

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA ATENÇÃO BÁSICA – ÊNFASE EM GESTÃO
PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*

Liana Xavier Machado

**PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS**

Porto Alegre
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA ATENÇÃO BÁSICA – ÊNFASE EM GESTÃO
PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*

Liana Xavier Machado

**PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização *Lato Sensu* de Atenção
Especializada em Saúde da Faculdade
de Odontologia da UFRGS.

Orientadora: Cristine Maria Warmling
Co-Orientadora: Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Porto Alegre
2015

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

ATSB – Área Técnica de Saúde Bucal

CD – Cirurgião-Dentista

CDS – Conselho Distrital de Saúde

CLS – Conselho Local de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

EAB – Equipe de Atenção Básica

ESB – Equipe de Saúde Bucal

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IMESF – Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico de Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 OBJETIVOS	8
1.1.1 Objetivo geral.....	8
1.1.2 Objetivos específicos.....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
3 METODOLOGIA	15
3.1 Tipo de estudo	15
3.2 Cenários e participantes da pesquisa.....	15
3.3 Produção dos dados	16
3.4 Análise dos dados	17
4 RESULTADOS	19
4.1 US Cinamomo.....	19
4.2 US Ligustro.....	24
4.3 US Mimo-de-Vênus.....	31
5 DISCUSSÃO	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICES	54

1 INTRODUÇÃO

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo ordenador das práticas na Atenção Primária em Saúde (APS) brasileira iniciou

nos anos 1990 e vem modificando a maneira de ver, pensar e praticar a saúde pública no Brasil (ASSIS, 2007). A ESF busca romper com o modelo de saúde médico-centrado que enfatiza a doença e ações curativas. Parte de um conceito ampliado de saúde, como resultante das condições de vida em que o indivíduo está inserido.

Os serviços de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizavam-se por ações de baixa complexidade, curativas e mutiladoras, com acesso bastante restrito, principalmente, à faixa etária escolar. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores, sendo a odontologia uma das áreas da saúde com maior exclusão social. Frente a essa demanda, no ano de 2004, foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB, com uma série de diretrizes para transformar o modelo de atenção em saúde bucal. O modelo de atenção integral que se propõe deve ser focado em estratégias promotoras de saúde e no acesso ao cuidado em saúde bucal, mas preservando a autonomia dos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde) (BRASIL, 2004).

A inserção da saúde bucal na ESF possibilitou a criação de um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e ações da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. O cuidado em saúde bucal passa a exigir que a equipe de trabalho se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, de caráter coletivo e individual, mediante a criação de vínculo territorial.

A relação cotidiana dos trabalhadores com a comunidade coloca a todo tempo em questão o modelo biomédico tradicional, exigindo de todos uma busca constante por novas formas de produzir saúde (VASCONCELOS, 2004). Os trabalhadores da APS devem estar preparados para responder às mais diversas necessidades de saúde, estabelecendo vínculos, ampliando a consciência sanitária e a autonomia das pessoas em responsabilizarem-se por sua própria saúde. Devem atuar nos determinantes e condicionantes da saúde, de forma a diminuir de forma eficaz os principais problemas sanitários. Isso coloca os profissionais frente a situações singulares e inusitadas, exigindo

práticas de escuta qualificada, espaços de acolhimento às necessidades dos usuários e autonomia para que possam criar e produzir cuidado para além dos protocolos e normas estabelecidas.

A Política Nacional de Humanização (PNH) dá-se a partir da verificação, escuta, análise e síntese das experiências existentes em lugares distintos do país que demonstram avanços nos modos de gerir e de cuidar, princípios, métodos, diretrizes e os instrumentos de ação e dispositivos. Para a PNH, alguns modos de organizar os processos de trabalho em saúde – alguns “arranjos” facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a produção de saídas criativas e singulares em cada contexto (BRASIL, 2009).

O acolhimento é uma estratégia político-organizacional inserida na PNH que foi adotada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre. Nas unidades de APS do município, o processo de implantação das diretrizes de acolhimento iniciou no segundo semestre de 2012. Com a finalidade de auxiliar no processo de reorientação e padronização da forma de acesso do cidadão à APS do município, nesse mesmo ano foi construído pela equipe técnica da SMS um documento intitulado Acolhimento com Identificação de Necessidades: guia de orientação para as unidades de saúde, revisado em 2014 (SMS/PMPA, 2014a).

Paralelamente ao processo de implantação do acolhimento, a gestão da SMS elabora ações estratégicas de monitoramento do processo nas unidades de saúde do município. Para que sejam consideradas “Unidades Acolhedoras” alguns critérios devem ser avaliados periodicamente, tais como, realizar a escuta qualificada identificando e atendendo necessidades do usuário que acessa o serviço, substituir o uso de fichas para o acesso às consultas inclusive na saúde bucal, realizar reuniões sistemáticas das equipes para avaliar o processo de trabalho, disponibilizar comunicação com a comunidade, a fim de compreender sua opinião sobre o processo de acolhimento, variar as modalidades (coletivas e individuais) de cuidado e possuir Conselho Local implantado e em funcionamento (SMS/PMPA, 2014a).

Embora nos últimos anos tenham sido enormes os avanços em relação ao número de profissionais de saúde bucal na ESF, inclusive no município de Porto Alegre, a incorporação da saúde bucal ao Programa de Saúde da Família

(PSF) (BRASIL, 2004) no Brasil, veio a ocorrer apenas dez anos após sua criação, verificando-se ainda produção científica insuficiente, referente às práticas de acolhimento de saúde bucal (VASCONCELOS, 2011).

Neste contexto político-teórico, insere-se o problema de pesquisa do estudo aqui apresentado, que procura problematizar sobre como está ocorrendo o acolhimento nas unidades de saúde, sob o ponto de vista dos trabalhadores de saúde bucal.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as práticas de acolhimento de equipes de saúde bucal que atuam na atenção primária em saúde do município de Porto Alegre/RS.

1.1.2 Objetivos específicos

Compreender as percepções sobre práticas de acolhimento de equipes de saúde bucal que atuam na atenção primária de unidades de saúde do município de Porto Alegre/RS.

Comparar os processos de acolhimento de equipes de saúde bucal que atuam na atenção primária no município de Porto Alegre/RS.

Contribuir com os processos de educação permanente das equipes de saúde bucal no município de Porto Alegre/RS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Composição da saúde bucal na Atenção Primária em Saúde

As equipes de saúde da família devem ser compostas por médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo-se agregar a esta composição os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e técnico em saúde bucal). Para romper com o modelo de saúde médico-centrado que enfatiza a doença e ações reabilitadoras, a ESF trabalha com os princípios de territorialização e adstrição de clientela, porque parte de um conceito ampliado de saúde, na qual essa é vista como resultante das condições de vida em que o indivíduo está inserido (GONÇALVES, RAMOS, 2010).

Dessa forma, as equipes de saúde da família diferem das equipes de atenção básica (EAB) que compõe as UBS tradicionais; nessas, atuam médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico, podendo haver, também, cirurgiões-dentistas e médicos de diversas especialidades, sendo comum a fragmentação de responsabilidades perante o usuário, facilitado pela especialização de conhecimentos (GONÇALVES, RAMOS, 2010). Nas unidades de saúde (US) com EAB, não há a adstrição de território para o cuidado em saúde, e a delimitação da área de abrangência refere-se exclusivamente às ações de vigilância na saúde (ELIAS et al., 2006).

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes podem se organizar nas seguintes modalidades: I – cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB); II – cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e ASB. Todos os profissionais possuem jornada de trabalho de quarenta horas semanais (PNAB, 2012). Inicialmente, a proporção determinada na relação entre a equipe de saúde bucal e a equipe de saúde da família foi de 1:2, resultando em cobertura de 6.900 habitantes, em média, por uma equipe de saúde bucal (ESB) (BRASIL, 2000). A partir da Portaria GM/MS 673, de junho de 2003, estabeleceu-se que podem ser financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) tantas equipes de saúde bucal quantas forem

implantadas nas equipes de saúde da família em funcionamento nos municípios (BRASIL, 2003).

O desenvolvimento da APS tem recebido destaque no SUS impulsionado pelo processo de descentralização e apoiado por programas nacionais inovadores. Uma das características de inovação presente na APS é a ênfase da ESF na reorganização das UBS, para que concentradas nas famílias e nas comunidades integrem a assistência em saúde com ações de prevenção e promoção (PAIM et al., 2011). Vem crescendo progressivamente o número de equipes de saúde da família em todo o país nos últimos anos, bem como o número de profissionais de saúde bucal que se inserem nessas equipes.

Paralelamente à evolução da oferta de serviços públicos de saúde bucal, surge a necessidade de mudanças na formação e nas práticas dos profissionais de saúde bucal, para que venham responder às necessidades de saúde da população, conforme as diretrizes da PNSB (BRASIL, 2004). É necessária a reorganização do processo de trabalho para qualificar o acesso e a resolutividade dos problemas, garantindo um atendimento de qualidade às pessoas.

Em Porto Alegre, o crescente aumento do número de equipes de saúde bucal, aliado à ampliação da cobertura da ESF, ocorreu entre 2010 e 2014 (ROCHA, 2014). É ainda mais recente o crescimento da rede de atenção primária à saúde municipal.

2.2 A humanização e o acolhimento na atenção à saúde

Um dos fortes argumentos que justificam os debates e a criação da PNH do SUS (Humaniza SUS) é o diagnóstico de insatisfação dos usuários no relacionamento com os profissionais de saúde. Tanto o MS como a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a apoiar modelos de assistência baseados na humanização (FRANÇA, MARINHO, BAPTISTA, 2009).

A PNH tem o acolhimento como uma de suas diretrizes mais relevantes. O acolhimento pode ser definido como uma ação tecno-assistencial na qual o usuário é sujeito ativo no processo de produção de saúde. Consiste na

abertura dos serviços para a demanda facilitando os processos de trabalho em saúde de maneira universal. Os serviços de saúde assumem uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (NUTO et al., 2010).

Tecnologias de saúde são ações e/ou serviços que promovem melhores condições de vida aos usuários. Segundo Merhy (2005), as tecnologias são classificadas como leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são aquelas que envolvem relações como o vínculo, a tomada de decisões, o acolhimento e a organização do processo de trabalho. Supõem a troca de saberes (incluindo os saberes do usuário e familiares), diálogo entre os trabalhadores e maneiras de trabalhar em equipe. As tecnologias leve-duras são os saberes bem estruturados no processo de trabalho em saúde. As tecnologias duras são equipamentos tecnológicos (máquinas), normas, estruturas organizacionais.

As tecnologias leves são instrumentos fundamentais para transformação das práticas em saúde, tantas vezes centradas na doença e em equipamentos e saberes especializados que prometem a cura sem considerar, entretanto, o sujeito. Ou seja, nos modelos tradicionais de atenção a saúde o processo terapêutico adotado é bastante padronizado, sem valorizar o contexto e nem se considerar as relações que mediam todo planejamento e execução dos atos em saúde. Nesse sentido, a ESF possibilita um maior desenvolvimento e atuação de tecnologias leves (PINHEIRO, OLIVEIRA, 2011).

O acolhimento, enquanto tecnologia leve de intervenção, busca a universalidade do acesso e a avaliação de risco com identificação de prioridades, promovendo o avanço da humanização na atenção à saúde. Privilegia aqueles que necessitam do serviço de forma mais urgente, tentando eliminar as filas nos serviços de saúde e, assim, reverter a lógica de ordem de chegada, que beneficia apenas os mais resistentes, ou até mesmo os que conseguem comprar uma ficha. O trabalho em equipe e a co-responsabilização em relação aos usuários favorecem a melhoria do acesso não somente na atenção primária, mas também demais níveis de atenção, com a otimização dos serviços e criação de novas formas de interação entre profissionais e usuários do sistema de saúde, qualificando seus vínculos, de modo que todos sejam protagonistas desse processo de cuidado, no qual são considerados os

aspectos sociais e subjetivos, além das questões técnico-científicas (SCHOLZE et al. 2006).

O acolhimento pressupõe um serviço de saúde organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar os indivíduos (MOYSÉS et al., 2008). Quem coparticipa ativamente dos problemas de saúde das pessoas, ouvindo e conversando, estabelece cotas de responsabilidade, cuida e, inevitavelmente, estabelece acolhimento (NEVES et al., 2013). É através do acolhimento que se percebem as dinâmicas e os critérios de acessibilidade aos quais os usuários estão submetidos. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar atritos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores a fim de modificá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (FRANCO et al., 1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada.

Ao se trabalhar com a tecnologia das relações durante o atendimento, o acolhimento é uma das primeiras ações a ser desenvolvida por toda a equipe, no momento de receber o usuário na unidade de saúde. Quando o usuário é acolhido pela unidade de saúde, tendo seu atendimento garantido, conquista-se uma importante etapa na adesão do tratamento e resolução dos problemas de saúde. Há a construção de uma relação de confiança e respeito para com o usuário que busca o serviço (COELHO, 2009).

Em todo encontro em saúde operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato), que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Esses, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista do controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde. Assim, o acolhimento é uma prática clínica realizada por todo e qualquer trabalhador em saúde (LIMA et al., 2007).

Segundo Franco et al., em 1999, a ideia é de que o acolhimento possui um papel fundamental na rede de conversações presentes em um serviço de saúde, na verdade, ocupando todos os lugares, e tendo o papel de receber e interligar uma conversa a outra, conectando os diferentes espaços de conversa e em qualquer encontro trabalhador-usuário. Os trabalhadores continuamente acolhem novas possíveis demandas e, quando necessário, “convidam o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas”, usando todo seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela população usuária dos serviços da unidade.

Desse modo, o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas faz parte de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial. Assim, realizar o acolhimento deve ser atribuição de toda a equipe de saúde. Quando se atribui um responsável, quando se estabelece que o acolhimento é uma etapa do processo de trabalho na unidade, um atendimento/procedimento (com lugar e profissional específico), o resultado, muito provavelmente, é o descomprometimento do restante da equipe. Nesse caso, ele perde o potencial de dispositivo de gestão para reorganização do processo de trabalho, numa perspectiva crítica e comprometida com as necessidades da comunidade (TAKEMOTO, SILVA, 2007).

O acolhimento é, portanto, uma estratégia capaz de alterar as relações dos trabalhadores entre si e desses com os usuários. O desafio para os trabalhadores está em buscar modos de lidar e produzir saúde contemplando as determinações biopsicossociais da saúde-doença, e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, as famílias e a comunidade. A unidade produtora dos serviços de saúde não está em um profissional, mas sim, na equipe. Em um trabalho coletivo, complexo e multidisciplinar, o foco de atenção não está no indivíduo, exclusivamente, mas na família e comunidade. É, portanto, uma prática de equipe, melhorando a qualidade da assistência. Dessa forma, todo profissional deve realizar o

acolhimento porque todos devem estabelecer uma relação com usuário. O acolhimento não é um momento, é o cotidiano do atendimento ao usuário (FREIRE et al., 2008).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, no âmbito da Coordenação da Atenção Primária em Saúde, iniciou um processo de reorientação e padronização da forma de acesso do cidadão em suas unidades de saúde da APS em julho de 2012, culminando com a elaboração de um Guia de Orientação para as Unidades de Saúde – Acolhimento com Identificação de Necessidades, norteador do presente estudo (SMS/PMPA, 2014a).

Neste contexto, apresentam-se questões, tais como, como estão ocorrendo os processos de trabalho das equipes de saúde bucal na APS em Porto Alegre considerando os diferentes modelos de equipes nas quais elas estão inseridas? De que modo estes modelos e processos podem, ou não, interferir nas propostas de acolhimento?

3. METODOLOGIA

O estudo compõe-se enquanto um desdobramento do projeto de pesquisa intitulado "Processos educacionais e o agir em competência para o cuidado em saúde bucal" (ROCHA, WARMLING, 2013). O projeto foi submetido e aprovado na Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina/UFRGS e na Plataforma Brasil com o número: 15738613.1.0000.5347. Tendo sido analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFRGS, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso do tipo único e integrado. Adotou-se abordagem metodológica qualitativa tendo em vista que se pretende compreender as singularidades e subjetividades de situações particulares (BOSI, 2006; ESTEBAN, 2010), aqui relacionadas à realização do processo de acolhimento de equipes de saúde bucal que atuam em diferentes modelos organizacionais em saúde na APS do SUS.

3.2 Cenários e participantes da pesquisa

O cenário de estudo situa-se na cidade Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. A partir de 2010, foram realizados investimentos importantes na APS do município, com considerável expansão da saúde bucal; de 2010 até agosto de 2014, o número de ESB mudou de dezessete para cento e cinco (ROCHA, 2014).

O processo de implantação da ESF faz com que diferentes realidades de APS convivam na rede saúde do município. Com o objetivo de representar processos de acolhimento nos diferentes contextos, foram escolhidas para análise equipes de saúde bucal inseridas em três distintos momentos de

consolidação de modelos de atenção em saúde. A intenção foi compreender como diferentes realidades podem afetar a produção do acolhimento.

Portanto, os cenários do estudo foram três US na APS Porto Alegre todas com ESB e compostas por diferentes equipes de saúde, citadas abaixo:

- US com EAB (UBS tradicional)
- US com quatro equipes de ESF
- US com uma equipe de ESF

Os participantes da pesquisa foram equipes de trabalhadores da saúde bucal que atuam nas respectivas unidades, sendo: três cirurgiões-dentistas (CD), dois ASB e um TSB.

3.3 Produção dos dados

Os dados foram coletados através da realização de três grupos focais, um em cada equipe de saúde bucal analisada. O roteiro para a orientação do grupo focal constituiu-se de três partes (Apêndice A): **Parte I** – Identificação, **Parte II** – Agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal e **Parte III** – Processo de Acolhimento. As partes I e II compõem a proposta do projeto de pesquisa "Processos educacionais e o agir em competência para o cuidado em saúde bucal" (ROCHA, WARMLING, 2013). Tendo sido incluída para este projeto a parte III que trata de questões mais direcionadas ao acolhimento.

Os grupos focais foram realizados de setembro a dezembro de 2014, nas próprias US, com a ESB reunida em dia e horário definidos e acordados entre os participantes e as pesquisadoras. Os grupos focais foram conduzidos por uma coordenadora e uma relatora. Cada grupo focal durou aproximadamente uma hora, sendo que, a Parte I em torno de 30 minutos e a Parte II também 30 minutos de conversa, totalizando-se três horas de gravação. As informações da Parte I foram colhidas ao final da realização do grupo focal. Todas as entrevistas foram filmadas e arquivadas, posteriormente, transcritas e analisadas. Totalizando, após a transcrição, 47 páginas de documento formato word para a realização da análise (13 páginas, 15 páginas e 19 páginas).

3.4 Análise dos dados

Na análise dos dados foram usadas informações das falas dos grupos focais em sua integralidade. Porém, tendo em vista que o objetivo principal do estudo se refere à questão do acolhimento em saúde bucal, priorizou-se na análise dos dados a Parte III do roteiro do grupo focal, a qual se referia à questão do acolhimento.

Para a análise dos dados, enquanto categorias analisadoras, foram usados os critérios de avaliação definidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para a certificação de “Unidade Acolhedora” (SMS/PMPA, 2014a). Estes critérios ajudaram a elucidar as práticas do acolhimento nas realidades de trabalho das equipes e colocar em debate o preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde, através do guia de Acolhimento com Identificação de Necessidades (SMS/PMPA, 2014a).

A análise dos dados levou em consideração não apenas o conteúdo do texto, mas seu sentido e como foi produzido, articulando o linguístico ao social e o histórico (CAREGNATO, 2006).

Na apresentação dos resultados, foram utilizados pseudônimos para nomear as equipes de saúde. As falas individuais dos trabalhadores foram identificadas conforme a numeração atribuída a cada um deles pelos pesquisadores, preservando-se o anonimato dos participantes.

3.5. Considerações éticas

O projeto de pesquisa obedece às exigências presentes nos documentos exigidos pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os participantes foram convidados a participar na pesquisa por livre e espontânea vontade, não havendo qualquer prejuízo se não quisessem ser entrevistados. Os sujeitos da pesquisa que concordaram em participar o fizeram mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido

(Apêndice B), que foi apresentado em duas vias, juntamente com o questionário a ser preenchido. Uma via do termo de consentimento ficou com cada participante e a outra foi devolvida à pesquisadora que fez a entrevista, assim como o instrumento preenchido.

O anonimato foi garantido a todas as pessoas que participaram da pesquisa, não sendo revelado nenhum dado que permita sua identificação.

4 RESULTADOS

4.1 US Cinamomo

Cinamomo é uma UBS tradicional de Porto Alegre, com população adstrita estimada em 7.500 pessoas (IBGE, 2010). A EAB é composta por dois médicos clínicos-gerais, três ginecologistas e dois pediatras, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliar administrativo, e um CD e um ASB que compõe a ESB entrevistada.

Tendo em vista que a unidade é referência para atendimentos em saúde bucal para outras US que não contam com CD nas suas equipes, as demandas odontológicas não se restringem apenas às da população adstrita; a ESB torna-se responsável por mais de 26.000 pessoas (IBGE, 2010).

Os trabalhadores entrevistados atuam quarenta horas semanais em Cinamomo e se encontram lotados na unidade desde que iniciaram suas atividades na Prefeitura Municipal de Porto Alegre, no ano de 2000, através de concursos públicos, em 1996 e em 2000. O longo tempo de exercício da profissão em Cinamomo é destacado pelos trabalhadores enquanto ponto positivo por conhecerem bem os usuários e as demandas que chegam até Cinamomo: “as nossas crianças estão trazendo as suas crianças agora” (T02). Entendem que isso permitiu o vínculo e a longitudinalidade preconizados pelos princípios da APS no SUS.

Quando indagados sobre protocolos ou evidências que embasam o trabalho da equipe em Cinamomo, o ASB refere o Manual de Biossegurança da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/PMPA, 1998). Os trabalhadores também citam o Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014b), referente aos fluxos para encaminhamentos ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e o Guia de Acolhimento com Identificação de Necessidades (SMS/PMPA, 2014a), que serviu de base para a implantação do processo de acolhimento na equipe. “Tem alguma coisa que

nós nos baseamos em relação ao acolhimento, um protocolo que mais ou menos foi seguido para iniciar” (T01).

Sobre a existência de capacitações para a aplicação de protocolos, a equipe afirma já ter havido, há algum um tempo, mas que já foram mais frequentes do que até o momento da entrevista. Em relação ao tema, uma vantagem apontada em relação ao serviço privado é o fato de serem disponibilizados espaços de educação permanente em saúde (EPS) com a participação conjunta de dentista e auxiliares, valorizando-se a presença de toda a equipe de saúde bucal nos momentos de educação permanente:

[...] porque aqui na rede o profissional [cirurgião-dentista] participa das capacitações junto com os auxiliares, o que em consultórios particulares isso não acontece. Então, quando tem um congresso, a gente percebe isso, é um auditório repleto de técnico (T02).

Ao serem estimulados a relatar sobre como ocorreu a implantação do processo de acolhimento em Cinamomo, os trabalhadores relatam:

Começamos o acolhimento da odontologia em março deste ano [2014], e o que nos surpreendeu muito, porque [...] não era este sistema de acesso, então nós começamos na parte médica, que iniciou antes, a coordenação achou melhor assim, dividir [...] começar primeiro a parte dos clínicos, da ginecologista, e depois a parte da odontologia (T02).

Explicam que, antes da implantação do acolhimento, o agendamento de consultas em Cinamomo era feito através de distribuição de fichas para a semana seguinte, o que resultava na necessidade de chegar de madrugada para conseguir atendimento odontológico: “Antes, era de uma semana para outra” (T01), “era reduzido o número de fichas, por isso que gerava o pessoal vir mais cedo” (T02).

Embora o Guia do Acolhimento (SMS/PMPA, 2014a) tenha sido citado, quando questionados sobre a procedência do mesmo, a resposta é que o mesmo vem “da gerência” (T02), demonstrando pouco conhecimento sobre os níveis de participação na construção do protocolo.

A equipe afirma que a implantação do acolhimento da saúde bucal em Cinamomo ocorreu com a presença da Gerência Distrital, na figura do Apoiador Institucional, juntamente com representantes da Área Técnica de Saúde Bucal. Neste momento, foi proposto para a equipe de Cinamomo que o acolhimento

das demandas de saúde bucal fosse realizado de maneira multiprofissional, em um acolhimento único, na unidade de saúde: “A proposta era que toda a equipe fizesse o acolhimento da odontologia também” (T01).

Relatam que a ideia não foi aceita pela equipe. Revelam o distanciamento da atuação da ESB com os demais membros da equipe de saúde nas falas: “Sempre foi separado” (T02) [...] “Equipe nós, é nós. O que é comentado nas próprias reuniões de gerência é que a odontologia dentro de uma equipe é um pouco fechada” (T02) [...] “formamos uma bela equipe, não é? Uma equipe de dois, mas uma bela equipe” (T01) [...] “No acolhimento, eles [a equipe de saúde] se revezam, porque a equipe deles é grande” (T02).

Em Cinamomo, somente o profissional de nível técnico faz a escuta das demandas odontológicas trazidas pelos usuários, e o mesmo explica: “Ele [dentista] atende sozinho e eu faço lá [o acolhimento]” (T02). A atenção à saúde bucal ainda está fortemente ligada à produção de procedimentos clínicos no consultório odontológico.

Referem participar de ações de acolhimento de necessidades gerais de saúde. Porém, quando referem acolhimento dos médicos, demonstram um entendimento compartimentalizado do acolhimento, segundo as formações profissionais, como na fala a seguir: “Nós participamos de todos os eventos que tem na unidade, na parte do acolhimento dos médicos, eles nos solicitam quando necessário e vice-versa” (T02).

Segundo, o Guia de Acolhimento da SMS (SMS/PMPA, 2014a), o fluxo do acolhimento deve ser executado durante todo o horário de funcionamento da unidade de saúde, facilitando o acesso do usuário ao serviço e quebrando a lógica da fila, uma vez que as necessidades devem ser atendidas conforme a demanda do usuário e a capacidade de resposta do serviço, e não priorizando a ordem de chegada. Entretanto, a equipe relata não ter conseguido executar essa mudança:

[...] começamos em março e, para nós, como toda a mudança gera adaptações, ainda no primeiro mês houve a possibilidade de fazer vários [acolhimentos], todos os dias da semana, como é o acolhimento dos médicos, no segundo mês já não foi possível continuar todos os dias, do segundo mês em diante, [determinou-se que em] dois dias de acolhimento [semanal] é feito toda a marcação do mês seguinte. A ideia não é era esta. A ideia era direcionar as

consultas no acolhimento, se fosse demanda agendada, ou demanda imediata, dependendo da necessidade do paciente, isto visto no acolhimento, e assim direcionar a consulta conforme a necessidade do caso, da consulta. Só que, na prática, isso não funcionou, não é, porque é muita demanda, porque a ideia não é invadir além de um mês de agenda (T02).

Os trabalhadores afirmam que procuram seguir o orientado pela Área Técnica de Saúde Bucal (ATSB) com relação ao tempo de espera para consulta, em casos não agudos. A orientação da ATSB segue os preceitos do Guia da SMS (SMS/PMPA, 2014a), o qual prevê que para as demandas não agudas (ou menos urgentes) que chegam à Unidade de Saúde, deve ser disponibilizada uma agenda em um período não superior a trinta dias: “A área técnica nos orientou pra que fosse desta forma: até no máximo um mês [de espera], o mês seguinte” (T01).

Dessa forma, em Cinamomo, o acolhimento preconizado pela SMS não está conseguindo ser colocado em prática:

Agora, acabou-se limitando em dois turnos, a princípio [...] ou até acabarem as vagas do mês seguinte. Dentro deste limite, tem encerrado amanhã [...] O acolhimento na unidade, atualmente, está sendo feito em dias específicos, e a demanda gerada não tem conseguido dar conta da agenda de um mês (T01).

O rápido preenchimento da agenda da saúde bucal foi apontado como fator limitante para a criação de turnos específicos para o acolhimento. Além da redução do acolhimento para dois turnos, os horários para o mês seguinte são preenchidos antes de acabar o mês. Mas, apesar das dificuldades apresentadas, percebem pontos positivos na readequação das formas de acesso, mesmo que as falas demonstrem certo descompasso afinal na definição de critérios de como se realiza o acolhimento de saúde.

[...] se a pessoa, o paciente, chega aqui no dia do acolhimento, e se traz o que é necessário para se marcar consulta, se marca, para pessoa, para o marido e para os filhos. Eu acho isso um ganho muito grande, porque antes não era assim. Por exemplo, para um adulto, antes, era uma consulta por pessoa, não tinha como abrir este leque, porque era o mês todo. Agora, nós abrimos as consultas para o mês seguinte, então são muitas consultas [...] aumentou o número de vagas, porque abrangeu um número maior de dias” (T02).

Na fala acima, observa-se que, no acolhimento realizado, o usuário pode agendar consulta odontológica para outras pessoas, que não estão presentes e

não foram vistas, ouvidas e direcionadas conforme suas necessidades. Parece haver certo equívoco em relação ao acolhimento com identificação de necessidades preconizado.

Para as unidades que a referenciam, há a ESB reserva de uma vaga por dia para cada uma delas, que organizam suas demandas de acordo com o acolhimento local nas três US: “Todos os dias eu ofereço uma vaga fixa pra estes três serviços que eu sou referência, nós somos referência, então de cada manhã de atendimento, eu forneço estas vagas pra eles pelo turno da manhã” (T01).

.Observam-se melhorias importantes relativas às mudanças no processo de trabalho na equipe, sendo citado o espaço e o tempo que foram disponibilizados para uma escuta qualificada, com o sigilo preservado: “antes, era uma mera marcação de consultas, agora no acolhimento tem mais tempo de ouvir” (T02) e “tem uma sala separada” (T01).

A equipe relata que novos usuários começaram a acessar a unidade, com o término das fichas semanais. Além disso, o novo processo de acolhimento reorganizou a agenda, para garantir uma reserva de agendamento de demandas de odontologia da população sob responsabilidade de equipes de saúde próximas territorialmente, mas ainda sem equipe de saúde bucal. Assim, foi permitido, também, o acesso de novos usuários — [...] pacientes que vêm destas três referências [outras unidades de saúde referenciadas] estão desassistidos sempre, porque nunca tiveram dentista nesses outros centros [...] eles estão tendo a oportunidade de vir aqui” (T02).

Os trabalhadores referem-se, também, a falas de usuários elogiando as mudanças no acolhimento em saúde bucal possibilitadas pela melhoria no acesso —[...] a fama de venda de fichas, ah, sabem que vendiam ficha e tinham que vir aqui de madrugada (T02).

Quando questionados sobre as mudanças ocorridas com a nova forma de acesso adotada, a resposta vem de maneira empírica: “A impressão que eu tenho é que eles estão achando melhor” (T01). Ou apresentando sua previsão de demandas de atenção: “[...] os pacientes que vem aqui para o acolhimento precisam de atendimento, 100% deles” (T02).

4.2 US Ligustro

Ligustro é uma unidade de saúde que recentemente mudou seu modelo de atenção para Estratégia de Saúde da Família (ESF). Até o início de 2013, era composta por uma EAB que, além de atender toda a demanda que chegasse do município de Porto Alegre, servia de referência para o atendimento em saúde bucal para mais duas unidades de saúde sem equipe de saúde bucal do distrito sanitário no qual está situada.

Em abril de 2013, com a mudança para ESF, houve a delimitação do território de sua responsabilidade, que foi dividido em quatro áreas. Neste momento, foram formadas quatro equipes de saúde da família com uma equipe de saúde bucal modalidade II (CD, TSB e ASB). Embora, pelo número de equipes de ESF, estejam previstas duas ESB em Ligustro (BRASIL, 2000), o espaço físico da unidade não comporta dois equipamentos odontológicos. A equipe de saúde bucal, então, passou a restringir seus atendimentos, salvo casos de urgência, para a população residente na área adstrita, estimada em 10.500 pessoas (IBGE, 2010).

A transformação para ESF ocorreu de forma gradual, sendo que os primeiros agentes comunitários de saúde (ACS) de Ligustro ingressaram na equipe apenas em maio de 2014. Houve constantes mudanças nos processos de trabalho e profissionais da equipe durante os dois anos de implantação da ESF.

Os trabalhadores que participaram voluntariamente do grupo focal iniciaram sua atuação na unidade um pouco antes da mudança (em fevereiro de 2013), participando de todos os momentos de transformação dos processos de trabalho. Ambos possuem vínculo empregatício com o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), foram selecionados através de concurso público.

O cirurgião-dentista possui formação acadêmica concluída no ano de 2007, Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade e experiência profissional em outra Prefeitura do Rio Grande do

Sul, além de já ter atuado como consultor do Telessaúde. Relata já ter sido preceptor de alunos de estágio da UFRGS na própria unidade.

O TSB formou-se no ano de 2005, e possui cinco anos de experiência como ASB, sua formação anterior, na Prefeitura de outro município do RS, dentre outras experiências profissionais.

Quando questionados sobre o uso de protocolos no cotidiano de trabalho na unidade, respondem que não se restringem aos oferecidos pela PMPA:

A gente segue o protocolo do município, mais para questão de fluxos e encaminhamentos. Mas não que a gente tenha um protocolo, não tem um protocolo na gaveta, que tem um problema vai ali e usa, a não ser de fluxo de encaminhamento, a gente segue o protocolo da Prefeitura. Mas eu gosto muito dos protocolos do GHC, da criança, da gestante, do diabético, do hipertenso. Pelo menos eu me baseio muito nestes protocolos (T03).

A equipe de saúde bucal de Ligustro vê o acolhimento como a forma correta de trabalhar e afirma que aderiu à ideia após muitas discussões em reuniões de equipe. Citam a implantação do acolhimento como uma conquista do antigo coordenador da US, mais do que em razão de qualquer diretriz gerencial do município:

O assunto foi sendo discutido em reunião. Porque, antigamente, eram as fichas: tantas para o clínico, tantas para ginecologista, tantas para o pediatra. Saíram esses profissionais, entraram os médicos de família, e a gente foi mudando as formas de acesso. E daí foi sendo discutido em reunião de equipe [...] foi uma conquista, tinha diretriz do município, mas foi conquista do coordenador, que trabalhou isso, que sabia que era a forma correta da gente trabalhar, e implantou o acolhimento (T03).

Em Ligustro, a equipe afirma que “todas as pessoas são acolhidas” (T03). Entretanto, as falas evidenciam que as diferenças entre o acolhimento da equipe de saúde e da saúde bucal relacionam a questão do tratamento concluído como uma das justificativas para isso. Há um limite de acesso à saúde bucal, que faz com que o acolhimento da saúde bucal ocorra em paralelo ao da equipe médica e de enfermagem.

Agora, a parte médica e da enfermagem tem o acolhimento. A pessoa vem e passa pelo acolhimento, normalmente é um enfermeiro ou um técnico em enfermagem que vai conversar com essa pessoa. Dependendo da questão, já resolve na recepção mesmo, e aí vai se

avaliar se tem necessidade de urgência, consultar na agenda, se a gente tem vagas do dia, vagas do acolhimento que a gente chama. Senão, vai ser resolvida a demanda da forma que for, vai ser agendada a consulta [...] A saúde bucal, a gente, tem um acolhimento entre aspas, porque a gente limita o acesso. A gente tem um dia, uma manhã, que a gente faz o acolhimento. É que a gente tem um determinado número de vagas para iniciar o tratamento. Essas pessoas que iniciam o tratamento vão fazer um tratamento completo” (T03).

No acolhimento realizado pela ESB, os usuários são escutados em um dia em turno específico, e encaminhados conforme suas necessidades. Há uma exceção para gestantes, crianças menores de dois anos, pessoas com deficiência e idosos, que agendam a primeira consulta sem restrição de dia e turno:

[...] gestante agenda direto, crianças até dois anos, a gente tem monitores do PET, que atendem, que nos ajudam com essas consultas. A gente tem umas consultas pra idosos, que também são limitados, eles agendam por telefone. Pacientes especiais agendam direto, agenda aberta (T03).

Essa limitação no acolhimento à saúde bucal, que dificulta o acesso ao serviço nesta unidade, é visto como um problema que é discutido constantemente pela equipe, mas ainda não foi encontrada a solução.

[...] a forma como é hoje é um problema, para mim. Eu acho horrível. Mas assim, nós somos uma equipe para quatro... A demanda é grande, tem muitas pessoas precisando de atendimento. A gente não tem condições de deixar uma agenda aberta. Acho que assim, por exemplo, tem outras unidades que têm agenda aberta, que aí, é bonito... A pessoa vai lá, marca a consulta hoje, aí o retorno dela vai ser para daqui a dois meses. Aí, a pessoa chega lá hoje, para marcar para daqui três meses. Então, eu não vejo lógica nisso. As pessoas que procuram, são aquelas pessoas que precisam. É difícil tu chegar a uma pessoa e dizer “tu não tens necessidade” (T03).

O depoimento demonstra as dificuldades da equipe para atender a demanda e de tornar realidade os princípios do modelo de atenção da ESF: “Se eu for começar a ligar para todas as gestantes, ou ir na casa, eu vou atender só gestantes. Tu entendes? A gente tem sessenta gestantes” (T03). O fato de haver apenas uma equipe de saúde bucal para quatro equipes de saúde dificulta o trabalho: “eles não vão fechar outra equipe aqui, já está decidido que não vai ser fechada outra equipe de saúde bucal, enquanto não tiver outra cadeira” (T03).

A equipe de saúde bucal de Ligustro entende que a agenda fechada facilita o cuidado em saúde bucal com o paciente, uma vez que garante que o tratamento não demore para ser iniciado, priorizando-se os casos mais urgentes:

A gente faz uma avaliação no dia e marca. A gente sempre deixa vagas as consultas do acolhimento, para essas pessoas que vêm para iniciar tratamento, para no máximo uma semana, ou naquele mesmo dia, ou no outro, rapidamente elas vão começar o tratamento. E aí sempre se tenta organizar assim, o paciente está com dor, vou organizar ele primeiro (T03).

Outro problema apontado, que também evidencia o distanciamento do acolhimento da saúde bucal do resto da equipe, é a necessidade que hoje a ESB aponta para a presença de um profissional de saúde bucal sempre nesse acolhimento: “[...] precisa ter um profissional para isso, não é? Que vai ficar responsável por fazer esse acolhimento todos os dias” (T03).

Apesar de parecer não haver envolvimento da equipe de saúde no acolhimento da saúde bucal, os profissionais da saúde bucal acabam sendo envolvidos nas outras tarefas da Unidade: “[...] a gente não tem administrativo, falta técnico de enfermagem. Então, toda a equipe se envolve com outras questões. É difícil a gente se organizar” (T03). O trabalhador quatro diz participar do acolhimento que a equipe de saúde realiza, “o acolhimento ali na recepção, no primeiro contato com o paciente” (T04). Entretanto, fica evidente, também, na próxima fala, que quando há a necessidade de encaminhar problemas não relacionados à saúde bucal, é o técnico de enfermagem ou o enfermeiro que realizam a escuta:

Digamos, ele vem ver os exames. Ele vai chegar ali, o TSB auxilia na recepção, aí ele vai dizer: ‘Ah, eu vim mostrar meus exames’. O TSB vai dizer: ‘Ah, vamos marcar’. ‘Mas eu não estou muito bem, estou com muita dor em algum lugar’. Aí, o TSB diz: ‘vamos passar, conversa com um técnico ou enfermeiro’ (T03).

Pelos depoimentos parece não ocorrer uma troca de saberes de núcleos profissionais, necessárias para que a equipe se sinta segura para fazer o acolhimento de forma multiprofissional. Tanto por parte dos profissionais de outras áreas frente às demandas de saúde bucal, quanto por parte da equipe de saúde bucal para demandas médicas ou de enfermagem.

O ideal seria que, com certeza, o acolhimento médico, da enfermagem, fosse da odontologia também. Fosse uma coisa única não é?! [...] Acho que a gente tem que tentar trabalhar isso, mas aos poucos, sabe. A gente teve muitas mudanças em pouco tempo. A gente chegou, era ficha, virou acolhimento, os enfermeiros faziam acolhimento, aí os técnicos começaram a fazer, com uma certa resistência, tinham um pouco de insegurança de fazer essa escuta. Então agora vamos colocar a odontologia, é muita coisa. Então, tem que ir aos pouquinhos, não é, tem que pensar com o tempo, capacitar mais a equipe com relação à saúde bucal, que as pessoas se sintam também mais confiantes em fazer esse acolhimento. Mas acho que é um processo, a gente não pode fazer assim de uma vez (T03).

A identificação das necessidades de saúde bucal, foco do acolhimento preconizado no Guia da SMS (SMS/PMPA, 2014a), ainda está centralizada no profissional de nível superior: “O dentista faz a identificação da demanda. O TSB ou a ASB está na escala que eles fazem na recepção, para auxiliar na recepção” (T03). Conforme a demanda, os pacientes são agendados: “E aí, agenda para o atendimento” (T04).

Diante do número excessivo de usuários para uma equipe de saúde bucal, a equipe diz ter priorizado a continuidade do tratamento ao acesso.

[...] prefiro que as pessoas tenham uma dificuldade de acesso que eu acho horrível, mas que tenham todo o tratamento garantido, do que isso vire um pronto atendimento, e a gente vê, né. Abrir a agenda, e as pessoas têm um retorno muito longo, as pessoas vão abandonar o tratamento, elas vão vir só quando elas têm dor (T03).

Além da insuficiência de espaço físico para a implantação da segunda ESB e para a realização de atividades coletivas dentro da unidade, a dificuldade de organização do processo de trabalho e o desconhecimento em relação ao próprio território adstrito, são vistos como desmotivação pessoal dos membros da equipe, que dizem não poder trabalhar conforme a formação e experiência em ESF já vividas anteriormente por eles.

[...] eu gosto de trabalhar com saúde da família [...] eu acho, desafiador assim, tu seres responsável pela saúde de um território, tu teres que trabalhar com esse território, e pensar assim, nós somos os responsáveis pela saúde bucal da unidade, e tu veres maneiras de ter que trabalhar com isso. Eu acho muito legal, acho uma pena que eu nunca consegui trabalhar da forma que eu gostaria [...] Se eu fosse responsável por uma equipe de saúde da família, era um sonho [...] não quero colocar um cartaz lá na frente com o número de fichas, eu tenho que fazer isso toda a semana (T01).

Eu também fico frustrada de não poder fazer grupos [falta de espaço físico na unidade], de ter um acompanhamento na escola mais seguido, de não conhecer os alunos, os professores (T02).

Embora o descontentamento em relação ao acolhimento que hoje realizam, é um consenso da equipe de que houve uma melhora no sentido da continuidade do cuidado da saúde bucal, além de verem positivamente o final das “fichas-dia” (T03), que antes eram distribuídas. Também salientam o fim do favorecimento que muitos usuários tinham em Ligustro antes da implantação do acolhimento:

A gente viu muitas pessoas elogiando... de forma geral [...] na saúde bucal, a gente vê claramente... elas vêm, conseguem o acesso, e quando elas ficam sabendo que vão fazer todo o tratamento, elas ficam felizes, elas gostam disso (T03).

Ligustro não tem ainda o Conselho local de Saúde (CLS) consolidado, como uma ferramenta importante para o processo de mudança de modelo: “a gente está em formação do Conselho Local, a gente espera que em pouco tempo tenha um” (T03). Afirmam também não participar das reuniões do Conselho Distrital de Saúde (CDS), demonstrando pouca relação e afinidade com esses espaços de participação popular.

Os dados e indicadores de saúde bucal produzidos não são utilizados para o planejamento do processo de trabalho em Ligustro: “Nunca usamos... a gente guarda as folhinhas ali, mas a gente nunca parou pra estudar a demanda” (T03).

A equipe de saúde bucal compreende a importância de estagiários da enfermagem e residentes de saúde coletiva em Ligustro, como facilitadores dos processos de mudança. Porém, optou por não receber estagiários de odontologia.

[...] tem agora os residentes em saúde coletiva, então eles ajudam muito com isso, em identificar os líderes comunitários [...] A gente tem estagiários da enfermagem, que vem toda a semana, eles nos auxiliam com as atividades do PSE, e fazem atividades de sala de espera. Nós temos toda a semana os residentes da saúde da família [...] a gente já teve estagiário da odontologia, mas no momento, não. (T03).

A equipe utiliza o espaço da reunião de equipe para discussão e construção coletiva de soluções para os desafios impostos diante da realidade enfrentada em Ligustro.

[...] a gente tem as reunião de equipe [...] Toda semana, mais de vinte (pessoas). São duas horas nas quintas de tarde, e na última quinta do mês a tarde toda, com algum projeto de algum assunto que a gente vai discutir, alguma capacitação, alguma educação permanente [...] a gente sempre vê a opinião de todo mundo, para ver onde a gente vai chegar, achar melhor no conjunto [...] sempre tem bastante coisa. Sempre falta tempo (T03).

Com relação à reunião mensal de educação permanente de saúde bucal, realizada na gerência distrital à qual está vinculada, Ligustro não vê o espaço como um facilitador da organização do processo de trabalho e se queixa que as reuniões, alegando que, além de não serem muito produtivas, acabam sendo focadas para o profissional de nível superior.

Eu vejo que as reuniões acabam sendo um desabafo de reclamações do que funciona é o que não funciona [...] tentam: “Ah vamos fazer, organizar educação permanente”, mas não sei se tiveram coisas muito produtivas [...] acaba sendo focado só para o dentista (T03).

[...] profissional técnico e auxiliar não consegue aproveitar muita coisa (T04).

Espaços de EPS compartilhados pela ESB são vistos com insatisfação pela equipe, pois relatam que os mesmos são bastante voltados ao cirurgião-dentista, e então veem pouco sentido para melhoria das práticas dos auxiliares no dia-a-dia.

Não tem por que a gente colocar em prática, a gente não pode, não é nossa atribuição. Então, a gente acaba participando, mas fica uma coisa... Não é tão produtivo para gente [...] no dia do dentista, que teve, foi muito bom, teve bastante coisa interessante, mas focado para eles [dentistas]. Teve a parte dos pacientes com necessidades especiais, como fazer o atendimento deles, isso foi bem interessante né, e a parte do câncer bucal, da orientação, de exames, isso sim, mas o restante é mais focado, farmacologia, o negócio da medicação, aí era bem específico deles. Foi bem pouquinho que a gente pôde aproveitar, mesmo (T04).

4.3 Unidade de Saúde Mimo-de-Vênus

Em Mimo-de-Vênus, a ESF funciona desde que foi inaugurada, no ano de 2005. Atualmente, com uma população adstrita estimada em 2.500 pessoas, é constituída por uma equipe de saúde da família com uma equipe de saúde bucal modalidade I (CD e ASB).

O ASB relata estar lotado no local desde antes mesmo de sua inauguração, mas então como ACS, cargo para o qual prestou concurso, primeiramente. Motivado pelo CD de Mimo-de-Vênus, na época, enquanto ACS iniciou um curso para ASB na Escola Técnica de Saúde do SUS / RS (ETS/RS), que não concluiu. Retomou mais tarde ao curso de ASB em uma escola particular (Klymus), onde obteve a formação de ASB. Em 2013, após ser aprovado em concurso público do IMESF o trabalhador mudou de cargo na unidade de saúde. No momento da entrevista relata estar realizando curso técnico para TSB.

O cirurgião-dentista de Mimo-de Vênus formou-se em 2010, fez um ano do curso de Residência Integrada em Saúde com Ênfase de Saúde da Família e Comunidade após a graduação, mas abandonou o curso, ao ser chamado para trabalhar na Prefeitura de um município do RS, em 2013. No mesmo ano, após ser selecionada pelo IMESF iniciou suas atividades na PMPA e logo após ingressou no Mestrado de Saúde Coletiva, em andamento no momento da entrevista. Coursou, também, pós-graduação à distância – Especialização em Saúde da Família, concluída na metade de 2014.

Demonstram satisfação em compor a equipe de saúde de Mimo-de-Vênus —“A equipe é bem boa... funciona bem” [...] “Aquela história de que a odontologia é à parte não tem aqui” (T06).

Com relação ao uso de protocolos afirmam conhecer as diretrizes da PNSB (BRASIL, 2004) e os protocolos da própria Secretaria Municipal de Saúde (SMS/PMPA 2014a), os quais relatam ajudar na organização do seu processo de trabalho local — “A gente lê o protocolo, interpreta e aplica na nossa realidade. Se a gente não concorda com determinada coisa, a gente não faz” (T06).

[...] eu posso citar os protocolos do próprio Programa Brasil Sorridente, o Caderno 17, a gente também tem um protocolo agora lançado pelo Prefeitura, que a gente tem eles aqui na unidade, que são protocolos muito mais de organização de serviço do que um protocolo de evidência científica de atendimento (T06).

O cirurgião-dentista afirma que para o atendimento clínico utiliza os conhecimentos adquiridos no curso de odontologia e da especialização, a qual diz ter contribuído bastante por ser focada na atenção básica: “[...]os módulos que a gente tinha: cirurgia na atenção básica, endodontia na atenção básica [...] porque a gente sabe, até pelos recursos materiais, questão de raio X, é um pouco diferente do que a gente aprende na faculdade” (T06). Também por essa necessidade de adaptação dos protocolos à necessidade local afirmam que “[...] nem sempre a gente segue eles à risca, porque temos que trabalhar conforme a realidade” (T05).

Citam como um fator positivo o fato de possuírem na sala odontológica um computador que facilita a busca de evidências para clínica — “A gente tem a sorte de ter computador dentro da sala, então, às vezes, a gente pesquisa alguma coisa, se está com alguma dúvida” (T06).

Sobre a realidade local, Mimo-de-Vênus explana:

[...] a comunidade é um território bem misto. A gente tem muitos usuários que têm convênio e que não consultam com o médico aqui, mas consultam com a odontologia. A gente tem muitos usuários que têm convênio odontológico e preferem vir à unidade, porque acham que o atendimento aqui é melhor do que no convênio ou é mais rápido agendar aqui. E a gente tem uma população de extrema vulnerabilidade [...] para alguns pacientes, a gente está muito longe de pensar em prevenção. São pacientes que vêm para um tratamento bem mutilador, que nunca acessaram, não por falta de acesso do serviço, mas por desconhecimento, por questão cultural, e questões de etiologias de doenças, assim é (T06).

Quando questionados sobre algum protocolo de implantação do acolhimento no município, Mimo-de-Vênus cita o Caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde – Acolhimento à Demanda Espontânea. A equipe relata não utilizar o Guia de Orientação Acolhimento com Identificação de Necessidades da SMS (SMS/PMPA 2014a). Os profissionais salientam que o Caderno do MS abrange o acolhimento de uma forma muito ampla, para organização da demanda: “Eu conheço o próprio esse protocolo, esse que foi

lançado agora, que tem o acolhimento de uma maneira ampla” (T06). Mas referem utilizar o Protocolo de Saúde Bucal (SMS/PMPA, 2014b).

Com relação às mudanças no processo de agendamento, resultantes da implantação do acolhimento em Mimo-de-Vênus, relatam o fato de que a facilidade para agendar a consulta odontológica vem causando absenteísmo e o distanciamento das diretrizes de trabalho preconizadas pela ESF.

[...] na nossa comunidade (não sei se só na nossa), a Estratégia Saúde da Família está um pouco longe de se trabalhar o proposto, que é prevenção e orientação. A gente está paternalista, não é?! As pessoas, estão esquecendo o compromisso delas e isso está acontecendo muito na odontologia aqui, o fato dessa agenda ser acessível e livre. Pode chegar e fazer o agendamento a qualquer horário, a qualquer momento. Não faz com que eles venham na sua consulta. “Ah, foi fácil de marcar não vou valorizar, a hora que eu puder, que eu chegar lá, eles vão me fornecer uma nova [consulta agendada]” (T05).

Compreendem que a questão do absenteísmo é em razão do desinteresse do usuário.

[...] quando é protocolo, parece que o usuário ele é perfeito, a unidade que não fornece acesso, o dentista que não trata com acolhimento. Mas, na prática a gente vê que o protocolo nunca enfoca a falta de interesse. “Ah, hoje eu estou com preguiça, não vou ir na consulta”. Então, existe um outro lado, que quem trabalha realmente na ponta é no dia-a-dia que vê essas dificuldades [...] “Ah vamos fazer um grupo, promover saúde”? Quem é que quer vir no grupo? “Ah, mas é vocês que”... Não, não é a gente que não fez, que a gente não chamou. A gente tem por exemplo a lista das gestantes, que a gente liga, que a enfermeira orienta da consulta, tem que ir na odontologia, o agente comunitário da saúde. Mas às vezes a pessoa não quer. Acho que essa parte do usuário não querer, não ter nunca interesse, nunca é considerado (T06).

Levaram o problema para discussão em equipe e aguardam que a solução venha da gestão, até mesmo com a criação de um protocolo que responsabilize o usuário pelo que consideram desinteresse. Relatam dificuldade de diálogo e compreensão do usuário sobre o problema do absenteísmo.

É, não existe protocolo para isso, mas nós levamos em reunião de equipe, para coordenadora, para ser levado para uma gerência, para ver de que forma a gente pode mudar. A gente faz cartaz, coloca o número de consultas ofertadas, número de pacientes faltosos, para eles terem uma ideia de faltas, que eles estão pecando pelo lado deles, que eles não estão tendo um auto-cuidado. Só que, assim, a gente também não tem retorno sobre isso. Então, não tem muito, na verdade, o que se fazer. A gente sabe que tem que ser modificado, alterado, a gente leva na reunião de equipe, o coordenador leva um pouco para cima, para gerência distrital, mas não existe um protocolo, então, de que forma vai se fazer isso, não se sabe (T05).

A equipe de saúde bucal de Mimo-de-Vênus compreende que há um descompromisso dos usuários com as consultas agendadas, o que gera o descontentamento da equipe. Afirmam que a maioria dos usuários desejam marcar a consulta mais do que o próprio tratamento:

[...]A gente vê que não é falta de vínculo, falta interesse do usuário, é simplesmente “eu não estou afim hoje”. As pessoas falam para gente: “é que estava meio friozinho, não é, aí vim marcar de novo”. Então, tem mais pessoas que querem muito mais marcar do que vir na consulta” (T06).

Relatam orientar procurar os usuários, mas não alcançam sucesso para evitar as faltas.

Internamente, o que a gente procura fazer é orientar bem o paciente: “Olha, tu não podes faltar, porque depois, quando tu for remarcar tua consulta, vai ficar só para daqui 30 dias. E se hoje tu tens necessidade, amanhã pode estar com dor e vai ser pior. Vai vir no acolhimento e no acolhimento a gente não vai fazer o tratamento” (T05).

Segundo suas falas, o absenteísmo não atinge somente a equipe de saúde bucal, mas toda a equipe de saúde em Mimo-de-Vênus, embora seja maior o problema na saúde bucal.

[...] não é só com a odontologia, o problema é o perfil da comunidade, porque isso acontece com médico, enfermeiro e dentista. Todas as agendas são abertas, e eu acho que poucas unidades em Porto Alegre funcionam assim, não tem dia fixo, não tem horário de marcação, não tem dia de marcação. O paciente chega: “Ah eu quero marcar para mim, para minha mãe, para o meu pai, para o meu filho para o meu tio.” Pode marcar para todo o mundo. “Eu também quero marcar para enfermeira e para o médico.” A pessoa sai daqui com trinta consultas, que é um direito dela, de estar acessando o serviço. Isso é trabalhado pelos agentes, pelos profissionais aqui que

atendem. " Olha, não falta." Mas eles faltam bastante. Esse acho que é o maior problema que a odontologia enfrenta, não é nem falta de material, eu acho que é a questão dos usuários (T06).

Pela fala anterior, as agendas em Mimo-de-Vênus ficam abertas e o agendamento é feito também para terceiros que não passaram pelo acolhimento, quando solicitado por algum familiar, podendo ser essa uma das causas de muitas das faltas relatadas. A necessidade não é identificada, assim como o interesse.

Há uma queixa quanto à falta de TSB na equipe de saúde bucal (modalidade I) – “nós não temos técnico de saúde bucal aqui, não foi aberta a vaga” (T05). Apontam isso como um fator complicador do processo de trabalho de equipe, pois somente em dois, muitas vezes ambos estão ocupados para fazer o agendamento para saúde bucal, que é feito exclusivamente por eles – “vem o paciente, ‘quero agendar, quero agendar’. E fica aquela situação de 5min, 10min, batendo na porta” (T05). Falam sobre a indisposição que isso gera na equipe: “A agente comunitária que fica lá na frente tem que vir toda hora até aqui. E isso também é salientado – ‘Ah, toda hora a gente tem que ir lá chamar vocês’” (T06). “É a nossa ferida” (T05).

A mudança no agendamento da saúde bucal, com a implantação do acolhimento como rotina diária da equipe, ocorreu no ano anterior da entrevista, aproximadamente, conforme ordem da coordenadora e sem muita participação decisória dos profissionais.

O agendamento há um ano atrás foi mudado (T06).

Mas não fomos nós que mudamos. O agendamento veio de uma ordem que nos passaram que deveria, a partir daquele momento, ser feito daquela forma. Então, nós não mudamos, a gente acatou ordens, se adaptou, porque se dependesse de nós, da equipe, o acesso não seria dessa forma. Ele continuaria como era uns tempos atrás [...] Antes, o usuário teria que vir na unidade uma vez por semana, que seria segunda-feira, teria dado “X” fichas para aqueles pacientes agendarem, daí foi mudado [...] Não foi nem perguntado para os profissionais que estão aqui na ponta o que eles achavam, se iria funcionar, se cabia ou não a essa unidade, simplesmente foi colocado, ^{passado} ^{via} ^{gerência} distrital/coordenação, coordenação/equipe(T05).

A marcação das consultas odontológicas é realizada de forma isolada com relação a da unidade e é a equipe de saúde bucal que se responsabiliza pelo agendamento. A equipe de saúde bucal defende esta organização.

Em uma reunião, nós colocamos ou a gente deixa uma agenda lá na frente, o agente de saúde que fica na recepção agenda na recepção também. Aí, eu preferi que não fosse assim, não é?! Vai atrapalhar, mas eu prefiro ver quem é o paciente que está agendado, até para cobrar ele se ele for faltoso, para saber qual procedimento vai fazer. Aí ficou decidido assim (T05).

E explanam suas justificas sobre as especificidades da atenção odontológica.

[...] Nós trabalhamos com agenda de papel. Todo mundo que é atendido daqui de dentro (consultório odontológico) já sai com consulta marcada [...] E se a gente, por exemplo, deixar a agenda aberta lá na frente e ela simplesmente marcar, daqui a pouco marcou dez exodontias na mesma manhã. Então, na verdade é um pouquinho diferente da agenda do médico e da enfermeira (T06).

Devido ao problema, chegaram a repensar a agenda aberta da saúde bucal, para o qual ainda não encontraram a melhor solução.

O que a gente faz? Um horário de marcação: Ah tem que marcar das 8h as 9h, aí fica só ali na frente para marcar. Ah, mas a gente vai estar restringindo o acesso. Tá, então a gente deixa o acesso bem aberto: das 8h às 17h pode marcar. Mas, ao mesmo tempo, a gente tem que estar aqui dentro atendendo [...] a gente ainda não chegou em um consenso do que é melhor. Aí, então, tem aquela coisa, a gente sempre pensa no usuário (T06).

Mais uma vez, reforçam a ideia de que se fossem uma equipe modalidade II, e tivessem a presença do TSB, poderiam estar revezando algumas funções, facilitando o trabalho — “Talvez, se a gente tivesse uma vaga pra TSB, diminuiria esse problema. Porque poderia ter um revezamento” (T06).

Até para receber os acolhimentos que chegam na unidade não é [...] ali na frente, recebendo esse paciente, conversando melhor, fazendo esse acolhimento mais qualificado, já sairia daqui ou com a consulta agendada, ou de fato um acolhimento já, né!? Então, assim, as meninas [que estão na recepção] passam todo mundo (T05).

Quando questionados sobre os espaços de educação permanente, citam a reunião mensal realizada com as equipes de saúde bucal da Gerência Distrital de Porto Alegre na qual estão inseridos, mais do que o espaço dentro da unidade, que muitas vezes não podem ser tão bem aproveitados por outras

demandas que surgem, ou por se tratar de uma equipe simples, conforme explicam.

[...] nós temos pessoas que vêm à nossa unidade e precisam do espaço para colocar também alguma coisa. Aí, tem mais os informes que vêm da gerência, administrativos. Essa educação permanente ela não chegou a se firmar na unidade, mas o propósito, o pensamento, a nossa demanda aconteceu, ela surgiu (T05).

[...] precisa de tempo para se organizar, para falar e eu acho que essa falta de tempo, o fato de ser uma equipe simples é muito mais difícil do que em uma equipe maior (T06).

A solução que a equipe encontrou para diminuir o número de faltas, então, é a orientação individual, que agora aparece de forma mais adequada e é relatado que a abstinência vem diminuindo, no momento.

Mas a gente fala individualmente, para cada pessoa que vem marcar: “olha, se tu não puderes vir, avisa antes, para gente poder marcar para outra consulta, não falta”. Até acho que meio por último diminuiu, acho que vem diminuindo um pouco as faltas. Mas, às vezes, a gente vê uma pessoa que marca para família toda, e aí a gente já pensa “naquela não vai vir ninguém”, e às vezes, acontece (T06).

Para não prejudicar o agendamento dos usuários que estão em tratamento e para que o tratamento possa ser concluído com o menor tempo de espera entre as consultas a equipe organizou a agenda de maneira que fique reservado 50% da semana para os retornos e 50% para pacientes novos ou faltosos.

O que estava acontecendo é que a gente estava com a agenda aberta todos os horários, aí eu ia lá para frente, marcava dez pacientes de uma vez só. Aí voltava com a agenda, e o paciente que estava sendo atendido precisava de um retorno, só tinha para o final do mês. Então a gente viu que isso estava prejudicando um pouco. Então, 50% das consultas ofertadas são para os pacientes que estão em atendimento, para que possam ter um tratamento contínuo mais rápido. E os outros 50% são os pacientes que vêm pela primeira vez, ou que faltaram (T06).

Sobre os encaminhamentos para a atenção secundária, Mimo-de-Vênus relatam não ser grande o tempo de espera para uma consulta especializada quando necessária.

Aqui, a gente não tem demora, pelo fato da gente ter uma população pequena. “Ah, vai ficar dois anos esperando um tratamento de canal”, isso não é a nossa realidade. Normalmente, tratamento de canal, três meses, quatro meses no máximo [...] (T06).

Mimo-de-Vênus não usa para o planejamento os indicadores produzidos e alimentados no Sistema de Informação em Saúde mensalmente. Alegam falta de tempo para a análise e sugerem retorno da Gerência Distrital e/ou Secretaria Municipal de Saúde.

A gente não tem retorno dos indicadores das unidades (T06).

[...] a gente preenche, mensalmente, sempre a gente dá uma olhada (T05).

Números de primeiras consultas que eu fiz está proporcional ao número de tratamentos concluídos. A gente está conseguindo ter essa proporção. É isso [...] claro que vai do interesse da pessoa, também, mas é isso que eu digo. Se eu tenho 80% de atendimento na cadeira, atendendo um número superior de pacientes do que é recomendado, só se de noite, no final de semana, eu iria estudar os indicadores, para ver qual é a meta do município. Acho, sim, que isso deveria vir da Secretaria, da Gerência, como uma forma de retorno, com os indicadores das unidades. Até acho que foi passado um pouco, nessa última reunião, que a gente falou do Manual, teve até um retorno assim (T06).

Sobre se houve discussão com a comunidade sobre as mudanças na forma de acesso através da implantação do acolhimento relatam não ter conhecimento se foi realizado.

Não sei se houve. Na verdade, quando eu cheguei aqui na comunidade, a agenda da médica e da enfermeira já estava sendo aberta assim, sem dia, e a agenda da odontologia ainda estava sendo com dia. Aí quando eu cheguei, a conversa que ela teve comigo foi de que a gente se adaptasse para que a agenda da odontologia seguisse o mesmo fluxo que a unidade. Todas as agendas, nenhuma delas teria dia ou horário de marcação. E é claro, a consulta fica sempre para quando tiver disponibilidade na agenda, que abrir os horários de marcação não significa que a gente vai ter horário para todo mundo (T06).

Para a adaptação da população à nova forma de acesso, o Conselho Local de Saúde é visto como um espaço de comunicação com a comunidade, embora lamentem a pouca adesão e representatividade dos usuários. Através do conselho realizaram a divulgação sobre a nova forma de acesso à saúde bucal de Mimo-de-Vênus, que foi bem aceita pelos usuários.

Logo no início, as pessoas continuavam vindo na segunda-feira, por um hábito, e aí foi passado já em conselho local como estava funcionando o agendamento odontológico. Mas são poucos os que participam do conselho local [...] Eu não tenho informação de que o

usuário tenha brigado, ou que tenha se sentido prejudicado, descontente pela forma de agendamento. A única coisa que a gente vê bastante é que ele não quer esperar. 'Ah, eu quero agendar' (T06).

Sobre o Conselho Local não o veem como um espaço de representatividade — “Nós temos três mil pacientes, e acho que, no Conselho Local, se frequentam, se já foram quatro, cinco, foram muitos” (T05).

Gostou bastante o usuário. Está maravilhado com o sistema, tanto é que ele chega aqui e: 'Ah vou pegar o Omeprazol e vou aproveitar e agendar para ti', como se fosse uma feira e “estou levando a batata, vou aproveitar e vou levar o tomate também” (T05).

[...] a porcentagem de pessoas que participam do Conselho Local não é representativa. Quem vai no Conselho Local é quem não falta a consulta (T06).

5. DISCUSSÃO

5.1 A escuta qualificada

A escuta qualificada define-se como o comprometimento do profissional em resolver problemas de saúde dos usuários, através do trabalho em equipe multiprofissional, fortalecendo o vínculo do trabalhador/profissional com parâmetros humanitários, solidários e de cidadania (FRANCO, 1999). Deve acontecer em qualquer espaço e horário de um serviço de saúde. Pela análise das falas, o acolhimento tem sido entendido pelas equipes também com este direcionamento, como algo para além de apenas uma forma de organização do acesso aos problemas de saúde: “nem vejo esta palavra como acolhimento, é uma humanização, a escuta, saber ouvir, saber falar, não criticar” (T01). As equipes demonstram compreender a polissemia inerente ao termo.

Eu acho que existe a questão de se confundir o que é acolhimento. Ah, então tem aquela coisa, o que é acolhimento? É uma escuta qualificada, é uma questão de postura, e isso teria que ter, sempre (T06).

As equipes afirmam já terem discutido o tema acolhimento nos seus espaços de trabalho. Verificou-se que processos de transformação do acolhimento foram iniciados nas três unidades de saúde, encontrando--se em processo de qualificação. As equipes relatam pautas frequentes relacionadas ao acolhimento nas reuniões que participam.

Quando se referem ao acolhimento das necessidades de cuidado em saúde bucal, as equipes demonstram inquietação. Afirmam que tais demandas são acolhidas somente pelos profissionais da saúde bucal, e com certo paralelismo ao acolhimento que ocorre de uma forma geral na unidade de saúde. O acolhimento da saúde bucal não é realizado pela equipe multiprofissional. Segundo as evidências demonstram, essa realidade pode levar a uma perda do potencial do acolhimento enquanto dispositivo de gestão para reorganização do processo de trabalho (TAKEMOTO, SILVA, 2007).

Especialmente para a saúde bucal, o acolhimento representa um potencial para uma atuação mais integral e humana junto à comunidade. A participação da saúde bucal no momento do acolhimento da unidade pode

ampliar o olhar histórico da profissão, extremamente direcionado aos procedimentos restauradores e pouco perceptivo para a saúde integral. Nos três casos, o acolhimento da saúde bucal é feito de forma isolada do restante da equipe, reforçando práticas fragmentadas históricas do cuidado na saúde bucal.

O papel social do cirurgião-dentista, observado na sociedade durante anos, coloca-o dentro do consultório odontológico, realizando consultas clínicas (GONÇALVES e RAMOS, 2010). Esta realidade ainda é muito presente nas três equipes estudadas, e talvez se reflita na dificuldade que apresentam em pensar em deixar a livre aberta para a marcação por outros profissionais da saúde que não sejam da saúde bucal. Também se percebe que o cuidado em saúde bucal está fortemente centrado na agenda do cirurgião-dentista.

Cinamomo aponta como vantagens para o acolhimento hoje realizado em uma “sala separada” (T02), com espaço e tempo disponibilizados, assim como sigilo preservado. São traços da transformação de uma prática que anteriormente era realizada sem a preservação da escuta. A equipe relata depoimentos em torno da busca da avaliação de necessidades antes da primeira consulta odontológica. Mas ainda parece não haver um convencimento forte em torno da proposta, quando em outra fala afirmam que a escuta não serve para a priorização de necessidades, questionando ainda suas vantagens.

A ideia era direcionar as consultas no acolhimento, se fosse demanda agendada, ou demanda imediata, dependendo da necessidade do paciente. Só que na prática não funcionou, né, porque é muita demanda e a ideia não é invadir além de um mês de agenda (T02).

A preocupação com a agenda da saúde bucal na unidade é um aspecto enfatizado nos grupos focais realizados. O agendamento de consultas encontra-se centralizado no consultório odontológico. Isto ocorre por interesse dos profissionais da saúde bucal, que temem responsabilizar outros membros da equipe para organização da agenda e que preferem “dar essa filtrada” [nas queixas e necessidades trazidas pelos usuários no momento do acolhimento] (T06) inicial. Mas também pelo entendimento dos outros membros da equipe de que a equipe de saúde bucal é quem deve atender essas demandas — “as

meninas [ACS e técnicas de enfermagem] passam o prontuário [para o consultório odontológico]: ‘olha, tem acolhimento’” (T05). Essa é uma realidade que aparece nas falas dos entrevistados como prejudicial ao compartilhamento de saberes e a co-responsabilização interprofissional em relação ao cuidado em saúde bucal.

Nas unidades analisadas, o acolhimento da saúde bucal está sendo realizado sem a avaliação prévia da necessidade do usuário em razão do seu risco e vulnerabilidade. Do ponto de vista teórico, define-se que o profissional que realiza o acolhimento deve escutar a queixa, os medos e as expectativas e identificar tais riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizando para dar uma resposta ao problema (NUTO, 2010). Porém, pelos depoimentos verifica-se que a escuta qualificada com a lógica de priorização da clientela de maior vulnerabilidade, diminuindo as desigualdades, ocorre com muita dificuldade. Situações dos processos de trabalho relatadas apontam em que aspectos maiores debates necessitam ser realizados pelas equipes em busca de formas acolhedoras que permitam avanços no sentido da escuta qualificada.

Por exemplo, Cinamomo e Mimo-de-Vênus relatam que com a facilidade de acesso gerada pela nova forma de acolhimento conseguem fazer o agendamento de usuários, inclusive, por solicitação de terceiros. Persistindo aqui a dúvida sobre como sem escuta foi possível identificar o interesse ao cuidado ofertado, Mimo-de-Vênus queixa-se do grande número de faltas que isso tem gerado — “O paciente chega: ‘eu quero marcar para mim, para minha mãe, para meu pai, para o meu filho para o meu tio’. Pode marcar para todo o mundo’ [...] mas eles faltam bastante” (T06).

5.2 Processo de agendamento de consultas

Nota-se a dificuldade em padronizar a articulação de demanda, oferta e cuidado em saúde bucal. Sem dúvida, fica visível que a relação entre número de equipes de saúde bucal e número populacional é um problema que afeta o modelo mais ou menos acolhedor. As disparidades populacionais encontradas entre as três equipes demonstram isso (entre 2.500 a 26.000 pessoas). A

organização de acolhimento mais positiva foi encontrada em Mimo Vênus que possui a equipe de saúde bucal que atua dentro dos padrões populacionais indicados pelo programa do saúde da família (BRASIL,2004) , a única das três equipes que conseguiu eliminar a espera do usuário em receber os cuidados de saúde bucal – “Todas as agendas são abertas, e eu acho que poucas unidades em Porto Alegre funcionam assim, não tem dia fixo, não tem horário de marcação, não tem dia de marcação” (T06).

Cinamomo apresenta que com as transformações do acolhimento, houve o fim da distribuição de fichas físicas e o término das filas de espera em frente à unidade. Porém, por outro lado, a ampla demanda fez com que a equipe optasse pelo acesso e não pela continuidade do tratamento. Os usuários que precisam de mais de uma consulta devem retornar nos dias de marcação do mês seguinte. A fila e as fichas, fisicamente, já não acontecem, entretanto os usuários que precisam de continuidade de tratamento esperam uma fila virtual enorme e crescente a cada dia que passa, o que vai contra ao que se preconiza na PNH (BRASIL, 2003).

Já, em Ligustro, as marcações para saúde bucal ocorrem semanalmente, pela manhã, com baixíssima oferta disponibilizada (em apenas um turno onde é realizada a escuta e a primeira consulta odontológica). Nessa unidade, a fila e fichas para saúde bucal ainda existem (embora não sejam fichas físicas), pois no dia de marcação os usuários chegam de madrugada para garantir uma dentre as vagas ofertadas em um cartaz fixado na frente da unidade no dia anterior. É uma realidade de muita preocupação e discussão na equipe que, ao pensar em acolhimento, optou por priorizar a continuidade do tratamento ao acesso – “prefiro que as pessoas tenham uma dificuldade de acesso, que eu acho horrível, mas que tenham todo o tratamento garantido, a que isso vire um pronto atendimento” (T03), e há insatisfação da equipe em fazê-lo dessa forma – “não quero colocar um cartaz lá na frente com o número de fichas, mas eu tenho que fazer isso toda a semana” (T03).

Durante anos na saúde, especialmente na odontologia, associa-se procedimento com qualidade na assistência. Os usuários chegam aos serviços de saúde buscando o procedimento e não o cuidado, porque imaginam equivalência entre eles. Diante desse fato, que Franco e Merhy (2005)

denominam “produção imaginária da demanda”, percebe-se que pode estar aí a explicação para essa construção social que aparece no perfil dos serviços de saúde analisados, na produção do cuidado e nas relações entre trabalhadores e usuários (ANDRADE, 2007).

Como pontua Merhy (2010, p.30), “a transição tecnológica na saúde hoje em dia ocorre no campo das tecnologias leves, inscritas no modo de atuação do trabalho vivo em ato e nos processos de gestão do cuidado”. O acolhimento e o vínculo destacam-se entre essas tecnologias leves, capazes de facilitar a construção do cuidado humanizado e integral que o SUS preconiza. São poderosos dispositivos para planejamento e organização do processo de trabalho das equipes. Facilita-se a compreensão dos problemas e maior capacidade de resolvê-los, de acordo com as necessidades reais do usuário e do trabalhador em saúde. É necessário aumentar o grau de corresponsabilidade e visão dos profissionais da saúde bucal para o foco na produção do cuidado, mudando a cultura da cura, promoção e proteção da saúde que ainda perpetua nos serviços.

5.3 Reunião de equipe de saúde

É consenso que para mudar as realidades da saúde é imprescindível que os profissionais que trabalham para a saúde das comunidades estejam dispostos a aderir a estratégias responsáveis e inovadoras para acolher indivíduos. Especialmente os que se encontram vulneráveis não somente no sentido da assistência à saúde, mas também em outros aspectos de caráter social, cultural e psicológico. É necessária uma postura política, criativa e comprometida para trabalhar sempre pensando e nas possibilidades de melhoria da qualidade de vida da população. Deve haver espaço para reflexão do processo de trabalho das equipes e construção coletiva de meios para que teorias sobre o acolhimento sejam possíveis de serem implementadas (FREIRE, 2008).

Todas as equipes relatam participar de reuniões sistemáticas de equipe, mas não reconhecem como um espaço de exercício de micropolítica e, assim, passível de produção de mudanças (ANDRADE, 2011).

Demonstram dificuldades concretas nos processos de planejamento. Relatam não utilizar seus próprios indicadores de saúde para o reconhecimento da realidade e resolução dos problemas — “a gente guarda as folhinhas ali, mas a gente nunca parou para estudar a demanda” (T03).

[...] a gente tem agenda aberta, o acesso é super facilitado, mas a gente levantou que isso estava causando um grande absenteísmo [...] É, não existe protocolo para isso, mas nós levamos em reunião de equipe, para coordenadora, para ser levado para uma gerência, para ver de que forma a gente pode mudar” (T06).

Apesar de haver todo um trabalho da SMS, através da construção do guia de orientação para as unidades de saúde (SMS/PMPA, 2014a), bem como a dedicação das equipes de monitoramento que focam o acolhimento como um dos eixos norteadores de qualificação do processo de trabalho, observa-se que essa avaliação e monitoramento não está surtindo muitos efeitos no nível local.

Se a humanização do cuidado em saúde é um objetivo a ser alcançado nos serviços de saúde, é preciso haver um movimento de humanização no trabalho do profissional de saúde que também necessita ressignificar seu trabalho. Tradicionalmente, o trabalho em saúde envolve grande sofrimento para o trabalhador, pois a essência de seu trabalho é, em geral, o sofrimento e a dor do outro. Além disso, as relações hierárquicas e disciplinares do trabalho, na saúde, também contribuem para um trabalho mais alienado e embrutecedor. Humanizar essas práticas inclui o fazer criativo e participativo do trabalhador, potencializando as diversas formas de intervenção que o ato de cuidar possibilita. A humanização no trabalho em saúde vem com uma proposta da gestão participativa, onde todos, independentemente de seus cargos, podem e devem intervir através da reflexão sobre os processos de trabalho e apropriar-se deste processo, podendo determinar novas formas do fazer na saúde (PEKELMAN et al., 2009).

Ao trabalhar, as equipes de saúde não estão apenas executando normas. O trabalho exige uma mobilização de inteligência, de invenção, de habilidade, de tomada de decisão, tanto para fazer com que as regras pré-estabelecidas sejam aplicáveis nas singularidades das situações, quanto para lidar com a carência ou inadequação das normas anteriores (NEVES, 2010).

5.4 Participação da população

Sobre a satisfação do usuário com relação às transformações no acolhimento da saúde bucal, relatam de forma um pouco empírica — “A impressão que eu tenho é que eles estão achando melhor” (T01).

Um ponto muito positivo relatado foi a mudança de perfil dos usuários com a implantação do acolhimento. Observada especialmente em Cinamomo e Ligustro, que trabalhavam com o modelo de saúde de UBS tradicional, anteriormente, já que citam que antes acessavam sempre as mesmas pessoas — “surpreendeu foi o número de pacientes que nunca vieram ao dentista, sendo que estamos aqui há catorzes anos” (T02).

Não citam o uso de caixa de sugestões nem da ouvidoria municipal como uma forma de avaliação dos usuários ao serviço.

O CLS é o espaço, assegurado por lei, em que soluções sanitárias necessárias podem ser construídas coletivamente. Experiências exitosas apontam que a integração entre profissionais comprometidos e movimentos sociais é capaz de gerar práticas criativas e produtivas, no sentido da construção de uma atenção à saúde integral em que as pessoas assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas (VASCONCELOS, 2004).

Embora Mimo-de-Vênus e Cinamomo possuam CLS implantado e em funcionamento (e em Ligustro esteja em fase de formação), a discussão com a comunidade sobre mudanças que o acolhimento traz no momento em que é implantado, é um ponto relevante que a equipes não citam.

O relato de Mimo-de-Vênus, que observa a falta de interesse dos usuários, vai de encontro ao estudo de Vasconcelos (2004), que diz que sem a participação ativa dos usuários, com discussão de novas condutas a serem implementadas nos serviços de saúde, não há como se alcançar a APS integral em que as pessoas e os grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas. A educação e o trabalho em saúde impostos e centrados em recomendações de hábitos considerados saudáveis boicota a participação popular (VASCONCELOS, 2004).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No trajeto de construção do SUS muitos são os avanços percebidos, especialmente em relação à oferta de cuidado em saúde bucal, como foi observado em Porto Alegre, nos últimos anos. Entretanto, o recente crescimento do número de ESB na APS não diminui a demanda odontológica histórica brasileira que dificulta a adoção do acolhimento como postura e prática de atenção à saúde pelos profissionais de saúde bucal.

Os resultados do estudo demonstram, em consonância com as evidências apresentadas, que o encontro profissional com o usuário ainda é fortemente marcado pela dor, ansiedade e sofrimento do sujeito que busca o serviço e que busca ser compreendido e atendido em suas necessidades. E neste sentido, a importância do uso das tecnologias leves na prática das equipes de saúde bucal encontra-se reforçada nas realidades estudadas. O acolhimento pode ser uma das tecnologias leves de grande relevância para melhorar o planejamento e a atenção de saúde bucal nas unidades de saúde da família.

As três unidades de saúde analisadas apresentam diferentes maneiras de responder às necessidades de saúde bucal da comunidade, uma vez que apresentam múltiplos atores locais e singularidades que não podem ser desprezadas. Independentemente dos diferentes contextos de organização de trabalho e realidade social, as equipes demonstram dificuldade em reverter a lógica da oferta e da demanda, com priorização de usuários em situação de maior vulnerabilidade, diminuindo as desigualdades sociais, e fortalecendo o vínculo na relação profissional-usuário.

O número de equipes de saúde bucal ainda insuficiente para atender a população adstrita e a falta de estrutura física de algumas unidades são desafios reais dentre os vários impostos no trabalho em saúde. Exigem do trabalhador criatividade e compreensão da necessidade de novos fazeres e práticas e de um trabalho coletivo, tanto com a equipe de saúde quanto com a comunidade.

Os processos de transformação do acolhimento vivenciados pelos profissionais de saúde bucal qualificaram de alguma forma o serviço, seja no

sentido do acesso, da continuidade ou mesmo das reflexões geradas sobre a relevância da humanização no cuidado em saúde.

A interpretação dos resultados do estudo conduzem ao fortalecimento e recomendação da ampliação da discussão e da realização de processos de educação permanente sobre o tema. Processos de avaliação participativa e periódica das equipes também serão bem vindo aos contextos estudados.

Considerado norteador das ações de acolhimento, o guia de orientação às unidades de saúde e os critérios de avaliação criados (SMS/PMPA, 2014a) devem ser usado e constantemente remodelado pela gestão. A rede de atenção à saúde é composta por diversos atores e interesses distintos, vê-se como imprescindível a construção de consensos dos profissionais de saúde bucal na produção do cuidado.

É essencial que os profissionais de saúde bucal sejam incluídos e atendidos em suas necessidades de educação permanente e apoio institucional junto às equipes de saúde para que o acolhimento seja realizado da melhor maneira possível, dentro de suas limitações diante de tanta desigualdade: “falta condições de saúde, dinheiro, falta muita coisa, ambientes que a gente vê que não tem estrutura familiar, educação, escola, religião. Então, falta muita coisa além da consulta no posto de saúde” (T02).

Que o estudo sirva de motivação às equipes diante do desafio do acolhimento como potencial integrador da ESF e qualificador das relações de trabalho existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; FERREIRA, V.S.C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS** v. 10, n. 2, p. 106 -15, 2007.

ASSIS, M.M.A.; Cerqueira E.M.; NASCIMENTO, M.A.A.; SANTOS A.M., JESUS W.L.A. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS** v. 10, n. 2, p. 189-99, 2007.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-3, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2012.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R.; Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: revista saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004.

ESTEBAN, M.P.S. **Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições**. Tradução Miguel Cabrera. Porto Alegre: AMGH Editora, 2010.

ELIAS et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

FRANCO, T. B. et al. O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso Betim Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A., (Orgs). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. p. 181-194.

FRANÇA, I.S.X.; MARINHO, D.D.T.; BAPTISTA, R.S. Assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande-PB. **Revista RENE**, UFC, Fortaleza, v. 11, n.1, jan-mar 2010.

FREITE, L.A.M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 271-77, 2008.

GONÇALVES, E.R. ; RAMOS, F.R.S. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 301-14, abr./jun. 2010.

HENNINGTON, E. A. Gestão do trabalho, humanização e ergologia; **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008.

MERHY EE; FEUERWERKER LCM; CERQUEIRA P; FRANCO TB. Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial: novas subjetivações e 15 disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. **Lugar Comum**. 2010 (33-34), p. 89-103, 2010.

MOYSÉS, S.J.; KRIEGER, L.; MOYSÉS, S.T. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. Artes Médicas: São Paulo, 2008.

NEVES, T. P. A incorporação da abordagem ergológica na formação dos profissionais de saúde: em busca da integralidade da atenção à saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 217-223, abr/jun 2010.

NEVES, Matheus; PRETTO, Salete Maria; ELY, Helenita Corrêa. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS, Brasil. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 5, p. 364-371, set/out 2013.

NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, José Roque. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1186-200, 2013.

NUTO, S.A.S.; OLIVEIRA, G.C.; ANDRADE, J.V.; MAIA M.C.G. O acolhimento em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. Fortaleza-CE: um relato de experiência. **Rev APS**, v. 13, n. 4, 2010.

OPAS/OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Washington, D.C: OPAS, 2007.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C; ALMEIDA C; BAHIA L; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet.com. May 2011.

PEKELMAN, R.; FERRUGEM, D.; MINUZZO, F.A.O.; MELTZ, G. A Arte de Acolher através da Visita da Alegria. **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 510-516, out./dez. 2009.

PINHEIRO, P.M; OLIVEIRA, L.C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 15, n.36, p.187-98, jan./mar. 2011.

ROCHA, E. T. **Processos educacionais e a produção do cuidado em saúde bucal: o agir em competência das equipes de saúde bucal na Atenção Primária em Saúde**. 2014. 115f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SILVA, C. A. F. A Gestão de si na reinvenção das Normas: práticas e subjetividade no trabalho. **Saúde e sociedade**, vol.17, n.4, p 111-123, 2008.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Manual de Biossegurança para estabelecimentos odontológicos**. Porto Alegre, 1998.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Coordenação de Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos. **Acolhimento com Identificação de Necessidades**: guia de orientação para as unidades de saúde. Porto Alegre: SMS, 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Coordenação de Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos. Área Técnica de

Saúde Bucal. **Protocolo de Atenção de Saúde Bucal em Porto Alegre:** organização da rede e fluxos de encaminhamento. Porto Alegre: SMS, 2014.

SCHWARTZ, Y. **Uso de si e competência.** In Schwartz, Y. e Durrive, L. (orgs.) Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2007.

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, 23(2):331-340, fev, 2007.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):67- 83, 2004.

VASCONCELOS, F.N.; Vasconcelos EM, Duarte S.J.H. O acolhimento na perspectiva das Equipes de Saúde Bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica da literatura brasileira. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva - Saúde Bucal**, v. 5, n. 3, p. 115-22, 2011.

APÊNDICE A – Roteiro para o Grupo Focal
Parte I – Identificação

Data: ____ / ____ /2014

Orientação:

Este questionário tem por objetivo pesquisa sobre como ocorre o Acolhimento em Saúde Bucal na sua unidade de saúde. Se você não tem certeza sobre que resposta dar a um item, escolha a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Na dúvida opte pela primeira alternativa que pensou. A sua informação será mantida em sigilo.

1.Dados de Identificação pessoal

1 Sexo: (1) masculino (2) feminino	2 Idade: __ __ anos	3 Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) separado ou divorciado (4) viúvo (5) outro: _____
4 Estado de origem:		
5 Cidade de origem:		

2. Identificação da Unidade de Saúde

Unidade _____

Gerência Distrital _____

3.Vínculo do Entrevistado

Qual a forma de ingresso na SMS?

- 1) Concurso público
- 2) Seleção pública
- 3) Outra forma: _____

Qual seu tipo de vínculo?

- 1)Servidor público estatutário
- 2)Cargo comissionado
- 3)Contrato temporário por prestação de serviço
- 40 Empregado público CLT
- 50 Outro(s): _____

Ano de Ingresso na Instituição: _____

4. Formação

Profissão ou ocupação:

Graduação

Citar o curso: _____

() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.

Especialização

Citar o curso: _____

() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.

Residência

Citar o curso: _____

() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.

Mestrado

Citar o curso: _____

() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.

Doutorado

Citar o curso: _____

() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.

Outros

Citar o curso: _____

() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.

Apêndice A - Roteiro Grupo Focal

Parte II - O agir em competência e as práticas de acolhimento fundamentado no referencial teórico de Schwartz (2007)

Dimensões do trabalho	Objetivos	Questões Norteadoras
Dimensão1: O relativo domínio de algo codificado PROTOCOLO	Objetivo 1: Descrever processos educacionais que possibilitaram conhecer e dominar protocolos do cuidado integral.	Falem sobre os protocolos mais usados na produção do cuidado na saúde bucal? Como acessaram os protocolos do cuidado durante a formação e o exercício da equipe na ESF?
Dimensão2: O relativo domínio de algo não codificado HISTÓRIA da REALIDADE/SINGULARIDADE	Objetivo 2: Identificar experiências dos processos educacionais que possibilitaram conhecer singularidades da realidade do trabalho.	Falem sinteticamente sobre a realidade do cuidado na saúde bucal na ESF? Como acessaram as informações da realidade do cuidado?
Dimensão3: O domínio da decisão pertinente no momento certo RENORMALIZAÇÃO	Objetivo 3: Identificar como o profissional renormaliza protocolos conforme cada situação.	A ESF modifica protocolos durante a atuação? Por que? Dê exemplos.
Dimensão 4: A reconfiguração do meio em um debate de valores “O uso de si por si”	Objetivo 4: Identificar o debate de valores e normas impostas e instituídas na atividade de trabalho.	As dinâmicas do trabalho da ESF permitem a renegociação de valores e normas ? Descreva e/ou dê exemplos de como e onde isso ocorreu.
Dimensão 5: Em função do debate de valores desdobramentos do potencial VALORES	Objetivo 5: Identificar a participação em processos educação continuada e/ou permanente e se agregam para sua vida.	Qual o valor/importância do trabalho para a sua vida ? Como o trabalho se inclui na sua vida ? A ESF participa de processos de EPS ? Como os processos de educação permanente trazem valor para a sua vida?
Dimensão 6: A sinergia com o coletivo	Objetivo 6: Identificar a experiência do trabalho em equipe	Descreva o trabalho em equipe para a gestão.

Apêndice A -Roteiro grupo focal

Parte III - ACOLHIMENTO em Saúde bucal

IMPLANTAÇÃO

A unidade implantou algum sistema de acolhimento aos usuários com demandas de saúde e de saúde bucal? Com que objetivos?

Como e quando ocorreu o processo de implantação do acolhimento na Unidade? Houve alguma atividade? Expliquem.

OPERACIONALIZAÇÃO

Expliquem como era realizada antes a atenção à saúde bucal, o que mudou e como é agora?

Falem como ocorre o atendimento à saúde bucal do usuário na Unidade.

Como ocorre o fluxo dos usuários para o atendimento de saúde bucal?

O acolhimento de pacientes com demandas de saúde bucal é feito somente pela ESB?

Qual o papel de cada profissional dentro do acolhimento (CD, TSB e ASB)?

Qual o papel da equipe de saúde?

Onde é feito/local? Quais horários/turnos?

AGENDAMENTO

O usuário consegue sair sempre da Unidade com a consulta agendada nas situações em que não é atendido no mesmo dia?

Como ocorre o encaminhamento dos usuários: Consultas Imediatas, Consultas Continuadas/Programadas, Consultas Especializadas (CEO)?

AVALIAÇÃO

Qual a percepção da equipe sobre a opinião dos usuários em relação ao

acolhimento?

É realizado algum tipo de consulta de opinião do usuário sobre acolhimento?

Falem sobre como o controle social participa das questões do acolhimento.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa.

Agradecemos pela atenção, compreensão e apoio!

Eu, _____, residente e domiciliado _____, portador da Carteira de Identidade, RG _____, nascido(a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar, como colaborador, da pesquisa “Desenvolvimento de competências profissionais para a produção do cuidado em saúde bucal na rede de atenção e ensino do município de Porto Alegre articulado à percepção de cuidado do usuário do Sistema Único de Saúde”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que

1º - Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa.

O presente estudo tem o propósito de **analisar como os processos educacionais vivenciados pelos cirurgiões-dentistas que atuam na rede municipal de saúde de Porto Alegre possibilitam o agir em competência para o cuidado em saúde bucal.**

2º - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados.

Entendi que, se concordar em fazer parte deste estudo, terei que responder a um questionário semi-estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas. Estou ciente de que as respostas que darei serão digitadas e analisadas em um programa estatístico computadorizado e que os pesquisadores envolvidos no projeto conhecerão esse material, para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

3º - Foram descritos os benefícios que poderão ser obtidos.

O benefício esperado com a pesquisa será o de contribuir com informações relevantes a respeito do perfil do estudante que está se formando na FO/UFRGS.

4º - Estou ciente de que não haverá riscos para minha saúde resultantes da participação na pesquisa.

5º - Foi dada garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Caso você tenha novas perguntas sobre este estudo, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar com a pesquisadora Evelise Tarouco da Rocha no telefone 0XX5181033114/5133673321 a qualquer hora ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, no telefone 0XX (51)33083629.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com a pesquisadora **Evelise Tarouco da Rocha** sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização à pesquisadora responsável pelo estudo de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Pesquisador

Participante da Pesquisa