesso em: 03 Jun 09.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA. **ESF - Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.vilavelha.es.gov.br>>. Acesso em: 4 mar. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria de Saúde. **Protocolo de Acolhimento e avaliação inicial nas unidades de saúde/Prefeitura de Vitória**, Vitória, 2004. 89 p.

PUCCA JR, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 1, p. 27-34, 2003.

REIS, C. et al. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1287-1295, 2009.

ROCHA, P.M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p. S69-S78, 2008.

RODRIGUES, M.P.; LIMA, K.C.; RONCALLI, A.G. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008.

SÁ, Marilene de Castilho. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência**. 2005. 454 f. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, Jan. 2007.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, Nov-Dez. 2004.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 31, p. 303-14, Out./Dez. 2009.

SHIMAZAKI, M.E. **Acolhimento: O desafio de viabilizar o acesso com excelência e equidade**. In: Consultoria em Normas técnicas e Sistema de Informação em Saúde, SEMSA. Vitória, Abril de 2004.

SILVA, L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, Jan./ Mar. 2008.

SILVA, V.C.; RIVERA, F.J.U.; HORTALE, V.A. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1405-1414, jun. 2007.

SIQUEIRA, M.P.; HOPPE, I.C.B.; PERUCH, V.L. **Uma proposta de tecnologia simples para a sua elaboração no âmbito municipal**. 2004. Monografia

(Especialização Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória.

SOBRINHO, E.J.M.A.; INOJOSA, R.M. Rede de Acolhimento – Uma estratégia da cultura da Paz. In Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Associação Palas Athena. Unesco. 2002. p. 01-03.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1325-1335, Rio de Janeiro, Set./Out. 2009.

SOUZA, A.C.; LOPES, M.J.M. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 24, n. 1, p. 8-13, Abr. 2003.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. S100-S110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, C.J.V. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p. S 148- S 158, 2008.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, Fev. 2007.

TAVARES, F.L. et al. O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 405-413, 2003.

TAVARES, J.; SIQUEIRA, M.P.; CARDOSO, G.S. **Acessibilidade, Acesso e Acolhimento** In: I Encontro de Planejamento Local para reorientação de práticas – SEMSA, Vitória, 2003.

TEIXEIRA, RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de medicina social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p.49-61.

TEIXEIRA, M.C.B. Trabalho em equipe: inserindo a saúde bucal no contexto da transdisciplinaridade. In MACAU, M.G.L. **Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade** – Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2008. cap. 9, p. 121-135.

TEMPORÃO, J.G. Editorial: Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1322-1323, Rio de Janeiro, Set./Out. 2009.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em Saúde Pública**. 3 reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNGLERT, C.V.S. **Territorialização em Saúde**: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. 1995. Tese (Concurso de livre-docência) - Universidade de São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.

World Health Organization. **Primary Health Care**. Genève: WHO, 1978.

YIN, R.K. **Estudo de caso** – planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

7 ARTIGOS

7.1 ARTIGO 1: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO E ACESSO AOS SERVIÇOS NA ÁREA DA ODONTOLOGIA EM UNIDADES DE SAÚDE LOCALIZADAS NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA, ES – BRASIL.

A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO E ACESSO AOS SERVIÇOS NA ÁREA DA ODONTOLOGIA EM UNIDADES DE SAÚDE LOCALIZADAS NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA, ES – BRASIL.

Ana Rosa Murad SZPILMAN³

Adauto EMMERICH Oliveira⁴

RESUMO

O desafio do SUS é atender às necessidades dos usuários, sendo que a escuta da opinião de quem recebe a assistência é um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde. Com isto, objetivou-se desvelar a percepção dos usuários acerca do acolhimento e demais dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal nas US de Araçás e Ibes - Vila Velha, ES. Através de entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo, evidenciou-se o prolongado tempo de espera por uma consulta, a dificuldade de horário para quem trabalha, dificuldade para quem necessita de visita domiciliar, além das dificuldades de acesso às consultas especializadas. Conclui-se que, apesar de os usuários estarem satisfeitos no geral com o atendimento, há um desconhecimento dos seus direitos, não há entendimento do que seja um acolhimento, e o serviço é ainda confundido com filantropia.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Serviços de Saúde, Acolhimento, Saúde Bucal.

³ Mestranda em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo.

⁴ Pós-doutor pela ENSP/Fiocruz. Professor de Saúde Bucal Coletiva do curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo.

THE USER'S PERCEPTION ON USER EMBRACEMENT AND ACCESS TO DENTISTRY HEALTH SERVICES IN HEALTH UNITIES LOCATED IN VILA VELHA, ES – BRAZIL.

ABSTRACT

The Single Health System's challenge is to attempt the user's needs, in which listen to the opinion of whom receives the assistance is a very important element in the evaluation of health services. Therefore, the main goal of this study was to reveal the user's perception on user embracement and other devices that orients the integral attention in Oral Health in the Health Unities of Araçás and Ibes - Vila Velha, ES. Through semi-structured interviews and content analyses, it was demonstrated a long period of waiting for an appointment, the timing difficulties for whom works, difficulty to whom needs home care, besides the difficulties for accessing the specialized appointments. In conclusion, even though the users are in general satisfied with the attendance, there isn't an knowledge of their rights, there isn't a clear understanding of what is user embracement and the service is still mixed up with philanthropy.

Keywords: Family Health Program, Health Services, User Embracement, Oral Health.

LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS ACERCA DE LO ACOGIMIENTO Y ACCESO A LOS SERVICIOS EN LA ÁREA DE ODONTOLOGÍA EN UNIDADES DE SALUD LOCALIZADAS EN EL MUNICIPIO DE VILA VELHA, ES – BRASIL.

Resumen

El desafío del Sistema Único de Salud es atender a las necesidades de los usuarios, siendo que la escucha de la opinión de quien recibe la asistencia es un elemento importante en la evaluación de los servicios de salud. Con esto, se objetivó desvelar la percepción de los usuarios acerca del acogimiento y demás dispositivos que orientan la atención integral a la Salud Bucal en las Unidades de Salud de Araçás e Ibes - Vila Velha, ES. A través de entrevistas semi-estructuradas y análisis del contenido, se evidenció el prolongado tiempo de espera por una consulta, la dificultad de horario para quien trabaja, dificultad para quien necesita de visita domiciliar, además de las dificultades de acceso a las consultas especializadas. Concluye-se que a pesar de los usuarios estaren satisfechos en general con el atendimento, hay un desconocimiento de sus derechos, no hay entendimiento do que és un acogimiento y el servicio és aún confundido con filantropía.

Palabras clave: Programa de Salud Familiar, Servicios de Salud, Acogimiento, Salud Bucal.

Introdução

Este artigo relata os resultados da pesquisa que teve como finalidade desvelar a percepção dos usuários acerca do acolhimento e acesso aos serviços na área da

odontologia em Unidades de Saúde localizadas no Município de Vila Velha, estado do Espírito Santo, Brasil.

A Atenção Primária em Saúde (APS) foi implementada no Brasil como um dos elementos essenciais para cumprimento da estratégia de "Saúde para todos até o ano 2000" preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), baseada nas definições estabelecidas na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizada em Alma Ata, em 1978. No Brasil, aconteceram reflexões e movimentos que se consolidaram nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, cujas propostas foram incluídas no texto da Constituição Federal (CF) de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Estas propostas foram sintetizadas enquanto diretrizes e princípios do SUS, com ênfase na atenção integral, focalizando a atenção primária em saúde, a descentralização da gestão, o fortalecimento da municipalização, a participação da comunidade, a regionalização e, ainda, a hierarquização (Camelo et al., 2000), necessários à integralidade das ações de saúde voltadas para a população usuária do SUS.

O grande desafio do SUS é atender às reais necessidades dos usuários do sistema (Camelo et al., 2000), respeitados os seus direitos, bem como os seus deveres na corresponsabilização com a sua saúde. Em consequência disto, foi editada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, de acordo com a Portaria MS/GM nº. 675, de 30 de Março de 2006, que reforça esses direitos já garantidos na CF, que estabelece que: todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer

discriminação; todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (MS, 2006).

Atuar sob as novas orientações estabelecidas pelo SUS exigiu dos governantes uma reorganização da rede de serviços de saúde. Considerando diversas experiências estaduais e, principalmente, municipais no nordeste do país, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde (MS) optou pela implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (Matos, Tomita, 2004), definido como a principal estratégia de implementação e organização da atenção primária, com foco na unidade familiar, inserido na comunidade e, ainda, comprometido com a integralidade da assistência à saúde (Stralen et al., 2008).

Em 2006, pela complexidade que encerram suas ações e por seu nível de ação transcender a de um programa, o PSF passa a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (Esposti et al., 2006) e, pelo mesmo princípio, o PACS torna-se Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), isto justificado pelo fato de que Saúde da Família não poderia ser percebido como mais um programa a ser desenvolvido pelos municípios, e sim uma estratégia que abarcaria a formulação e a execução na prática dos serviços de todos os chamados programas, como, por exemplo, Programa da Tuberculose, Hanseníase, Diabetes, Saúde Bucal, dentre outros.

A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes (Rodrigues, Lima, Roncalli, 2008). Um dos princípios fundamentais desta estratégia é a atenção integral, que deve ser associada a humanização, sendo que uma das principais ações para se concretizar na prática a humanização da atenção é o acolhimento, o receber bem, o dar respostas às necessidades de saúde da população (Passamani, Silva, Araújo, 2008), que deve definir as ofertas de um serviço, e não o contrário (Cavalcante Filho et al., 2009).

A Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida no primeiro nível de atenção para a prestação de serviços básicos de saúde. Esse nível denominado atenção básica, trabalha com territórios de abrangência definidos – distritos sanitários - com população adscrita e problemas identificados. Cabe pontuar acerca dos distritos sanitários que sua origem remete à Reforma Sanitária Italiana (23/12/1978), que instituiu o Serviço Sanitário Nacional Italiano (Paola, 2010), sendo que o principal protagonista foi Giovanni Berlinguer, professor de Medicina do Trabalho da Universidade de Roma, então deputado no Congresso Nacional, ocupando-se da função de relator da Reforma. Em inúmeras vindas ao Brasil, lançou livros que se tornaram verdadeiros clássicos, ministrou palestras em universidades, sindicatos, conselhos de saúde (Narvai, 2010), influenciando e muito os pensadores da época, que, inspirados na Reforma Italiana, implantaram os distritos sanitários no Brasil. A ideia era proceder com uma subdivisão do município em áreas menores, segundo critérios geográficos, demográficos e social, a que se denominou territorialização em saúde, com a finalidade de se constituírem os distritos sanitários (Unglert, 1995). A importância de se fazer esta territorialização

encontra respaldo em sistemas de saúde de vários países, tornando-os mais eficazes, eficientes e equitativos, tais como: Suécia, Finlândia, Inglaterra, Cuba, Costa Rica, entre outros (Mendes, 1993).

Diante de todo o exposto, considerando a saúde como direito cidadão e a saúde bucal como parte constitutiva e determinante da saúde geral do indivíduo, é fundamental que ela esteja presente e organizada conjuntamente com as demais ações básicas de saúde. Para tanto, há necessidade de que o trabalho em saúde se dê de forma multidisciplinar e, nesse sentido, foi acrescida à Equipe de Saúde da Família original as Equipes de Saúde Bucal (ESB), com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas por esse nível de atenção primária, respeitando também os seus princípios organizativos e operacionais.

Desta forma, foi, então, publicada a **Portaria MS/GM nº. 1.444**, de 28 de dezembro de 2000, na qual o MS estabeleceu incentivos financeiros direcionados para a reorganização da atenção em saúde bucal (Brasil, 2000; Esposti et al., 2006; Santos et al., 2007). Logo a seguir foi publicada a **Portaria MS/GM nº. 267/2001**, que dispunha sobre as normas e diretrizes do Plano de Reorganização das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, em março de 2001 (Brasil, 2001). No mesmo ano a odontologia foi inserida na ESF para suprir a carência da população nessas ações estratégicas de saúde bucal, ampliando sua abrangência, com a intenção de incluir a população até então excluída do direito de acesso ao tratamento odontológico (Medeiros, Freire, 2005; Pessoa, 2005; Esposti et al., 2006).

Para que o atendimento integral se torne uma realidade, é imprescindível se lançar mão do acolhimento como uma estratégia de encontro entre os serviços e o usuário, de recebê-lo, de escutá-lo e identificar seus problemas, de forma a resolvê-los no primeiro nível de atenção. Entretanto, se seus problemas não forem possíveis de solução na atenção primária, inclui-se no acolhimento o encaminhamento dos usuários para os demais níveis da atenção, para obter assim a resolução de suas demandas, objetiva e subjetivamente, garantindo a universalidade com escuta qualificada de todos que chegam à Unidade de Saúde (Cavalcante Filho et al., 2009). Essa escuta deve ocorrer em todas as oportunidades, em um contínuo e propenso ambiente de interação entre usuários e serviços de saúde, sendo que é nesse momento que o acolhimento se pronuncia em favor do bom relacionamento usuário-serviço de saúde (Ayres, 2009).

Para os usuários dos serviços de saúde e seus familiares, o acolhimento pode ser entendido como um modo fundamental na escuta, na orientação, na informação e no encaminhamento adequado (Furtado, 2002), tendo a premissa de que o usuário é o ponto central, escutando-o e buscando a humanização e a integralidade do atendimento (Campos et al., 2007).

A ideia deste estudo encontra amparo na literatura, que descreve que através da perspectiva do usuário se pode obter informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população (Emmi, Barroso, 2008). As pesquisas que avaliam a satisfação do usuário propiciam aperfeiçoamento para o cotidiano dos serviços de saúde e ainda avanços na gestão desses serviços (Esperidião, Trad, 2006). Ainda, a avaliação de satisfação de usuários deve ser

valorizada, não só para estudar as relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde, mas também como instrumento de controle social (Esperidião, Trad, 2006).

Um marco absolutamente importante na história da saúde pública no Brasil foi a inscrição da participação da comunidade na CF de 1988. Desta forma, Merhy, 1997, enfatiza que o controle social e a gestão democrática acarretam num sistema de saúde de co-gestão aberto à participação dos interesses populares representados pelos usuários organizados, colocando no centro do processo de produção de serviços e também no campo de formulação de políticas, a atuação democrática de sujeitos sociais.

Seguindo a mesma linha de pensamento, a escuta da opinião de quem recebe a assistência é um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde, bem como da forma como o sistema de saúde se organiza para viabilizar o atendimento (Lima et al., 2007). Da mesma forma, a visão do usuário é pertinente, uma vez que é o reflexo do que o serviço lhe oferece (Campos et al., 2007).

Pode-se, então, posicionar o usuário como protagonista do sistema de saúde, que, uma vez ouvido, proporciona impacto diretamente na melhoria da relação entre o serviço e o usuário, sendo, portanto, fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento que lhes é prestado, o que leva a repensar as práticas profissionais ou, ainda, intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando ao seu aperfeiçoamento (Ramos, Lima, 2003). Portanto, a percepção dos usuários sobre a prática da ESF é muito importante, pois a comunidade é a razão da sua existência, devendo ser identificada como sujeito capaz de avaliar e também intervir, modificando o

próprio sistema e, desta forma, fortalecendo a democracia em saúde (Cotta et al., 2005).

Por todas estas considerações, o presente estudo teve como objetivo desvelar a percepção dos usuários dos serviços de saúde bucal da ESF acerca do acolhimento e dos dispositivos que orientam a atenção integral na saúde bucal, tais sejam: acesso, vínculo, autonomia, responsabilização e resolutividade, nas Unidades de Saúde de Araçás e Ibes, no Município de Vila Velha, situado na Região Metropolitana do estado do Espírito Santo, Brasil.

Metodologia

O estudo tem uma abordagem qualitativa (Minayo, 2007), tendo como cenário o Município de Vila Velha, ES, cuja implantação da ESF se deu em 2003. Hoje há 17 US's, sendo 7 USF e 10 convencionais, contando com uma cobertura populacional de 27% enquanto ESF, 28% para EACS e, por último, 16% para a saúde bucal (PMVV, 2008).

As US's selecionadas obedeceram a certos critérios de exclusão e de inclusão. A US de Vila Nova foi excluída por ser o local de trabalho da pesquisadora, evitando assim qualquer atitude tendenciosa na pesquisa. Na literatura descreve-se um percentual de 40 a 50% de tendência de respostas positivas pelos entrevistados, pelo receio de resultar em alguma sanção no atendimento (Andrade, Ferreira, 2006). A US de Barra do Jucu, cuja ESB não se encontra nos moldes da portaria reguladora da saúde bucal do MS, foi também excluída.

Como critérios de inclusão foram considerados, primeiramente, o tempo de implantação da ESF e posteriormente a quantidade de ESB. Com base nestes dados, foram incluídos na pesquisa as US de Araçás, cuja implantação da ESF se deu em Outubro de 2003, constando de 3 ESB's, e a US do Ibes, cuja implantação ocorreu em Abril de 2004, contando com 3 ESB's.

Fizeram parte da investigação os usuários das unidades selecionadas, diretamente atendidos pelas equipes em questão. A abordagem realizada seguiu o critério de saturação ou ponto de exaustão, que consiste em delimitação da suficiência dos dados a partir do momento em que as respostas vão se repetindo, e novas questões não emergem (Minayo, 2007), ficando assim: 5 usuários escolhidos aleatoriamente de cada unidade, totalizando 10 usuários ao final; isso foi suficiente para atingir o ponto de saturação.

O levantamento das Informações foi realizado através da técnica de entrevista na modalidade semiestruturada, para a qual foi utilizado um roteiro, sendo realizada apenas pela pesquisadora, de forma individual, gravada e depois transcrita para registro, guarda e análise dos discursos. Também foi realizada observação sistemática, e as observações foram anotadas em um diário de campo e analisadas posteriormente. A técnica utilizada para análise do material coletado foi a Análise de Conteúdo (Bardin, 2009). As categorias definidas foram: acesso, satisfação do usuário, vínculo, acolhimento e, ainda, resolutividade.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), já com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, registrada com o nº. 090/09, cumprindo

os procedimentos internos da Instituição, sendo aprovada em Reunião Ordinária realizada em 05 de Agosto de 2009. A todos os sujeitos, que se dispuseram livremente a participar da pesquisa, foi entregue e assinado um Termo de Consentimento Informado.

Resultados e Discussão

O material coletado por meio de entrevistas revela, através das falas dos sujeitos pesquisados, a percepção dos usuários acerca dos dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal, contendo seus entendimentos, suas dúvidas, suas satisfações, seus desejos e principalmente sua esperança em ter seu sofrimento amenizado, suas necessidades atendidas e, ainda, apontando um caminho de possíveis melhorias para o sistema público de saúde do nosso país.

Inicialmente descreve-se o perfil dos usuários, sujeitos desta pesquisa. Dentre os dez usuários entrevistados das US's de Araçás e Ibes, oito são mulheres e dois são homens. A idade varia bastante, tendo o usuário mais novo 14 anos, e o mais velho 74 anos. Os outros usuários pesquisados têm entre 26 e 55 anos.

Com o intuito de avaliar o nível de entendimento, tanto no que diz respeito à clareza do instrumento de pesquisa, como também em relação às atividades educativas organizadas pela ESB para os seus usuários, o nível de escolaridade foi medido. Dois usuários têm o ensino fundamental completo, e três estão ainda cursando; três usuários têm o segundo grau completo, um outro, o superior completo e, por último, um está cursando o superior.

O nível de renda foi também demandado com a finalidade de avaliar as condições dos usuários em possuir bens materiais que muitas vezes proporcionam acesso a informações mais precisas, além de demonstrar o seu poder de compra, até mesmo em relação aos produtos de higiene bucal diários. Um outro aspecto relacionado ao nível de renda dos usuários pode ser aqui descrito como o poder de buscar certas necessidades de atendimento que a rede pública ainda não oferece, como serviços de prótese, ortodontia, implante, entre outros. Cinco usuários possuem renda de um salário mínimo, um usuário varia entre 3 e 4 salários mínimos, dois variam entre 2 e 3 salários mínimos, um usuário possui renda de R\$ 380,00 (Trezentos e oitenta reais) e um de 8 salários mínimos.

Para transcrição dos discursos dos sujeitos, usaremos USU e numeração para denominarmos os usuários, sendo, assim, USU1 a USU10, preservando suas identidades.

1 Acesso

O primeiro tensionamento descrito na relação de acolhimento do usuário pelo profissional está no acesso ao serviço odontológico (Santos et al., 2007). Pode-se entender o acesso como a “porta de entrada”, local de acolhimento do usuário ao buscar os serviços de saúde, e, por último, os caminhos percorridos pelo usuário no sistema de saúde na busca de resolver a sua necessidade (Jesus, Assis, 2010). Analisar o acesso é uma forma de avaliar o serviço, porém torna-se necessário precisar que tipo de acesso é este, se ele é resolutivo ou não, se funciona de forma acolhedora para com o usuário, se promove autonomia e se há a construção do vínculo, o que poderia determinar um acesso com desempenho de fato.

Na avaliação do acesso propriamente dito, oito dos dez entrevistados declararam ter sido fácil marcar a consulta com o cirurgião-dentista (CD), quer por iniciativa própria, quer por intermédio do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para Passamani, Silva e Araújo, 2008, houve melhoria de acesso com a introdução da ESF, sendo que na pesquisa de Rocha et al., 2008, o acesso foi enfocado pela população como um aspecto positivo em relação aos serviços tradicionais. Porém, contrariamente ao exposto, Andrade e Ferreira, 2006, e Souza et al., 2008, obtiveram como resultado grandes dificuldades de acesso às consultas odontológicas, mesmo quando constatou-se que houve progresso no acesso dos usuários aos serviços, os resultados de Nascimento et al., 2009, mostraram ser ainda deficientes em relação ao acesso universal.

Neste momento, vale uma avaliação do nosso universo pesquisado, sendo que os USU's 1 e 9 estavam grávidas, o 2 fazia parte do grupo da terceira idade, além de ser hipertenso, e o 7 tinha idade inferior a 18 anos, ou seja, fazem parte dos grupos prioritários, sendo estes de crianças até os 18 anos, grupo da terceira idade, grávidas, hipertensos e diabéticos. Esses grupos prioritários muitas vezes são vistos como uma forma de segmentação reprimindo a demanda dos não prioritários (Rocha et al., 2008). Desta forma, a avaliação do acesso como não havendo maiores dificuldades não pode ser aceita como retrato da realidade dos usuários dos serviços odontológicos nas US da Prefeitura Municipal de Vila Velha (PMVV).

Da análise dos discursos dos dois usuários que relataram ter sido difícil o acesso às consultas odontológicas, um descreveu dificuldade mesmo tendo sido indicado pelo secretário do município, enquanto a outra mencionou uma longa espera de alguns anos

após ter colocado o nome na lista de espera. O acesso vem sendo, de fato, referido pelos usuários como um dos principais fatores que compromete a assistência, sendo que o tempo de espera prolongado é apontado como o maior dificultador (Lima et al., 2007), trazendo uma insatisfação substancial (Stralen et al., 2008), havendo até mesmo permanência de filas nas próprias USF (Rocha et al., 2008). A dificuldade de acesso pode estar relacionada com a escassa oferta de consultas médicas e, principalmente, odontológicas (Lima et al., 2007), além da grande demanda reprimida. Este fato pode inferir que a introdução da ESF não implica necessariamente uma melhoria do acesso (Stralen et al., 2008).

Um outro aspecto enfatizado pelos sujeitos foi em relação ao horário de funcionamento das USF, uma vez que o atendimento ocorre das sete horas da manhã às quatro horas da tarde. Esta questão é vista como um empecilho ao atendimento, já que a grande maioria das USF funciona em dois turnos e não dispõe de horário especial, como o noturno, final de semana ou feriado (Rocha et al., 2008). Há um conflito entre o horário de funcionamento das unidades e o horário de trabalho dos usuários (Passamani, Silva, Araújo, 2008). O USU5 relata sua angústia com o fato de seu filho que trabalha não conseguir agendar sua consulta, por coincidir com o seu horário de trabalho.

Ainda dentro da categoria acesso, o tópico visitas domiciliares foi destacado pelos sujeitos da pesquisa. Assim como usuários de outras pesquisas (Levy, Matos, Tomita, 2004; Cotta et al., 2005), houve um elevado grau de satisfação advindo da realização das visitas domiciliares, principalmente pelos ACS. Porém, a população exige que essas visitas sejam realizadas também por outras categorias profissionais, como técnicos, enfermeiros e médicos. O USU5 enfatiza o quanto a visita domiciliar facilita o

acesso ao serviço para os usuários que estão impossibilitados de chegar à unidade de saúde, como é o caso da senhora acamada, que se encontra necessitada de visita médica domiciliar, e sempre justificam a impossibilidade de visitá-la por falta de transporte.

2 Satisfação do usuário

Os usuários entrevistados foram questionados em relação a uma série de aspectos que denotam qualidade dos serviços prestados. Foram avaliados os seguintes aspectos: a sala de espera, a localização da recepção, o consultório, a limpeza, o atendimento da recepção, a marcação de consulta, a consulta com o dentista e, por fim, o atendimento em geral. Em pesquisa semelhante, os fatores identificados como aqueles que os usuários consideram qualificar o serviço prestado foram: boa recepção (ser bem tratado pela equipe), respeito ao usuário (limpeza, organização, pontualidade, informações e rotinas atendendo às necessidades dos usuários), relação humanizada e bom desempenho profissional (Ramos, Lima, 2003).

Quando demandados em relação a sua percepção acerca da sala de espera, consideraram “boa”, pois não tem espera, uma vez que os CD’s atendem no horário agendado; relataram ainda que houve melhorias em relação à que existia anteriormente.

Para todos os entrevistados a localização da recepção é “boa”, o consultório é “bom”, porém um dos usuários considera bom porque “é de graça”. Em relação à limpeza, os usuários consideram “boa”, mas um dos usuários diz ser muito boa, considerando que é serviço público.

Neste momento, vale uma análise de como o serviço público é visto na percepção dos usuários, da população, da comunidade assistida pela ESF. O serviço público ainda é visto pelos usuários como atendimento aos pobres, como filantropia, como um favor, e a comunidade não exige melhorias, qualidade, pois se acomoda com a ideia de que, como é público, não é muito bom mesmo, e se satisfaz com o mínimo, com pouco ou às vezes até mesmo com nada. O direito à saúde está sendo entendido pela população como caridade e não como direito de todos, conforme determina o texto constitucional (Tavares et al., 2003). Ainda é forte o entendimento de que o sistema público de saúde é direcionado para a população de baixa renda (Stralen et al., 2008).

O atendimento da recepção foi considerado muito bom. Todos os usuários, sem exceção, gostam do atendimento da recepção do serviço de odontologia das duas unidades pesquisadas. O USU4 diz serem muito atenciosos no atendimento. A marcação de consulta é considerada na fala de todos os sujeitos como rápida, fácil, boa e sem qualquer problema. O USU10 considera que entre uma consulta e outra há muita demora, enquanto o USU8 considera positiva a flexibilidade de horário para marcação de suas consultas. O atendimento individual da ESB é considerado como uma linha de tensionamento no processo de acolhimento do usuário por parte do CD, sendo que muitas vezes os usuários apresentam satisfação quanto ao tratamento relacional, porém insatisfação quanto ao procedimento realizado (Santos et al., 2007). A consulta com o CD é vista como de boa qualidade, sendo que adjetivos como excelente, muito bom, com gentileza, anjo, pessoa bacana, legal, entre outros, puderam ser identificados nos discursos dos sujeitos.

O atendimento em geral foi avaliado pelos entrevistados como sendo bom. Ao avaliar a categoria satisfação com o serviço de saúde bucal da ESF das US's de Araçás e do Ibes, pode-se notar que os entrevistados consideram-se muito satisfeitos com o atendimento da equipe como um todo, tanto das auxiliares em saúde bucal (ASB) e técnicas em saúde bucal (TSB) na recepção, como dos CD no consultório. Da mesma forma, em pesquisas semelhantes, constatou-se um elevado grau de satisfação dos usuários da ESF com a atuação da equipe e com as atividades por ela desenvolvidas (Cotta et al., 2005; Emmi, Barroso, 2008).

3 Vínculo

O vínculo deve ser considerado como uma conquista, não um acontecimento imediato. É bem verdade que, quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, além de haver uma troca maior de saberes entre trabalhadores de saúde e comunidade (Coelho, Jorge, 2009). Uma relação profissional/paciente de qualidade influencia sobre o resultado do tratamento. Para os usuários, aspectos relacionados à educação, cordialidade, gentileza e comunicabilidade são fatores importantes para o restabelecimento da saúde, sendo que, para eles, receber uma atenção maior, um gesto de carinho apresenta um significado positivo (Reis et al., 2009).

Em pesquisa semelhante, os usuários consideraram como uma relação positiva a avaliação de aspectos como educação, gentileza, boa vontade, acolhimento, cuidado com a saúde, capacidade de escuta e capacidade de entender os motivos do paciente, e, como relação negativa, o aspecto como desinteresse no momento da consulta/visita (Cotta et al., 2005). É evidente que o vínculo é mais forte com os usuários das ESF do

que nos tradicionais centros de saúde (Stralen et al., 2008), evidenciado como o critério mais positivo na avaliação da dimensão do cuidado integral (Rocha et al., 2008). Da mesma forma, quando observamos as falas dos sujeitos desta pesquisa, todos demonstraram estar muito satisfeitos com o atendimento do seu CD, com evidente vínculo entre o usuário e o seu respectivo CD. Palavras como atencioso, gentil, “anjo”, muito bom, de qualidade, excelente, “pessoa bacana, legal” foram utilizadas nas respostas dos usuários.

O vínculo e a autonomia entrecruzam-se no resgate da relação profissional-usuário (Santos, Assis, 2006). A criação de vínculo usuário-profissional de saúde é fundamental para que se estabeleça uma relação de confiança, o que torna possível um maior envolvimento do usuário e, por conseguinte, um desenvolvimento do seu auto-cuidado (Oliveira et al., 2008).

A autonomia é um dispositivo enfatizado pela ESF por se tratar de criar uma corresponsabilização, trazendo o usuário para protagonista de sua própria saúde. Enquanto os usuários acreditarem que a saúde deles depende do atendimento da ESF, eles não conquistarão saúde de fato. É preciso que apreendam a noção de auto-cuidado, autonomia, responsabilização, protagonismo com ênfase na continuidade da busca da prevenção fora do ambiente da US, em todos os momentos de sua vida.

Alguns usuários entrevistados enfatizaram o papel do ACS, porém declararam que procuraram atendimento eles mesmos, ou seja, não se acomodaram com o fato de que há uma pessoa que pode e deve fazer as marcações, os agendamentos para eles, mas que, como eles são parte interessada, devem, sim, agir em prol de sua saúde. Dos 10

usuários entrevistados, apenas três foram agendados por intermédio do ACS, porém também procuraram a US sem a sua intervenção; os outros sete procuraram o serviço eles mesmos.

4 Acolhimento

Todos os usuários entrevistados se sentem bem recebidos pela ESB da ESF das US's de Araçás e do Ibes, se sentem bem acolhidos e declaram que o atendimento é de boa qualidade e, ainda, que estão muito satisfeitos, tanto com o atendimento como com o desempenho profissional do CD. Mas percebe-se na fala dos sujeitos um total desconhecimento do que é de fato o acolhimento, sendo que tal desconhecimento e ausência de um conceito sobre esta atividade também foram identificados em outras pesquisas (Campos et al., 2007). Muitas vezes foi confundido com o acesso, ou seja, “eu fui bem acolhido por ter sido atendido, e não necessariamente bem atendido”, o que torna o acolhimento efetivo. A responsabilização do profissional para com o estado de saúde do usuário se constitui-se em um dos elementos essenciais (Lima et al., 2007). Algumas pesquisas encontraram como resultados uma avaliação negativa por parte dos usuários, especialmente em relação ao comportamento do profissional durante a consulta, além do tempo despendido nessa consulta (Lima et al., 2007), ressaltando ser necessário na formação profissional, principalmente de quem trabalha na recepção, “saber tratar bem as pessoas” (Souza et al., 2008). Mas, por inúmeras vezes, o acolhimento é manifestado por uma relação tensa e conflitante (Santos, Assis, 2006). Por outro lado, alguns achados destacaram satisfação por parte dos usuários com a acolhida de alguns profissionais, reconhecendo que é um ato de atenção e respeito

(Santos, Assis, 2006), sendo descrito em outro estudo que a população se sente amparada (Levy, Matos, Tomita, 2004).

Os próprios usuários entrevistados posicionaram como “ruído” no ato do acolhimento a forma com que os usuários procuram atendimento na US. O USU1 criticou usuários que reclamam por qualquer coisa e causam confusão sem necessidade. O USU2 comenta da postura com que os usuários procuram os profissionais para resolverem seus problemas, apontando para uma atitude pouco receptiva a um bom acolhimento.

5 Resolutividade

Não basta apenas avaliarmos o acesso, o vínculo, o acolhimento; torna-se necessário observar o dispositivo resolutividade, ou seja, o acesso é fácil, o paciente espera pouco para conseguir um agendamento na odontologia da US, os usuários pontuam que o atendimento é excelente, elogiam o desempenho profissional e dizem estar muito satisfeitos. Porém, há a resolução de suas demandas? A limitação na resolutividade das práticas em saúde bucal tem-se mostrado como um achado comum na literatura (Andrade, Ferreira, 2006; Santos, Assis, 2006) e na prática diária de atendimento nos serviços públicos de saúde.

Se pensarmos em termos de procedimentos oferecidos nas USF estudadas, é fato que não há todos os tipos de procedimentos demandados pela comunidade. Procedimentos de prótese, ortodontia, implante, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outros, de que precisam muitas vezes no tratamento para que o atendimento seja integral observando os pressupostos da ESF, não são ofertados pela PMVV. Enquanto que demandas para endodontia, cirurgia oral menor e periodontia são encaminhadas para a Central

Odontológica e para o Centro Regional de Especialidade de Vila Velha (CRE), lançando-se mão do sistema de referência e contrarreferência, porém com grande limitação de vagas, com uma demanda imensa, longas esperas, filas enormes, retornando muitas vezes o usuário para extração do dente encaminhado devido à grande demora para a resolução de sua necessidade nos serviços de especialidades.

Após esta breve descrição da percepção dos usuários das US's estudadas, através da análise de conteúdo categorial, observa-se um grande progresso dos serviços públicos de saúde no Brasil desde a implantação do SUS, porém torna-se importante pontuar que ainda há pontos estratégicos que não foram alcançados e que precisam ser apreciados pelo MS, pelos gestores, profissionais de saúde, usuários, enfim, por todos que direta ou indiretamente encontram-se envolvidos no processo de obtenção de saúde para todos, como preconizado pela OMS, muito antes do "nascimento" do SUS.

Considerações Finais

Os usuários, sujeitos desta pesquisa, recebem a assistência e, portanto, escutá-los possibilita traçar melhorias para a atenção a saúde. Dentro deste entendimento, inicialmente foram identificados alguns aspectos em relação ao acesso que merecem destaque: a dificuldade de horário para quem trabalha, dificuldade para quem, por necessidades especiais, necessita de visita domiciliar, que por muitas vezes não se efetiva, além das dificuldades ao acesso às consultas especializadas.

Os usuários entrevistados foram considerados muito satisfeitos com o atendimento da equipe como um todo, tanto das ASB, na recepção, como dos CD, no consultório. A

satisfação foi relacionada tanto com o acolhimento como com o vínculo, que foi entendido pelos usuários como bom desempenho profissional.

Quando avaliada a atuação da ESB nas unidades pesquisadas, apesar de ser considerada pelos usuários entrevistados como excelente em termos de desempenho profissional, em termos de gentileza, carinho, atenção e acolhimento, na percepção dos usuários pesquisados não houve melhorias claras na sua condição bucal, porém os entrevistados estavam iniciando o tratamento e consideraram ainda muito precoce uma avaliação correta. As diretrizes da ESF preconizam orientação, porém na fala dos entrevistados, a maioria não foi convidada a participar de uma palestra, e quando convidados, possivelmente por não terem sido devidamente orientados quanto à importância da palestra, não compareceram.

Conclui-se que, apesar de os usuários estarem satisfeitos no geral com o atendimento prestado pelos CD's nas unidades pesquisadas, há um total desconhecimento dos seus direitos enquanto usuários, não há entendimento do que é um acolhimento, o serviço é muitas vezes ainda confundido com filantropia e o profissional não despende o tempo necessário para acolher de forma resolutiva o usuário. Torna-se necessária a reformulação das ESB em relação a sua atuação pouco acolhedora, a sua formação tecnicista e ao seu não envolvimento com os pressupostos do SUS, as diretrizes da ESF, o tão sonhado atendimento para todos.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 123-130, 2006.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In _____. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009, p. 75-105.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**: Edição Revisada e Atualizada – Lisboa/Portugal: Edições 70 Lda., Março de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de Dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 29 Dez 2000.

_____. _____. Portaria n.267/GM, de 6 de Março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de Normas e Diretrizes da saúde bucal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 7 Mar. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 675, de 30 de Março de 2006. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde; 31 Mar. 2006.

CAMELO, S.H.H. et al. Acolhimento à clientela: Estudo em Unidades Básicas de Saúde no Município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.8, n. 4, p. 30-37, Ago. 2000.

CAMPOS, M.D. et al. Reflexões acerca do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 157-168, Jan./Dez. 2007.

CAVALCANTE FILHO, J.B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 31, p. 315-28, Out./Dez. 2009.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1523-1531, Rio de Janeiro, Set./Out. 2009.

COTTA, R.M.M. et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4, p. 227-234, Out./Dez., 2005.

EMMI, D.T.; BARROSO, R.F.F. Avaliação das Ações de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 35-41, 2008.

ESPERIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B. Avaliação da Satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, Jun, 2006.

ESPOSTI, C.D.D. et al. Perspectivas da Saúde Bucal na Estratégia Saúde Da Família: dificuldades e avanços. **UFES Rev. Odontol.**, v. 8, N. 3,p. 49-54, 2006.

FURTADO, L.A.C. O Acolhimento no Projeto Resgate Cidadão. In Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Associação Palas Athena/Unesco, 2002. p.09-10.

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, Rio de Janeiro, 2010.

LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.197-203, jan-fev, 2004.

LIMA, M.A.D.S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E.. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da Universidade aos pólos de capacitação. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.20, n. 6, p. 1538-1544, nov-dez, 2004.

MEDEIROS, U.V.; FREIRE,J.C.A. Implantação da saúde da família do município de Bom Jesus do Norte – ES. **UFES Rev. Odontol.**, v.7, n.2, p.29-35, maio/ago 2005.

MENDES, E.V. Território: Conceitos Chave. In: **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p.166-169.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NASCIMENTO, A.C. et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n. 3, p. 455-462, 2009.

NARVAI, P.C. **Berlinguer e a saúde dos brasileiros**. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel1.htm>> Acesso em: 25 Fev. 2010.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos – SP. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 749-762, Out./Dez. 2008.

PAOLA, P. Tradução: CALAMITA, R. **O direito à saúde na Itália**. Disponível em: <<http://www.centroperidiritidelmalato.it/portogallo/storia.htm>> Acesso em: 25 Fev. 2010.

PASSAMANI, J.D.; SILVA, M.Z.; ARAÚJO, M.D. Estratégia Saúde da Família: o acesso em um território de classe média. **UFES Rev Odontol**, v. 10, n. 2, p. 37-45, 2008.

PESSOA, D.M.V.. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família: a integralidade em foco**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA. **ESF - Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.vilavelha.es.gov.br>>. Acesso em: 4 mar. 2008.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

REIS, C. et al. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: "a voz do usuário". **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1287-1295, 2009.

ROCHA, P.M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p. S69-S78, 2008.

RODRIGUES, M.P.; LIMA, K.C.; RONCALLI, A.G. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (ESF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, Jan. 2007.

SILVA, L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, Jan./ Mar. 2008.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. S100-S110, 2008.

STRALEN, C.J.V. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p. S 148- S 158, 2008.

TAVARES, F.L. et al. O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 405-413, 2003.

UNGLERT, C.V.S. **Territorialização em Saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente**. 1995. Tese (Concurso de livre-docência) - Universidade de São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, São Paulo. 1995.

7.2 ARTIGO 2: OS DISPOSITIVOS ACOLHIMENTO E ACESSO NA PERCEPÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS EM UNIDADES DE SAÚDE LOCALIZADAS NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA, ES – BRASIL.

OS DISPOSITIVOS ACOLHIMENTO E ACESSO NA PERCEPÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS EM UNIDADES DE SAÚDE LOCALIZADAS NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA, ES – BRASIL.

**Ana Rosa Murad SZPILMAN⁵
Adauto EMMERICH Oliveira⁶.**

RESUMO

A inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) teve por objetivo propiciar à população o acesso aos serviços odontológicos, obedecendo aos pressupostos da ESF, dentro da perspectiva de atendimento integral, de tal forma que houvesse uma reestruturação da ESF. Porém, a formação profissional e as matrizes curriculares ainda não estão completamente estruturadas para este novo mercado de atuação do cirurgião-dentista (CD). Dentro desta perspectiva, o presente estudo teve como objetivo desvelar a percepção dos CD's da saúde bucal da ESF acerca do acolhimento e dos dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal nas Unidades de Saúde de Araçás e Ibes, no Município de Vila Velha, no estado do Espírito Santo, Brasil. Para tanto, os CD's, sujeitos desta pesquisa, foram entrevistados de forma semiestruturada e seus discursos foram avaliados à luz da análise de conteúdo categorial de acordo com Bardin (2009). Os achados demonstraram que o acesso representa uma grande dificuldade; que o acolhimento tem sua importância percebida pelos profissionais pesquisados, porém ainda é confundido com uma mera triagem; que a precariedade do vínculo empregatício funciona como fator de frustração, intervindo fortemente no vínculo usuário/profissional da ESF, devido à rotatividade

⁵ Mestranda em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo.

⁶ Pós-Doutor pela ENSP/Fiocruz. Professor de saúde bucal coletiva do curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo.

profissional; e, por último, a resolutividade limitada, com graves entraves no sistema de referência e contrarreferência. Conclui-se que há necessidade de reformulação das políticas da ESF, possibilitando atendimento da demanda reprimida, melhorias no vínculo empregatício, além de maior valorização do profissional envolvido com o cuidado do usuário.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família, Serviços de Saúde, Acolhimento, Saúde Bucal.

THE DEVICES USER EMBRACEMENT AND ACESS ON DENTISTS' PERCEPCION IN HEALTH UNITIES LOCATED IN VILA VELHA, ES – BRAZIL.

ABSTRACT

The inclusion of the Oral Health Team in the Family Health Program (FHP) had the purpose of offering the population access to dental services, based on the principles of the FHP, under the perspective of integral attendance, in a way that a restructuration of the strategy took place. However, the professional education and the curricular structure are not completely structured yet to this new market demand for the dentists. In this perspective, the aim of the present study was to reveal the dentists' perception on user embracement and other devices that orients the integral attention on Oral Health in the Health Unities of Araçás and Ibes - Vila Velha, ES. In order to achieve the purpose of this study, the dentists were interviewed with a semi-structured approach and their sayings were evaluated through categorical contempt analyses accordingly to Bardin (2009). The results demonstrated that the access represents a great difficulty; that the user embracement has its importance acknowledged by the professionals interviewed, but it is still mixed up with a simple screening; that the poor employment relationship functioned as a frustration factor, intervening strongly in the user/professional bond, due

to the professional turnover; and, lastly, the limited resolution, with serious deadlock in the referred and contra referred system. In conclusion there's a need of reformulation of the HFP politics, in order to cover the attendance of the repressed demand who ends up without care, improvement of the employment relationship, besides better valorization of the professional involved to the user's care.

KEYWORDS: Family Health Program, Health Services, User Embracement, Oral Health.

Introdução

O presente artigo trata da percepção dos cirurgiões-dentistas acerca do acolhimento e demais dispositivos que orientam a atenção integral na saúde bucal em duas unidades de saúde, Araçás e Ibes, no Município de Vila Velha, estado do Espírito Santo, Brasil.

Os debates internacionais acerca dos modelos assistenciais de saúde, como as Conferências de Alma-Ata (1978) e Otawa (1986), posicionaram a saúde como direito humano fundamental e ainda meta social mundial¹³. No Brasil, as discussões durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, culminaram nas propostas constantes em seu relatório final, incluídas no texto da Constituição Federal (CF) de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ser entendido como um instrumento de luta, no campo da Saúde⁹. Após a regulamentação do SUS, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) implantou no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF), com o intuito de reorganizar a rede de serviços de saúde. Devido à complexidade de suas ações, em 2006, o PSF passa a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF fundamenta-se na atenção integral, que deve funcionar de forma humanizada. A humanização é comumente percebida pelos profissionais de saúde e pelos usuários como: tratar com respeito e carinho, amor, empatia, capacidade de colocar-se no lugar

do outro, acolhimento, aceitação do outro, diálogo, tolerância, tratar do outro com respeito e educação, aceitar as diferenças e, ainda, resgatar a dimensão humana nas práticas de saúde⁹, contribuindo para a resolutividade das ações de educação e promoção da saúde⁸.

Nesta perspectiva, em 2001, para que o acesso aos serviços odontológicos no nosso país passassem por uma reestruturação, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram acrescentadas às ESF. Vale ressaltar que a formação do profissional e as matrizes curriculares das universidades em todo o Brasil ainda se encontram muito voltadas para atendimento em consultório, com uma visão muito tecnicista e uma falta de comprometimento com as demandas sociais; a formação é fragmentada, reducionista/biomédica com foco no trabalho individual¹⁰, havendo um distanciamento de uma construção social entre os trabalhadores da saúde bucal e a sociedade^{2,5,6}.

Dentro deste contexto, o acolhimento funciona como uma estratégia de receber os problemas dos usuários de forma a resolvê-los de algum modo. Significa dizer que o acolhimento não é uma mera triagem, extrapolando a classificação de riscos que determina a sequência de ações. Não é apenas uma sala de espera, funcionando como um espaço de encontro onde o conhecimento circula e, ainda, não é uma pré-consulta, devendo haver a integração de trabalhadores e usuários para a construção de projetos terapêuticos individuais e coletivos³. Constitui-se em um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado envolvidas nas ações dos profissionais de saúde¹⁹.

Diante de todo o exposto, o presente estudo teve como objetivo desvelar a percepção dos cirurgiões-dentistas da ESF acerca do acolhimento e dos dispositivos que orientam

a atenção integral à saúde bucal nas Unidades de Saúde de Araçás e Ibes, no Município de Vila Velha, no estado do Espírito Santo, Brasil.

Materiais e Métodos

Este estudo priorizou uma abordagem qualitativa, através da análise de duas Unidades de Saúde (US) com ESF no município de Vila Velha, ES. A implantação da ESF, em Vila Velha, ocorreu em 2003, sendo sua cobertura populacional de 27%, do EACS de 28% e da Saúde Bucal de 16%¹⁴.

A US de Vila Nova foi excluída por ser o local de trabalho da pesquisadora, o que poderia favorecer a respostas equivocadas, pelo receio de resultar em alguma sanção no atendimento. A US de Barra do Jucu também foi excluída, pois a ESB não se encontra nos moldes da portaria reguladora da saúde bucal do MS.

Dentre as US restantes, as selecionadas foram: a US de Araçás, cuja implantação da ESF se deu em Outubro de 2003, constando de 3 ESB, e a US do Ibes, cuja implantação ocorreu em Abril de 2004, contando com 3 ESB. Destas unidades, os sujeitos foram todos os cirurgiões-dentistas (CD's) das ESB, totalizando um universo pesquisado de seis CD's.

Os sujeitos foram entrevistados individualmente e apenas pela pesquisadora, através de um roteiro semiestruturado. Realizou-se também observação sistemática, e essas observações foram anotadas em um diário de campo e analisadas posteriormente. O material empírico foi analisado pela técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin¹. As categorias definidas foram: acesso, acolhimento, vínculo empregatício, vínculo usuário/profissional da ESF e, por último, resolutividade.

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, registrado com o n.º 090/09. A Secretaria Municipal de

Saúde de Vila Velha autorizou a realização da pesquisa e, ainda, todos os sujeitos da pesquisa se dispuseram livremente a participar dela, tendo sido entregue e assinado um Termo de Consentimento Informado.

Resultados e Discussão

Através das falas dos sujeitos pesquisados foi possível avaliar a percepção dos CD's, acerca dos dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal.

Inicialmente descreve-se o perfil dos CD's, sujeitos desta pesquisa. Dentre os seis CD's entrevistados das Unidades selecionadas, três são mulheres e três são homens. A idade varia bastante, sendo um CD de 25 anos, três com idade variando entre 30 e 40 anos e dois na faixa etária dos 50 aos 60 anos. Ao caracterizarmos a trajetória profissional dos CD's entrevistados, percebe-se que eles se dedicam ao ESF como função, seja exclusiva, seja prioritária, não exercendo atividade no setor privado.

1 Acesso

O acesso é avaliado por quatro CD's entrevistados, que o consideram muito difícil e, justificam tal dificuldade pela desproporção entre o número de ESF para o número de ESB, ou seja, há um número limitado de equipes e baixa cobertura do programa^{11,13,18,21}. A avaliação baixa em relação ao acesso é demonstrada em diversas pesquisas^{16,22}. O CD1 compara o atendimento odontológico com o médico e o da enfermagem. O CD1 comenta que, no caso da odontologia, o paciente tem 32 dentes, muitas vezes com 32 necessidades, o que acarreta longos períodos de tratamento. E complementa que, mesmo que trabalhasse 24 horas por dia, ininterruptamente, não daria conta da demanda. Essa ideia também é reforçada pelas falas dos CD2 e 3. Apenas dois CD's entrevistados consideram o acesso fácil e bom, mas, ao mesmo tempo, ambos se contrapõem, uma vez que, ao serem questionados acerca da

demanda reprimida, ambos respondem não ser possível prestar atendimento a todas as microáreas sob sua responsabilidade. Ainda, como outro dificultador, encontramos nos discursos dos sujeitos a questão do horário de funcionamento das USF, que se choca com o horário de trabalho dos usuários¹³.

2 Acolhimento

Todos os profissionais entrevistados tinham uma boa noção acerca do acolhimento. Para o CD1, acolher o paciente seria dar informação, verificar qual a sua necessidade e agendar sua consulta, uma vez que a ESF prioriza prevenção e trabalha com consulta eletiva agendada, porém frisa que a US de Araçás vem funcionando como um *miniPAzinho* (discurso do CD entrevistado), ou seja, um pronto-atendimento (PA) de menor porte. Em pesquisa semelhante, foi detectado que o acolhimento acabou por favorecer somente o atendimento da demanda espontânea, configurando-se muito mais como um PA para as queixas agudas dos usuários²³. Por outro lado, os usuários não fazem a distinção entre unidades de cuidados básicos e hospitais, sobrecarregando as USF, já que eles buscam atendimento de urgência em vez de procurarem o PA, que é destinado a isto. O acolhimento vem sendo manifestado de forma tensa e conflitante¹⁷, funcionando sob condições desfavoráveis, com uma grande demanda e sobrecarga de trabalho²¹, além de uma prática centrada na queixa e com baixa resolutividade¹⁸. No setor da odontologia das US pesquisadas, o acolhimento fica a cargo de uma Técnica em Saúde Bucal (TSB), que também fica responsável pelo escovário. Já para o CD2 acolher seria dar uma resposta ao usuário e, para isto, os CD's treinaram as TSB mostrando como deveriam proceder com o acolhimento dos usuários da US. Acerca da recepção geral da US do Araçás, o CD2, que já trabalha lá há seis anos, comenta que já passaram mais ou menos dez pessoas por essa recepção, no cargo de atendente, e

que estas pessoas são as que deram problemas em outras unidades, em outras secretarias, e são remanejadas, são colocadas à disposição e acabam indo trabalhar na recepção da US do Araçás, permanecem por apenas dois, três meses, tratam os pacientes como se fossem *o pior inimigo da vida delas* e a confusão na recepção se instala. Ele finaliza dizendo que, apesar de ter capacitação, cursinhos em vários assuntos, nunca é ministrado qualquer curso, capacitação, oficina ou qualquer outra atividade sobre acolhimento, orientando as funcionárias que ficam nas recepções.

Na fala do CD3, acolhimento é apenas a resolutividade das demandas do paciente. Se este chegar à US e resolver o que ele veio buscar, foi acolhido; se não, não. Já o CD4 observa o acolhimento como um todo, relaciona-o com o tratar o usuário, o indivíduo como um todo, acolhendo-o em todas as suas necessidades, limitadas às condições de trabalho proporcionadas aos profissionais. Para o CD5 é uma atividade que não pode ser confundida com uma simples triagem.

Pela fala de todos os entrevistados, percebe-se que há um entendimento da importância que o acolhimento tem para o serviço, para o profissional e para o usuário, o que está de acordo com achados²¹ que demonstraram que os profissionais reconhecem que o acolhimento amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários do sistema. Sintetizando, os sujeitos relacionam o acolhimento à atividade de recepção, dar escuta ao usuário e encaminhá-lo para o serviço demandado, ou seja, uma forma de orientar e resolver a queixa do paciente.

3 Vínculo Empregatício

Todos os CD's entrevistados possuem vínculo empregatício de contrato com a CÁRITAS Arquidiocesana de Vitória – Entidade civil beneficente de assistência social e de fins não lucrativos, que promove e apoia ações assistenciais voltadas para crianças,

adolescentes e população em risco social. Os profissionais são contratados na condição de celetista, possuem carteira assinada e todos os outros direitos de acordo com a CLT, porém não possuem estabilidade, o que, na opinião de todos eles, compromete, e muito, o serviço dentro dos pressupostos da ESF. São descritos sentimentos de vulnerabilidade, de ameaça, de incômodo e frustração.

A precariedade do vínculo atrapalha demais o profissional que, engajado na ESF, coordena ações, propõe projetos e atinge metas, mas que, de uma hora para a outra, vê sua equipe desmantelada e tendo que recomeçar do zero tudo que já tinha construído e conquistado, sem contar com o seu próprio emprego. Com mudanças políticas, infelizmente, pode simplesmente não ser mais interessante para a nova gestão manter aquele profissional e é então demitido sem nenhuma justificativa. Também para a comunidade é uma grande perda, pois se vê, de uma hora para a outra, perdida, sem referencial, tendo que mais uma vez buscar confiança em um novo atendimento, em um novo profissional. O vínculo com a comunidade é muito abalado pela rotatividade profissional, e esta ocorre, uma vez que o vínculo empregatício não se dá através de concurso para efetivar os profissionais da ESF e assim haver estabilidade.

Em suma, formas de contratação instáveis comprometem na consolidação efetiva da ESF¹², sendo um problema relevante⁷, não permitindo a criação de vínculo entre os profissionais e a comunidade¹³.

4 Vínculo usuário/profissional da ESF

Para todos os CD entrevistados, este é o *grande barato* da ESF, que ainda muitas vezes os motiva a continuar se empenhando e trabalhando na ESF, mas também é considerado por eles muito difícil, devido à precariedade do vínculo empregatício, a grande demanda reprimida, aos contratempos em relação à falta de material, à falta de manutenção dos equipamentos e instrumentais, entre outros fatores. Todos, sem exceção, consideram o vínculo com as microáreas atendidas por eles uma conquista por parte deles mesmos, o que está em consonância com a literatura⁴, que posiciona o vínculo como uma conquista, não um acontecimento imediato e, ainda reforça que, quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, além de uma maior troca de saberes entre trabalhadores de saúde e comunidade. Consideram-se amigos dos usuários, que são convidados em suas residências, que conhecem todos por nome, sabem dos problemas das famílias assistidas, enfim, este vínculo demandado pelos pressupostos da ESF está de fato funcionando, mas encontra-se abalado pela grande rotatividade profissional, principalmente em momentos de mudanças políticas. Comprovado por outros pesquisadores, a ESF proporciona um vínculo mais forte com os usuários do que os tradicionais centros de saúde^{15,20,22}. Obtém-se confiança sem dificuldades, cria-se de um elo comunidade-serviços de saúde e ainda a população se sente amparada, pois está sendo acompanhada sempre¹². Os profissionais entrevistados destacaram atender com zelo, com profissionalismo, com respeito, *como o usuário merece*.

5 Resolutividade

Há demanda por procedimentos de especialidades que, na maioria das vezes, ficam sem atendimento. A baixa resolutividade é um achado comum em pesquisas¹⁷, o que compromete toda a assistência odontológica, uma vez que as necessidades

demandadas pelos usuários não estão sendo resolvidas. Além deste entristecedor fato, os serviços de especialidades que existem na rede têm funcionado com muito pouca ou nenhuma resolutividade, há uma espera prolongada, o que acaba por comprometer o dente encaminhado, havendo o retorno do paciente para executar o tratamento mais invasivo e mutilador, a extração. Apesar de ter como referenciar para endodontia e periodontia, os CD's criticam o sistema de referência e contrarreferência, que é extremamente falho. Tal fato é demonstrado em várias pesquisas como sendo um retrato nacional, há falta de vagas para as especialidades, as vagas que existem são utilizadas de forma equivocada, há casos pontuais de falta de uma rede de referência e contrarreferência oficializada e, ainda, a expansão da rede assistencial de Atenção Secundária e Terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica^{13,15,20,21}.

O CD2 pontua ser muito frustrante não ter como resolver necessidades protéticas, ortodônticas, entre outras, e ter que encaminhar para instituições ou consultórios particulares. E acrescenta que a população deveria ter suas necessidades atendidas como um todo. Os entrevistados estão insatisfeitos com o sistema de referência e contrarreferência da rede municipal de serviços (CRE Vila Velha – CEO tipo I), pois não há atendimento de fato, a espera prolongada é prolongada, sendo então pouco resolutivo ou até mesmo nada resolutivo. As necessidades demandadas e não cobertas pelo sistema público de saúde da PMVV são encaminhadas para setores particulares ou, ainda, para instituições de ensino, sendo que alguns exemplos citados pelos entrevistados foram: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Faculdades Integradas Espírito-santenses (FAESA), Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Clínica de Especialidades Odontológicas Ltda (CEO), Núcleo Odontológico

Especializado Ltda (NOE), Instituto de Especialidade Odontológica (IEO), Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, Serviço Social da Indústria (SESI), Serviço Social do Comércio (SESC), entre outros.

Ao finalizarmos a análise do material empírico, constatou-se que a percepção dos CD's acerca do acolhimento e demais dispositivos que orientam a atenção integral na saúde bucal encontra-se em consonância com o verificado na literatura, porém vislumbra-se a necessidade de reformulações no setor odontológico público brasileiro. Percebe-se que houve avanços de fato, porém ainda está *caminhando* de forma muito vagarosa, o que pode ser entendido até mesmo como um negligenciar das necessidades bucais da população em geral.

Considerações Finais

O atendimento foi descrito por todos os sujeitos com funcionabilidade seguindo o protocolo de atendimento da coordenação da ESF do município estudado, demonstrando que não há viabilidade de atender a demanda imposta pela comunidade coberta pela ESF. Em relação ao acesso, percebe-se que ainda há uma grande dificuldade com o acesso facilitado para os grupos prioritários e que a demanda espontânea fica sem acesso mesmo, o que demonstra que não há um aumento do acesso com a implantação da ESF.

O acolhimento é visto pelos CD's como imprescindível para o bom atendimento à comunidade; ainda é confundido com uma triagem; não há organização dos serviços através da política de acolhimento; os significados variam e o universo pesquisado vê no acolhimento uma esperança de melhorar o acesso aos pacientes.

A precariedade do vínculo empregatício funciona como fator de frustração e comprometimento da dedicação do profissional, além de intervir fortemente no vínculo

usuário/profissional da ESF, uma vez que há rotatividade profissional. O vínculo com a comunidade teve um enfoque muito grande, e todos os entrevistados consideram um fator positivo da ESF.

A resolutividade é limitada com baixa ou quase nenhuma funcionabilidade do sistema de referência e contrarreferência. Muitas necessidades da população não são cobertas pela PMVV, como prótese, ortodontia, entre outros, o que força o contribuinte a desembolsar dinheiro para concretizar seu tratamento.

Conclui-se que apesar de os CD's estarem insatisfeitos com o vínculo empregatício, a falta de material, falta de manutenção de equipo, de instrumentais e dos ares-condicionados, mudanças políticas que desestruturam todo o conquistado, e chefias despreparadas, no geral todos gostam muito de trabalhar na ESF, acreditam nos seus pressupostos e têm expectativa de melhoria. Evidenciam-se alguns pontos relevantes: necessária reformulação das políticas da ESF em relação ao número de ESB comparadas ao número de ESF, no sentido de possibilitar atendimento da demanda reprimida; abertura de concursos públicos para CD's para atuarem na ESF, com salários decentes, equiparando-se sempre aos salários da categoria médica, valorização do profissional e, finalizando, novos estudos no intuito de traçar novos caminhos a serem seguidos para que o sonho da universalidade do atendimento no SUS seja possível.

Referências

1 Bardin L. Análise de Conteúdo: Edição Revisada e Actualizada. Lisboa: Edições 70; Março de 2009.

2 Botazzo C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In Macau MGL.

Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Editora Rúbio; 2008. p. 3-15.

3 Cavalcante Filho JB, Vasconcelos SEM, Ceccim RB, Gomes LB. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. Interface – Comunic., Saúde, Educ. Out./Dez. 2009, 13 (31): 315-28.

4 Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência & Saúde Coletiva Set./Out. 2009, 14 (Supl. 1): 1523-1531.

5 Emmerich A, Castiel LD. Jesus tem dentes *metal-free* no país dos banguelas?: odontologia dos desejos e das vaidades. História, Ciências, Saúde – Manguinhos 2009a; 16 (1): 95-107.

6 Emmerich A, Castiel LD. A ciência odontológica, Sísifo e o “efeito camaleão”. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2009b; 13 (29): 339-351.

7 Gonsalves EMB, Emmerich AO. O processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, 2009; 11(3): 44-51.

8 Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. Ciência & Saúde Coletiva 2010, 15 (1): 255-268.

9 Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate 2009. Interface – Comunic., Saúde, Educ., Interface – Comunic., Saúde, Educ., 13 (supl. 1): 493-502.

10 Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. Interface – Comunic., Saúde, Educ. Jul./Set. 2009, 13 (30): 153-66.

- 11 Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção Odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência & Saúde Pública* 2005; 10 (sup): 297-302.
- 12 Oliveira RS, Magalhães BG, Gaspar GS, Rocha RACP, Góes PSA. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* 2009; 11(4): 34-38.
- 13 Passamani JD, Silva MZ, Araújo MD. Estratégia Saúde da Família: o acesso em um território de classe média. *UFES Rev Odontol* 2008; 10 (2): 37-45.
- 14 Prefeitura Municipal de Vila Velha. ESF - Saúde da Família. Disponível em URL: <http://www.vilavelha.es.gov.br>. Acesso 4 mar. 2008.
- 15 Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 (Sup 1): S69-S78.
- 16 Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13 (1): 71-82.
- 17 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. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11 (1): 53-61.
- 18 Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23 (1): 75-85.

19 Scholze AS, Duarte Junior CF, Flores e Silva Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Interface – Comunic., Saúde, Educ. Out./Dez. 2009, 13 (31): 303-14.

20 Silva VC, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007; 23 (6): 1405-1414.

21 Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública 2008; 24 (sup. 1): S100-S110.

22 Stralen CJV, Belisário AS, Stralen TBSV, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24 (Sup 1): S148- S158.

23 Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007; 23 (2): 331-340.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Instrumento de Pesquisa: Entrevista semiestruturada para os profissionais:

Roteiro:

- 1) Apresentação da Pesquisa e da Pesquisadora.
- 2) Identificação do profissional – tempo de formado.
- 3) Descrever trajetória profissional.
- 4) Descrever capacitação realizada em saúde da família.
- 5) Descrever expectativas em relação ao trabalho na ESF- em relação ao atendimento, acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade.
- 6) Descrever o que entende por acolhimento na ESF, qual a sua percepção e o que está sendo feito para acolher as pessoas que procuram o serviço.
- 7) Deixar abertura para quaisquer comentários do entrevistado que forem julgados interessantes, necessários, pertinentes.

APÊNDICE B: Instrumento de Pesquisa: Entrevista semiestruturada para os usuários:

Roteiro:

- 1) Apresentação da Pesquisa e da Pesquisadora.
- 2) Identificação do usuário – nível de escolaridade (nível de entendimento), nível de renda (acesso a bens de consumo).
- 3) Descrever trajetória como usuário (quando foi inserido como usuário da ESF e como foi até o dia da entrevista este relacionamento).
- 4) Descrever capacitação realizada pelos profissionais da saúde da família para informar os usuários.
- 5) Descrever expectativas em relação aos serviços de saúde, mais especificamente das equipes da Saúde da Família- em relação ao atendimento, acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade.
 - a. O que você acha da sala de espera? Da localização da recepção? Da triagem? Do consultório? Da limpeza?
 - b. Você gosta do atendimento da recepção? Da marcação de consulta? Da consulta com o dentista? Da consulta com a THD? Do atendimento em geral?
 - c. Você acha que a sua saúde bucal teve melhora com a implantação das ESB? Caso afirmativo, quais seriam elas?
- 6) Descrever qual a percepção do usuário acerca do acolhimento, do acesso, da porta de entrada.
- 7) Deixar abertura para quaisquer comentários do entrevistado que forem julgados interessantes, necessários, pertinentes.

APÊNDICE C: TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO

Vitória, de de 20__.

Senhor Secretário de Saúde,

Visando à realização da pesquisa: **ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM VILA VELHA-ES, BRASIL**, solicitamos a V.Sa. autorização para realizar a coleta de dados com os dentistas e usuários das Unidade de Saúde de Araçás e Ibes. Este estudo fará parte da dissertação de mestrado realizada no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, sob a orientação do Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira.

Ressaltamos que os dados serão tratados em caráter científico, sendo resguardado o sigilo das informações, e que os resultados da pesquisa bem como a dissertação e os artigos científicos do mestrado serão devidamente repassados e compartilhados com essa instituição, após a sua aprovação.

Atenciosamente,

Ana Rosa Murad Szpilman
Mestranda

Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira
Orientador

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO: SUJEITOS DA PESQUISA: PROFISSIONAIS

Estou ciente de que a mestranda Ana Rosa Murad Szpilman está desenvolvendo um estudo que visa conhecer a **RELAÇÃO ENTRE ESF E ACOLHIMENTO**: a percepção da Equipe de Saúde Bucal da ESF e dos Usuários das Unidades de Saúde de Araçás e Ibes no município de Vila Velha, do qual estarei participando fornecendo informações acerca de minhas percepções em relação aos dois temas. Minha participação será voluntária e a qualquer momento poderei deixar de participar. Não há risco nenhum nem desconforto físico ou moral envolvidos nesta participação, e esta só poderá ser associada às informações solicitadas. Não haverá qualquer vantagem financeira com a minha participação.

Estou esclarecido de que esta pesquisa terá uma abordagem qualitativa, com duração estimada de 18 meses; que seus resultados trarão benefícios para apoiar iniciativas que visem à busca da garantia do acesso dos usuários do SUS aos recursos assistenciais que necessitarem e de que haverá garantia de sigilo absoluto quanto à minha identidade e que os dados serão analisados pela pesquisadora, pelo orientador e membros da Banca de Qualificação e de Dissertação.

Autorizo-a a utilizar os dados por mim fornecidos em sua dissertação de mestrado e em quaisquer publicações futuras.

Qualquer dúvida ou esclarecimento, a pesquisadora está disponível, a qualquer momento, no telefone: 99604099.

Vitória, ____ de _____ de 2009

Ana Rosa Murad Szpilman
Mestranda/Pesquisadora

Participante da Pesquisa :

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO: SUJEITOS DA PESQUISA: USUÁRIOS

Estou ciente de que a mestranda Ana Rosa Murad Szpilman está desenvolvendo um estudo que visa conhecer a **RELAÇÃO ENTRE ESF E ACOLHIMENTO**: a percepção da Equipe de Saúde Bucal da ESF e dos Usuários das Unidades de Saúde de Araçás e Ibes, no município de Vila Velha, do qual estarei participando, fornecendo informações acerca do meu entendimento em relação aos dois temas. Minha participação será voluntária, garantido o meu direito de recusar, e a qualquer momento poderei deixar de participar. A minha participação nesta pesquisa não acarretará nenhum risco físico nem moral para mim, podendo apenas haver desconforto em relação às perguntas que serão feitas a mim. Não haverá qualquer vantagem financeira com a minha participação, ou seja, não serei pago para participar desta pesquisa, nem mesmo recebi dinheiro de passagem ou qualquer outro benefício.

Entendo que a duração desta pesquisa é de 18 meses, que os resultados trarão benefícios para melhorar o acesso dos usuários do SUS, que haverá garantia de sigilo absoluto quanto à minha identidade e que os dados serão analisados pela pesquisadora, orientador e membros das Bancas de Qualificação e de Dissertação.

Autorizo-a a utilizar os dados por mim fornecidos em sua dissertação de mestrado e em quaisquer publicações futuras.

Qualquer dúvida ou esclarecimento, a pesquisadora está disponível, a qualquer momento, no telefone: 99604099.

Vitória, _____ de _____ de 2009

Ana Rosa Murad Szpilman
Mestranda/Pesquisadora

Participante da Pesquisa :

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 06 de agosto de 2009.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde.

Para: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira
Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Avaliação da percepção dos profissionais e dos usuários da saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca do acolhimento: Dimensão do objeto odontológico”**.

Senhora Pesquisadora,

Informamos a Vossa Senhoria que, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa registrado no CEP com o nº **090/09**, intitulado: **“Avaliação da percepção dos profissionais e dos usuários da saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca do acolhimento: Dimensão do objeto odontológico”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido acima, em Reunião Ordinária realizada em 05 de agosto de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Prof^a Dra Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Atenciosamente,

ANEXO B: E-mail da Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação

ICSE] Agradecimento pela Submissão - Yahoo! Mail

Page 1 of 1

**[ICSE] Agradecimento pela Submissão**

Quinta-feira, 8 de Abril de 2010 1:48

De: "Antonio Pithon Cyrino" <intface@fmb.unesp.br>
Para: "Ana Rosa Murad Szpilman" <szpanarm@yahoo.com.br>

Prezado(a) Ana Rosa Murad Szpilman,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO E ACESSO AOS SERVIÇOS NA ÁREA DA ODONTOLOGIA EM UNIDADES DE SAÚDE LOCALIZADAS NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA, ES – BRASIL."

para Interface: Comunicação, Saúde, Educação.

Para maiores informações sobre o processo de avaliação deste periódico

acesse o tópico - análise e aprovação dos originais em:

<http://www.scielo.br/revistas/icse/pinstruc.htm>

Por meio da interface de administração do sistema, utilizada para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/icse/author/submission/29601>

Login: anarosamuradszpilman

Em caso de dúvidas, envie suas questões para intface@fmb.unesp.br

Agradecemos, mais uma vez, considerar nossa revista como meio de divulgar seu trabalho.

Atenciosamente,

Antonio Pithon Cyrino

Interface: Comunicação, Saúde, Educação, editor

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ana rosa murad szpilman

Interface: Comunicação, Saúde, Educação

<http://submission.scielo.br/index.php/icse>

ANEXO C: E-mail Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

art375 Os dispositivos... - Yahoo! Mail

Page 1 of 1



art375 Os dispositivos...

Segunda-feira, 26 de Abril de 2010 13:03

De: "Revista Ioufes" <ioufesrevista@yahoo.com.br>

Para: szpanarm@yahoo.com.br

Com prazer acusamos recebimento do artigo 375.
Informamos que o resumo e o abstract devem ser
estruturados e reenviados para a revista via e-mail.

Atenciosamente,

Livia Rabello
Secretária

