

DANIEL DE OLIVEIRA PENHA

O Acolhimento como início do processo de  
reorganização do acesso ao serviço de saúde bucal em  
uma UBS de Ladainha, Minas Gerais, Brasil

LADAINHA/MINAS GERAIS

2010

DANIEL DE OLIVEIRA PENHA

O Acolhimento como início do processo de  
reorganização do acesso ao serviço de saúde bucal em  
uma UBS de Ladainha, Minas Gerais, Brasil

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

Orientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck

LADAINHA/MINAS GERAIS

2010

DANIEL DE OLIVEIRA PENHA

O Acolhimento como início do processo de reorganização do acesso ao serviço de saúde bucal em uma UBS de Ladainha, Minas Gerais, Brasil

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

Orientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck

Banca Examinadora

Prof. Marcos Azeredo Furquim Werneck

Prof<sup>a</sup>.Mara Vasconcelos

Aprovado em Belo Horizonte em 17 / 07 / 2010

Agradeço a Deus em primeiro lugar, que, apesar dos desafios sempre se faz presente em todas as horas. À minha esposa Carine, companheira dedicada e incansável, à toda equipe de saúde do PSF Usina, que auxiliou na concretização desse trabalho. À UFMG, pela oportunidade. Ao SMS Rômulo, sempre lutando pelos ideais do SUS e ao meu orientador Marcos Werneck, pela paciência de atender a tantos telefonemas e sempre se mostrar prestativo na realização desse trabalho.

“O amanhã germinará nas sementes do hoje”

WALDO VIEIRA

## LISTA DE SIGLAS

CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CPOD – Índice de Dentes Perdidos Cariados e Obturados

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PDAPS - Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## **RESUMO**

Este trabalho conta com uma revisão de literatura sobre o acolhimento em saúde bucal nas redes de atenção básica em saúde. O objetivo do mesmo é identificar os problemas que causam entrave ao processo de readequação do serviço de saúde bucal do PSF Usina, localizado em Ladainha, Minas Gerais, de acordo com os princípios propostos pelo SUS. Elegemos a falta de acolhimento como problema primordial a ser enfrentado, uma vez que é o primeiro passo dentro da “porta de entrada” do sistema de saúde, e, através da revisão de literatura, busca-se soluções para o enfrentamento desse problema.

Palavras-chave: acolhimento em saúde bucal, saúde bucal, SUS.

## **ABSTRACT**

This work counts on a literature revision on the shelter in buccal health in the nets of basic attention in health. The objective of the same is to identify the problems that cause impediment to the process of readequation of the service of buccal health of the PSF Plant, located in Ladainha, Minas Gerais, in accordance with the principles considered for the SUS. We choose the shelter lack as primordial problem to be faced, a time that is the first step inside of the “door of entrance” of the health system, and, through the literature revision, it searches solutions for the confrontation of this problem.

Keywords: oral health care, oral health, SUS.

## SUMÁRIO

1- Introdução	8
2- Objetivos	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivo Específico	11
3- Metodologia	12
4- Revisão de Literatura	13
4.1 Mudanças de paradigmas na saúde	13
4.2 O acolhimento em saúde bucal	15
5- Considerações finais	18
6- Referências bibliográficas	20



## 1. INTRODUÇÃO

Promulgada em 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), assume um conceito ampliado de saúde ao reconhecer que, para além dos aspectos relativos à biologia humana, a saúde das pessoas é determinada por suas condições objetivas de vida. E, de forma coerente, reconhece a saúde como um direito inerente a cada cidadão, que deve ser garantido pelo Estado mediante a adoção de políticas públicas que garantam uma boa qualidade de vida para toda a sociedade (AROUCA, 1998).

No plano das políticas sociais, esta definição significa, para além da simples existência dos serviços de saúde, a necessidade de uma composição mais abrangente de recursos para o enfrentamento dos problemas de saúde da população (FLEURY, 1997).

No que concerne à organização dos serviços de saúde, adotá-la implica, em primeiro lugar, na necessidade de superação do antigo modelo de atenção, estritamente curativo e intervencionista, centrado na consulta, na especialidade, tendo a doença como objeto e sua cura como objetivo. E, em seguida, na construção / efetivação de outro modelo, centrado nos princípios da promoção da saúde, na prevenção e na construção de ações de cuidado que estejam de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo dos últimos vinte anos, o modelo de atenção proposto pelo SUS vem sendo construído com base nesse conceito ampliado e com a utilização de diversas estratégias de organização de serviços. Neste sentido, merecem destaque a ênfase para a vigilância à saúde e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). De forma complementar, tomam o conhecimento da epidemiologia e do território (história da organização da sociedade em cada local e momento; geografia; economia; estrutura urbana; perfil demográfico) para a identificação dos riscos e danos e para a implantação de ações capazes de fazer frente às necessidades, problemas e demandas de saúde da população.

No Brasil, as condições de vida e de acesso aos bens de consumo, acarretam a existência de diferentes formas de se viver, de aprender e se cuidar, gerando diversos valores, hábitos e costumes, incluídos aqueles relativos aos problemas e aos cuidados com a saúde das pessoas. Esta situação acaba por apresentar, para os serviços de saúde, uma gama de demandas cotidianas que os coloca diante de constantes desafios.

O município de Ladainha, onde reside e trabalha o autor deste estudo, fica localizado no Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, e está implantando o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) em ação colegiada com a Secretaria de Estado da Saúde para a construção do modelo preconizado pelo SUS. De acordo com o PDAPS, 95,5% dos usuários do Programa de Saúde da Família (PSF) da Unidade Básica de Saúde Usina (UBS) Usina não possuem plano de saúde e dependem exclusivamente dos serviços de saúde pública municipal.

Nos últimos dois anos, sob a influência dos aprendizados propiciados pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), foi possível ao autor deste estudo, perceber o aumento da demanda pelo serviço e compreender como está incipiente essa transição na UBS Usina, especificamente no serviço de saúde bucal.

Os procedimentos realizados são estritamente curativos, havendo marcação de “fichas” por meio de fila e ordem de chegada, que aumenta a cada dia, sem o estabelecimento das prioridades por grau de risco das famílias. Não são realizadas visitas domiciliares. Os grupos operativos propostos (gestantes, idosos, diabéticos, puerpério e crianças) são realizados de forma aleatória e, muitas das vezes não é completado o número de consultas propostas para cada grupo, faltando ainda um monitoramento eficaz. O resultado desta situação é a manutenção do (já indesejável e muito alto) indicador municipal de dentes Caiados, Perdidos e Obturados (CPOD).

Essa situação gera o surgimento de algumas questões que se colocam para os serviços e os profissionais e, de alguma forma, permanecem sem resposta. Por que não seguir os protocolos de grupos operativos, apesar de já elaborados? Por que não utilizar a classificação de grau de risco da famílias para priorizar o atendimento em saúde bucal? Por que realizar somente procedimentos curativos em detrimento dos preventivos?

Então, apesar de saber-se que os problemas são muitos e variados e, na busca pelas melhores respostas, decidiu-se por reorganizar a atenção e cuidado em saúde bucal na UBS Usina, utilizando como ponto inicial para esse processo, a implantação do Acolhimento. Como uma ação capaz de facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde bucal. Com o objetivo de alcançar soluções para os problemas de forma gradativa.

Neste sentido, este estudo teve, por objetivo, conhecer os princípios do acolhimento e as formas possíveis de organização para subsidiar sua implantação no serviço de saúde bucal da UBS Usina, no município de Ladainha – MG. Tal ação foi realizada com base em uma revisão de literatura sobre acolhimento em saúde bucal que, quando concluída, seja capaz de permitir sua implantação imediata, de forma sólida e precisa, de modo a superar os antigos erros no acesso aos serviços de saúde bucal. E, também, propiciar a implantação do modelo de atenção que se deseja efetivar, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

## **2- OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Fazer uma revisão de literatura sobre o tema acolhimento em saúde bucal.

### **2.2 Objetivos específicos**

Propor, a partir da revisão de literatura realizada, a reorganização do processo de trabalho no serviço de saúde bucal do município de Ladainha, Minas Gerais tendo, como ponto de início desse processo, o acolhimento, proporcionando acesso aos usuários e atendimento humanizado, integral e com equidade.

### 3. METODOLOGIA

O presente estudo foi elaborado por meio de uma revisão narrativa da literatura. Esta revisão se deu, inicialmente, buscando artigos que conceituassem e definissem a Reforma Sanitária Brasileira, com a finalidade de desenhar o contexto em saúde pré-constitucional, de 1988, Brasileiro.

Em seguida buscou-se conhecer as garantias constitucionais relativas à saúde, com base em análises do texto constitucional e dos conteúdos de algumas portarias e leis relativas ao processo de construção e descentralização do SUS.

Posteriormente, buscou-se na literatura o conhecimento dos programas e projetos oficiais foram sucessivamente sendo implantados, finalizando essa etapa com a descrição do processo de transição de saúde predominantemente curativa para um modelo voltado para a prevenção, centrado no usuário e sua família, buscando integralidade, equidade, universalidade e acessibilidade.

Em outro momento, revisou-se literatura com finalidade de definir o termo acolhimento em geral, mostrando sua importância para o processo de trabalho da equipe dentro de uma UBS.

Finalizando a parte da revisão de literatura, buscou-se focar no acolhimento em saúde bucal, procurando principalmente por artigos que relatassem a importância de se iniciar o processo de reorganização e reestruturação do acesso ao serviço de saúde bucal.

A partir daí, foram cruzadas as informações obtidas através da revisão de literatura com dados do plano diretor do município de Ladainha, Minas Gerais, com a intenção de relacionar o que foi obtido na literatura à realidade local. Com essa comparação, buscou-se introdução de alternativas capazes de colaborar com a implantação do acolhimento na UBS Usina de forma realista, gradual, centrada tanto no processo de transição do modelo de atenção à saúde bucal na UBS, quanto na reorganização e reestruturação dessa transição.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Mudanças de paradigmas na saúde

O movimento de reforma sanitária foi o movimento que permitiu, por meio de emenda popular, a garantia constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. (Arouca, 1998).

Para Fleury, (1997), apud Feuerwerker, (2005). “a potência do movimento da reforma sanitária no período final da ditadura e durante a Constituinte esteve baseada em sua capacidade de construir no coletivo a idéia do direito democrático de todos à saúde (uma perspectiva de igualdade numa sociedade desigual) e propor as linhas gerais de um novo ideário sanitário”.

Abordando o tema relatado no parágrafo anterior, Feuerwerker (2005) afirma que as principais idéias da reforma sanitária seriam:

**“o modelo de democracia: a utopia igualitária (universalidade, eqüidade), a garantia da saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática; a proposta de reconceitualização da saúde: reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população e a crítica às práticas hegemônicas de saúde: proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde.”** (Grifo nosso).

Assim, construía-se o primeiro passo concreto para a reestruturação da Saúde no Brasil; dizemos concreto porque para que se ratificasse esse processo muitos abnegados lutaram em período político conturbado da história Brasileira (ditaduras) para tal feito.

De acordo com Bresser (1990), através da regulamentação de lei orgânica, o SUS foi implementado, definindo-se através dos seguintes princípios:

**“(1) universalidade de cobertura, ou seja, atendimento integral gratuito, e eqüidade; (2) descentralização dos serviços para os estados e municípios, que participarão do financiamento; (3) não-concorrência mas unidade e hierarquização entre as ações de saúde da União, dos estados e dos municípios; (4) participação complementar do setor privado na oferta de serviços; (5) prioridade para as atividades preventivas; e (6) controle social através dos Conselhos de Saúde e participação da comunidade.”** (Grifo nosso).

Então, com a garantia constitucional e os ideais de promoção e prevenção em saúde, teve início, no Brasil, o processo de desvinculação da saúde centralizada na figura do médico, no intervencionismo exclusivo para um modelo multidisciplinar, visando integralidade, equidade e prevenção em saúde. Assim foram surgindo os programas, como a Estratégia de Saúde da Família, que se propõe a enfrentar e superar esses conceitos, com o objetivo de mudar o paradigma da saúde até então praticado no Brasil (BRESSER, 1990).

Abordando nessa transição, o processo de implantação da estratégia de saúde da família, Feuerwerker (2005), assinala que, a partir de 1994, “o Ministério da Saúde capitaneou um processo de reorganização da atenção básica/atenção primária à saúde por meio do programa/ depois estratégia/ depois política de Saúde da Família, que articula elementos das propostas originalmente conhecidas como Sistemas Locais de Saúde / Distrito Sanitário, Programação em Saúde e Promoção à Saúde.”

#### **4.2 O acolhimento em saúde bucal**

A mudança na lógica de como se fazer saúde estende-se ao serviço de saúde bucal. O trabalho e a formação do odontólogo, em geral, são baseados no modelo cientificista e caracterizados por procedimentos curativos e clínicos. Associado a esse fator, por cinco décadas, as ações de saúde bucal estiveram voltadas para os escolares entre 6 e 14 anos, restringindo curto tempo para adultos, aos quais eram ofertadas, basicamente, exodontias e urgências odontológicas.

Reflexo dessa mentalidade curativa e de extrações, além de egoísta, foi a mutilação de muitos adultos por extrações dentárias. Comprova-se tal realidade a partir do trabalho de Moreira (2005), que em revisão de literatura realizada, encontrou índices médios de CPOD de 25 a 31, em idosos, além de grande quantidade de indivíduos edêntulos.

Há de se considerar ainda o envelhecimento populacional Brasileiro, em que há aumento do número de adultos e idosos proporcionalmente na pirâmide etária. Programas que restringirem o acesso desses segmentos populacionais irão ainda mais aumentar os indicadores de CPOD na sociedade, conforme relata Moreira (2005), “as transições demográfica e epidemiológica produzem como cenário uma população com elevado número de indivíduos idosos. Diferentemente de outros países, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, estas

transformações nem sempre vem acompanhadas de modificações no atendimento às necessidades de saúde desse grupo populacional.”

De acordo com Martino (2008), apesar das mudanças propostas pelo SUS, muitos usuários ainda não têm acesso ao serviço. O autor afirma que

“talvez seja a saúde bucal, dentro das condições de vida da população brasileira, uma das áreas que mais traduz as desigualdades em relação ao acesso aos serviços de saúde. Exemplarmente, para o estado de São Paulo, sabe-se que somente uma de cada dez pessoas consegue passar por uma primeira consulta odontológica no SUS. Logicamente, sobrarão algumas poucas alternativas para aqueles não agraciados pela roda viva do acesso à assistência em saúde bucal, como pagar por serviços fora do sistema público, na maior parte das vezes nas clínicas “populares”.

Sendo assim, há uma clara necessidade de mudança dessa realidade, mudança que deve ser constante e gradativa, uma vez que a mentalidade curativa vigente ainda é para muitos usuários a forma ideal de se trabalhar saúde. Merhy e Franco (2005), afirmam que

“a centralidade da produção da saúde com base no procedimento induziu à formação de opinião entre os usuários, de que esse é o caminho para produzir o cuidado. Todo esse movimento impacta o modo como os profissionais e usuários percebem o serviço de saúde, criando por assim dizer processos de subjetivação que produz naqueles uma determinada forma de ver e se relacionar com o mundo da saúde, isto é, uma subjetividade que vai se organizando e operando um certo imaginário da demanda por procedimento ao invés de demanda por cuidado.”

Diante desse mesmo raciocínio, foi-se criando uma demanda reprimida, principalmente em saúde bucal e uma mentalidade curativa nos usuários. Então, demanda da equipe um trabalho ainda mais árduo, uma vez que não pode-se cruzar os braços diante de tal situação e não entender o porquê das reclamações relativas aos setores de saúde provindas dos usuários. Segundo o Jornal Sirimim (2003), diante deste curioso universo das demandas à saúde, não se pode dizer: “Não é conosco, não é aqui, não temos tempo, não pode ser”. Afinal, medicalizando e psicologizando os mais diversos aspectos da vida, os gestores e os técnicos da saúde já fizeram à população muitas promessas irrealizáveis; não há porque ficarmos escandalizados se hoje nos cobram uma performance à altura da imagem da onipotência divulgada.”

Então, com esse panorama, que não é diferente daquele que se enfrenta na UBS Usina, em Ladainha, Minas Gerais, decide-se por reorganizar o processo de atenção em saúde bucal. Mas, para dar início a essa reestruturação, que deve dar-se de forma gradativa, elege-se o



acolhimento como o ponto de partida, porque para Merhy e Franco (1999), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

**“1- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.**

**2- Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.**

**3- Qualificar a relação trabalhador usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.”** (Grifo nosso).

Certamente não poderia se dar a todos imediatamente a saúde bucal de que necessitam, mas seria possível eleger prioridades e inverter a lógica de condutas em saúde bucal, transformando pontos de vista dentro da comunidade, que conforme Santos et.all. (2006)

“o coeficiente de autonomia é um expoente do grau de confiança, apego, identificação e sentimento de pertencimento, alcançados através do aprender/ensinar a maneira de se viver a vida, a saúde ou a doença.” Sendo assim, melhoraria-se em muito a forma como a população vê a sua própria saúde, lida com a mesma, ao mesmo tempo que passaria-se a conhecer melhor as condições de saúde bucal dos usuários.”

Na mesma linha de raciocínio, o Jornal Sirimim, 2003 relata que

“certamente, para cada usuário que procura um serviço de saúde, há que chegar a uma conclusão sobre o encaminhamento a ser dado: admiti-lo naquele serviço, encaminha-lo para outro lugar, orientá-lo, etc. Contudo, esta conclusão, como qualquer outra, deve fundar-se numa escuta precisa e numa avaliação atenta: a resposta demonstra, indistintamente, qual a nossa competência enquanto profissionais de Saúde, assim como a qualidade do serviço onde atuamos.”

Mas, ainda há muitos problemas a serem resolvidos nas referências, já que precisa-se, após escuta e avaliação da situação dos usuários, muitas das vezes, de encaminhá-los a serviços especializados. Conforme Rocha, (2007),

“aspectos como a articulação da referência e contra-referência que diz respeito a encaminhar e orientar os usuários com problemas mais complexos a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento, não tem funcionado como o previsto tanto pelo não atendimento das especialidades quanto pela falta de especialistas nas UBS. Com isso, a integralidade da assistência prestada à população adscrita deixa de ser exercida pelos dentistas e assim, as famílias não têm suas necessidades e expectativas atendidas.”

De qualquer forma, para evitar-se que os mesmos paradigmas permaneçam e que o foco mude da figura do médico para a equipe multidisciplinar, valorizando o trabalho em equipe, conforme relatou Ferreira (2009), “a valorização do trabalho de equipe é identificada no acolhimento, no qual o trabalho dos profissionais não médicos tem maior visibilidade nas práticas, construindo uma atenção integral, resolutiva e de qualidade.”

Pequeno, (2003) relata que

“o grande desafio consiste em os profissionais da saúde bucal passarem a ter entendimento mais amplo de compromisso comunitário, e trabalho em equipe multidisciplinar e com ações interdisciplinares, do trabalho no PSF, em promoção da saúde e, principalmente, em rede de serviços para assistência de acordo com os princípios do SUS. Desta forma, poder-se-á alcançar a expansão da cobertura com resolutividade, desenvolvendo ações equânimes com possibilidades universalizantes, que conjuntamente mobilizem estratégias preventivo-promocionais também no espaço clínico, associando-as às ações recortadas em programas isolados.”

Segundo Sant’Anna et al (2008), também observando a questão da multidisciplinariedade no processo de acolhimento,

“é possível observar que o acolhimento em Saúde da Família é reflexo do processo de trabalho quando os ACS e os auxiliares de enfermagem referem às ações de trabalho como o atendimento, as consultas, o exame físico, a avaliação dos clientes, as orientações, as explicações, as informações e esclarecimentos em saúde, o cumprimentar, receber, conversar, escutar os clientes, no momento em que preenchem as fichas de SIA-SUS, ao realizar o agendamento das consultas e ao detectar, cuidar, direcionar ou encaminhar os clientes em suas necessidades, para explicitar o que é realizado no acolhimento. Ele serve ainda como instrumento de investigação e identificação das necessidades de saúde e dos recursos da comunidade, possibilitando o desenvolvimento de ações educativas e preventivas que são estratégias da Saúde da Família para a centralização do trabalho nos clientes e em seu contexto socioambiental e não apenas no processo de adoecimento.”

Além da multidisciplinariedade no processo de acolhimento, importante também é o momento da escuta. É a oportunidade de conhecer-se as queixas dos usuários e procurar o caminho sempre de acordo com as reais necessidades dos mesmos para estabelecer um atendimento programático por prioridades e monitoramento dos mesmos. Segundo Santos et al (2007) “só existe acolhimento quando há diálogo, escuta e envolvimento com a queixa do outro na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, sendo imperiosa a co-responsabilização e procura pelo melhor cuidado.”

Coelho e Bessa (2009) também trabalharam por essa linha de raciocínio ao relatar que

“a garantia de acesso ao serviço de saúde para os usuários representa a responsabilidade do serviço para com suas necessidades de saúde. Sem o acolhimento, o serviço não poderá garantir nem o acesso nem as prioridades de atendimento. Quando o usuário sente a necessidade de atendimento mais rápido, muitas vezes esta não está expressa fisicamente. Neste caso, somente com a escuta desse usuário é que se poderá saber de suas necessidades.”

Importante também é a capacitação e formação dos profissionais de saúde, para administrarem de forma eficaz a transição na forma de pensar e fazer saúde, com apoio em bases concretas e comprovadas. Conforme Araújo (2005),

“a incorporação de novos valores se dá através de prática diária e de novos significados apreendidos durante cursos de capacitação, onde os profissionais passam a conhecer a filosofia do programa, permitindo a construção de novos conceitos sobre a prática odontológica. Isto se dá por meio de um processo ativo, dentro de um contexto de valores e não somente pelo conhecimento de novas teorias científicas. Enxergar o paciente como um sujeito provido de valores e crenças, que são determinantes na significação do conceito de saúde, implica em abordá-lo em todo o seu contexto social, econômico e cultural, procurando dar sentido para a instalação da doença.”

Werneck et al, (2010) realizaram trabalho em que debatem os estágios curriculares, propondo que “os estágios curriculares se configurem como estratégias de real impacto na transformação da formação do profissional, no contexto de uma estrutura curricular abrangente que contemple, tanto a prática clínica de disciplinas específicas, quanto experiências que visem à integração ensino-serviços-comunidade, em que as vivências dos acadêmicos nos serviços públicos são de reconhecida importância.”

Ainda muitos profissionais ou até municípios não sabem se o correto seria completar um tratamento ou realizar somente um procedimento em cada usuário. Para Santos (2007),

“o processo terapêutico organiza-se de forma tensa e conflitante, entre fazer ou não o tratamento completo, ou seja, concluir todas as necessidades que cada usuário apresenta, pelo menos, em relação aos procedimentos básicos ou resolver apenas os procedimentos demandados em cada consulta. No entanto, o tratamento que não se completa gera uma maior rotatividade dos usuários que utilizam o serviço, criando um círculo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, sem a garantia de que concluirão o tratamento ou se conseguirão resolver seus problemas.”

Já que promover tratamento completo em todos seria impossível num primeiro momento, torna-se ainda mais importante o acolhimento, como forma de identificação de prioridades, reorganização e reestruturação do serviço, conforme Souza (2008) salienta:

“Ressalta-se a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de vários aspectos (geográficos, sócio-econômicos entre outros). No contexto atual de construção do SUS, é fundamental que sejam potencializados caminhos trilhados e experimentados, a exemplo da proposta de acolhimento, como diretriz operacional dos serviços de saúde.”

## 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou conhecer e compreender a proposta do Acolhimento, com a intenção de que o mesmo pudesse ser implantado no serviço de saúde bucal da UBS Usina, no município mineiro de Ladainha. Foi construído com base em uma revisão de literatura atualizada e objetiva, com vistas à implantação de uma nova prática, capaz de mudar a visão e a postura dos profissionais lotados na referida UBS. Teve, como referência a importância do processo de transição tanto de políticas, quanto de formas de gestão e administração da saúde pública. Significa uma aposta na possibilidade de implantação do Acolhimento, como forma de modificar o processo de trabalho da sua equipe de saúde e levar a uma melhora do acesso para a população usuária do serviço de saúde bucal da UBS USINA.

O processo de acolhimento em saúde bucal deve funcionar como o início de uma reestruturação e reorganização dos serviços de saúde bucal. Para a implantação deste sistema, é fundamental o trabalho em equipe. A visão da saúde centralizada na figura do médico é antiga e precisa ser ultrapassada. A equipe multidisciplinar responsável pelo acolhimento deve ter paciência para escutar as queixas dos usuários, propondo sempre o melhor caminho para a resolutividade em cada situação e garantindo a todos acessibilidade ao serviço.

Deve-se atentar para a equidade, onde indivíduos de alto risco social e com condições bucais precárias devem ser priorizados. Essa identificação no acolhimento é fundamental, a fim de não excluir do serviço os usuários que mais necessitam dele.

Acolhidos e identificados, pode-se trabalhar com a visão de integralidade, desde que o sistema possua as condições necessárias para resolver para o indivíduo todos os seus problemas reais, já que foi levantado ao longo da revisão de literatura o problema da referência e contra referência em saúde.

A graduação dos profissionais e posteriormente suas capacitações devem voltar-se para desenhar um profissional com olhar mais crítico, construtivo e agregador dentro do sistema. O profissional com conhecimento prévio da situação chega ao campo mais preparado. Aliado a um perfil adequado e vocação para a saúde pública, pode-se realizar a transição de filosofia curativa para preventiva de forma mais segura, eficaz, suave e com menos erros.

Sabe-se que o processo de transição não é fácil, mas é necessário e fundamental não só para a sobrevivência dos ideais do SUS, mas também do próprio sistema público de saúde no Brasil. Isso se dá porque os gastos excessivos com procedimentos clínicos de alta complexidade freiam os próprios investimentos em atenção básica, que deve ser fortalecida. Tecnologias, medicamentos, especialidades fazem parte de um pacote complexo que não é saudável ao sistema quando priorizados. Nesta luta, deve prevalecer o que foi conquistado com muita dificuldade, por anos e anos, em períodos conturbados de nossa história política. Obstáculos serão encontrados, mas nunca foi fácil. Olha-se para trás, encoraja-se pelo que já foi vencido, para servir de força para novas conquistas. Baseado em cada usuário que entra na UBS e é escutado, acolhido de forma humanizada, por uma equipe bem preparada, inserido no sistema de acordo com sua prioridade e realizando um monitoramento eficaz é o começo de uma transformação na saúde que se propaga a seus níveis mais complexos e atingem os reais objetivos da Atenção Básica em Saúde no Brasil.

## 6- REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, L. C. **O programa Saúde da Família pelo olhar do Cirurgião-Dentista.** Natal, RN, 2005. 82f.
2. AROUCA, Sérgio. **Reforma Sanitária.** Biblioteca Virtual. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Consulta realizada em 28/04/2010.
3. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Questões do acolhimento: sem medo de responder. **Jornal Sirimim**, ano 2, nº1, set.out., 2003.
4. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.
5. BRASIL, Lei n. 8.080 – 19 de set. 1990. Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990.
6. COELHO, M. O.; BESSA, J.M.S. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1523-1531. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232009000800026. Disponível em [www.scielo.org](http://www.scielo.org). Consulta feita em 25/04/2010.
7. CURITIBA / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Os dizeres da boca em Curitiba.** pág 160 e 161. Tiragem 2000 exemplares. Rio de Janeiro, 2002. 200p.
8. FERREIRA, G. M. **Acolhimento: Um processo em construção.** TCC (Especialização) NESCON, UFMG, 2009.
9. FEUERWERKER, L. M. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.
10. FLEURY, S. **A questão democrática na saúde.** In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do Cebes.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.26-42.
11. MARTINO, L. V. S; BOTAZZO, C. **Acesso e saúde bucal na Baixada Santista.** Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista. Temas em saúde coletiva nº 8. Pág 175. São Paulo, 2008.

12. MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em [www.4shared.com](http://www.4shared.com). Consulta realizada em 25/04/2010.
13. MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Caderno de saúde Pública, Rio de Janeiro, abril/junho, 1999. Disponível em [www.4shared.com](http://www.4shared.com). Consulta realizada em 25/04/2010.
14. MOREIRA, R. S. et al. **A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal**. Cad. Saúde Pública [online]. 2005, vol.21, n.6, pp. 1665-1675. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2005000600013.
15. PEQUENO, L. L. **A política de saúde bucal na atenção primária no Estado do Ceará: 1994/2003**. Ceará, 2005. Disponível em [WWW.scielo.org](http://WWW.scielo.org). Consulta realizada em 25/04/2010.
16. PEREIRA, L. C. B. **Reforma Administrativa do sistema de saúde**. XXV reunião do conselho diretivo do CLAD, Buenos Aires, outubro de 1995.
17. ROCHA, E. C. A.; ARAÚJO, M. A.. D. **Saúde bucal no programa de saúde da família: o caso do distrito sanitário Norte em Natal – RN**. Revista Gestão e Planejamento. Salvador, v. 8, n.º.1, p. 34-50, jan./jun. 2007.
18. SANT'ANNA, C. F. et al. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família e sua compreensão pelos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem no município de Pelotas/RS**. VII Seminário de Pesquisa Qualitativa: fazendo metodologia. FURG, 21 e 22 de agosto de 2008.
19. 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 (PSF) de Alagoinhas, BA**. Ciênc. saúde coletiva. vol.11 n.º1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2006.
20. 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**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em [www.scielo.org](http://www.scielo.org). Consulta realizada em 23/04/2010.



21. 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* [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s100-s110. ISSN 0102-311X.
22. WERNECK, M. A. F. et al. **Nem tudo é estágio: contribuições para o debate.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em [www.scielo.org](http://www.scielo.org). Consulta realizada em 28/04/2010.