UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA-MPSF

SAMIRAMIS SIMONE DE SOUSA REZENDE

SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O ACESSO

Natal - RN
2016

SAMIRAMIS SIMONE DE SOUSA REZENDE

SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O ACESSO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profª. Dra. Elizabethe Cristina Fagundes de Souza

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do cuidado em saúde

Natal - RN
2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Rezende, Samiramis Simone de Sousa.
Saúde bucal na Atenção Básica: estratégias para melhorar o acesso / Samiramis Simone de Sousa Rezende. - Natal, 2016.
112f.: il.

Dissertação - Mestrado Profissional em Saúde da Família - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Orientador: Profa. Dra. Elizabethe Cristina Fagundes de Souza.

1. Acolhimento - Dissertação. 2. Trabalho odontológico - Dissertação. 3. Atenção Primária em Saúde - Dissertação. I. Souza, Elizabethe Cristina Fagundes de. II. Título.

RN/UF/BSCCS CDU 616.314

Samiramis Simone de Sousa Rezende

Saúde bucal na atenção básica: estratégias para melhoria do acesso

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Profa.Dra. Elizabethe Cristina Fagundes de Souza – UFRN

(Orientadora)

Profa. Dra. Daniela Mendes da Veiga Pessoa – UERN

(Membro Externo à Instituição)

Profa. Dra. Rosana Lucia Alves de Villar – UFRN

(Membro Interno)

30 de setembro de 2016

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pelo incentivo constante em estar sempre em busca do conhecimento, meus primeiros mestres na arte da vida e na valorização do ser;

Aos meus irmãos, principalmente à minha irmã Shirley, ao meu cunhado Reginaldo e aos meus sobrinhos, que me acolheram com todo o carinho em seu lar durante todo o Mestrado;

Ao meu esposo Denio, pelo apoio e pela dedicação em todos os momentos das nossas vidas.

Aos meus filhos Guilherme e Giovana pelo carinho e paciência nas constantes ausências durante a realização desse estudo;

A todos os profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde, que compartilham dos êxitos e dos desafios vivenciados na busca pela qualificação do acesso à saúde.

AGRADECIMENTOS

Aproveito este momento para expressar minha gratidão a todos aqueles que participaram dessa jornada e que, de certa forma, contribuíram para a construção deste trabalho. Primeiramente, expresso meus sinceros agradecimentos:

A Deus, por estar sempre ao meu lado, guiando meus passos e abrindo novos caminhos, que me proporcionaram um crescimento intelectual e, principalmente, humano;

À minha orientadora, a Profª. Dra. Elizabethe Cristina Fagundes de Souza, querida Betinha, pelo apoio e pelas valorosas contribuições, transmitindo sabedoria e tranquilidade em todos os momentos. Seu estímulo na ampliação dos meus conhecimentos, através de sugestões de leituras, proporcionaram-me aprendizados essenciais e mais valorização e entendimento desse complexo mundo da pesquisa;

Aos docentes do Mestrado, pelos ensinamentos proporcionados no decorrer do curso, em especial, à Professora Ana Karenina Arraes Amorim, durante o Seminário de Qualificação, e às Professoras Rosana Lúcia Alves de Villar e Flávia Christiane de Azevedo Machado, pelas valorosas contribuições durante a Banca de Qualificação;

À Coordenação e às secretárias do Mestrado, pela condução assertiva e respeitosa com que desenvolveram suas funções;

A todos os colegas do Mestrado, pelos saberes compartilhados e que, de forma direta e indireta, participaram, por meio de palavras ou ações incentivadoras que foram essenciais para a conclusão do Mestrado, em especial, a Ana Karina e Andrelina, pelo estímulo e a força nas horas mais difíceis;

À Gestora do Município de Jaboatão dos Guararapes, Gessyanne Marques Paulino por permitir a realização do Mestrado e contribuir com a pesquisa, participando da transformação do processo de trabalho das equipes em busca da qualidade na assistência em saúde;

Às colegas Patrícia Andrade Vaz e Inês Patrícia F. Guedes, pela ajuda e pela contribuição no desenvolvimento da pesquisa;

A todos os profissionais que participaram da pesquisa, pela disponibilidade em expor suas percepções, possibilitando a troca de saberes e reflexões essenciais, pois, sem eles, o estudo não seria possível;

A toda a minha família, pelo apoio, pela união e pelo incentivo constante na realização desse sonho grandioso.

“Você tem que ser o espelho da mudança que está propondo. Se eu quero mudar o mundo, tenho que começar por mim”.

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

No Brasil, apesar da expansão dos serviços de saúde bucal ocorrida nos últimos anos, a organização da demanda e o acesso à atenção integral ainda são desafios no SUS. Esta pesquisa teve como objetivo analisar o acesso às ações de saúde bucal na atenção básica e compor estratégias de intervenção na perspectiva de sua melhoria. O estudo adotou abordagem qualitativa, de caráter interventivo, e foi realizado com uma equipe de saúde da família, em uma unidade da rede básica do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco - Brasil. Nas estratégias metodológicas, inicialmente, usou-se a técnica do círculo hermenêutico dialético (CHD), para investigar como os profissionais da equipe de saúde entendem a temática abordada. Foram construídos/reconstruídos novos e velhos conceitos, a partir dos quais se definiram temáticas para aprofundamento. Foram realizadas oficinas, com o intuito de dialogar com os participantes e buscar ferramentas/instrumentos que pudessem contribuir para melhorar o processo de trabalho no que diz respeito ao acesso ao cuidado integral à saúde bucal. Os dados foram registrados por meio do Diário de Pesquisa e por gravação de áudio previamente autorizada. As atividades propostas se desenvolveram de forma compartilhada com profissionais da equipe, e as estratégias de ações foram compostas pelos participantes com base na literatura, considerando seus saberes e experiências práticas. A análise se produziu em processo dinâmico e de construção coletiva de estratégias para qualificar a assistência em saúde. Os participantes concluíram que, para prestar assistência qualificada em saúde bucal, não poderiam atuar isoladamente e que mudanças necessárias para melhorar o acesso à saúde bucal devem incluir visão ampliada do cuidado integral e ação compartilhada entre sujeitos nos processos de trabalho, com a utilização da estratégia de acolhimento com classificação de risco. Os resultados da pesquisa indicam que o acesso à saúde bucal não se restringe à atuação do profissional/equipe dessa área, mas também se amplia e se articula à atuação de demais profissionais da equipe de saúde da família e à implicação de todos envolvidos nos processos de trabalho em saúde: trabalhadores, usuários e gestores.

Palavras-chave: Acolhimento. Trabalho odontológico. Atenção Primária em Saúde. Pesquisa qualitativa. Pesquisa participativa.

ABSTRACT

In Brazil despite the expansion of oral health services occurred in recent years, the organization of demand and access to comprehensive care are still challenges in the SUS. The purpose of this study was to analyze the access to oral health actions in primary care and compose intervention strategies with a view to its improvement. This study adopted a qualitative approach in an interventionist character and was conducted with a family health team in a basic unit network from of the city of Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brazil. Regarding the methodological strategies, initially, the dialectical hermeneutic circle (HDC) technique was used, to investigate how the professionals of the health team understand the thematic approach. New and old concepts have been constructed / rebuilt, from which themes have been defined for further study. Workshops were held in order to dialogue with the participants and seek tools / instruments that could contribute to improve the work process with regard to access to comprehensive oral care. The data were recorded through the Research Journal and previously authorized audio recording. The proposed activities have developed on a shared basis with the professional team and the strategies of action were made by the participants based on the literature, considering their knowledge and practical experience. The analysis was produced in dynamic analytical process and collective construction of strategies to qualify health care. All participants concluded that in order to provide skilled oral health care, they could not act alone and that changes needed to improve the access to oral health, should include an expanded view of comprehensive care and shared action among subjects in work processes, using strategy with risk classification. The survey results of the research indicate that access to oral health is not restricted to the performance of the professional / team in this area, but also extends and articulates with the work of other professionals in the family health team and the implication of all involved in the processes of Health work: workers, users and managers.

Keywords: Hospitality. Dental work. Primary Health Care. Qualitative research. Participatory research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1- Localização do município de Jaboatão dos Guararapes, 2009 35

Mapa 2- Distribuição geográfica das regionais por bairros - Jaboatão dos Guararapes, 2011 36

Figura 1- Jaboatão dos Guararapes.....38

Figura 2- Barra de Jangada.....38

Figuras 3 e 4- Barra de Jangada, Jaboatão dos Guararapes – PE 38

Figura 5- USF Praia do Sol 39

Figura 6- O Círculo Hermenêutico Dialético 48

Figura 7 - Fluxograma **-** Acesso à demanda espontânea 72

LISTA DE QUADROS

Quadro1- Quadro esquemático dos participantes da pesquisa... 40

Quadro 2- Classificação de risco clínico elaborada pela equipe da USF Praia do Sol, Jaboatão - PE- Maio 2016 75

Quadro 3- Classificação de risco odontológico elaborada pela equipe da USF Praia do Sol, Jaboatão - PE- Maio 2016 76

Quadro 4- Síntese do processo de pesquisa realizado na equipe de saúde da família de Praia do Sol 83

Quadro 5- Percepções sobre acesso 105

Quadro 6- Percepções sobre acesso à saúde bucal 107

Quadro 7- Percepções sobre as dificuldades de acesso à saúde bucal 108

Quadro 8- Percepções sobre a qualificação do acesso à saúde bucal 109

LISTA DE SIGLAS

AB Atenção Básica

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária em Saúde

CEO-D Dentes Cariados com Extração Indicada e Obturados

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CHD Círculo Hermenêutico Dialético

CPO-D Dentes Cariados Perdidos e Obturados

DP Diário de Pesquisa

ESB Equipe de Saúde Bucal

ESF Estratégia de Saúde da Família

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

ISNAB Índice de Necessidades de Atenção à Saúde Bucal

MG Minas Gerais

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PE Pernambuco

PIB Produto Interno Bruto

PMAQ Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PNH Política Nacional de Humanização

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNSB Política Nacional de Saúde Bucal

PSF Programa de Saúde da Família

PTS Projeto Terapêutico Singular

RMR Região Metropolitana do Recife

SAS Secretaria de Atenção à Saúde

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA Unidade de Pronto Atendimento

USF Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14

2 ALGUMAS REFERÊNCIAS CONCEITUAIS NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: COMPONDO A TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA 19

2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO PROCESSO ORGANIZATIVO DA ATENÇÃO À SAÚDE 19

2.2 ESTRATÉGIAS PARA PRODUZIR CUIDADO INTEGRAL E PARA QUALIFICAR ATENÇÃO À SAÚDE 23

2.3 REVISITANDO PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL PARA PRODUZIR CUIDADO . 25

2.4 ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL 28

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA 33

3.1 TRAÇANDO OS CAMINHOS DA PESQUISA 34

3.2 TRILHAS DA PESQUISA NUMA IMPLICAÇÃO COMPARTILHADA 41

3.2.1 Inventando e reinventando caminhos 41

3.2.2 Produção de encontros, registro e análise 44

3.2.3 O Círculo Hermenêutico Dialético (CHD) 46

4 SENTIDOS DE ACESSO À SAÚDE 51

4.1 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE 51

4.1.1 Acessibilidade geográfica 51

4.1.2 Acesso à disponibilidade e à resolubilidade 52

4.1.3 Acesso à saúde como necessidade e direito humano 53

4.1.4 Acesso à comunicação e à informação 55

4.2 ACESSO À SAÚDE BUCAL 56

4.2.1 Relação do acesso à oferta e à demanda 56

4.2.2 Relação do acesso a atendimento domiciliar 59

4.2.3 Relação do acesso a agendamento 60

4.3 RELAÇÃO ENTRE OFERTA E DEMANDA COMO PROBLEMÁTICA TRANSVERSAL AO DESAFIO DE ASSEGURAR ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE 63

4.4 QUALIFICAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE BUCAL 64

4.4.1 Qualificação do acesso como postura ética 64

4.4.2 Qualificação do acesso pelo acolhimento e mudanças nos processos de trabalho.....65
4.4.3 Qualificação do acesso a partir de educação permanente em saúde.....67

5 CONSTRUÇÃO COLETIVA DE ESTRATÉGIAS PARA QUALIFICAR O ACESSO À SAÚDE BUCAL NA ESF 70

5.1 PRIMEIRA OFICINA – ACOLHIMENTO 70

5.2 SEGUNDA OFICINA - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 73

5.3 PACTUAÇÃO PARA CONSOLIDAR E IMPLEMENTAR O ACOLHIMENTO NA ESF.....77

5.3.1 Primeiro encontro: reflexão e pactuação entre profissionais da ESF.....77

5.3.2 Segundo encontro: reflexão e pactuação entre a equipe da ESF e a equipe de Gestão 79

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU PEQUENO BALANÇO POSITIVO DA PESQUISA 84

REFERÊNCIAS 87

APÊNDICE A.....98

APÊNDICE B.....102

APÊNDICE C.....103

APÊNDICE D.....104

APÊNDICE E.....110

APÊNDICE F.....111

ANEXO.....112

1 INTRODUÇÃO

A despeito da expansão dos serviços de saúde bucal, nos últimos anos, a organização da demanda e a atenção integral ainda são desafios para o SUS. A atenção à saúde bucal ainda se produz marcada pela influência do modelo odontológico tecnicista e baseado em procedimentos, em contraposição às políticas públicas voltadas para o cuidado integral e humanizado. Esse fato é agravado pela crescente procura por serviços de saúde, em que se constatam a dificuldade de acesso aos cuidados em saúde bucal e a inobservância dos profissionais aos aspectos ampliados do processo saúde-doença no âmbito da assistência, o que exige mais qualidade e resolubilidade e envolve a clínica ampliada para cuidado compartilhado e promoção da saúde dos indivíduos.

A fragilidade na organização dos processos de trabalho, de oferta e de cobertura dos serviços fica evidenciada pela existência desproporcional entre oferta, capacidade de atendimento e demanda, que impedem a continuidade da atenção (SOUZA, et al. 2008). Os princípios da integralidade e da equidade não se materializam sem a universalidade do acesso garantida, o que nos leva a refletir sobre aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde baseadas nas necessidades dos usuários por meio de uma escuta qualificada e humanizada (CECILIO, 2001).

A literatura descreve a existência de filas evitáveis para a marcação de consultas e a falta de acesso ao cuidado como problemas constantes nos serviços de atenção básica que causam sofrimento humano. Portanto, a intervenção com condutas baseadas no acolhimento e na humanização da assistência é necessária. Também é relevante implantar a classificação de risco, cujo objetivo é de evidenciar as necessidades imediatas relacionadas ao risco iminente, agravos à saúde ou grau de sofrimento para realizar uma assistência rápida e efetiva. O uso dessa ferramenta visa assegurar o atendimento prioritário para usuários com elevada vulnerabilidade, fornece dados de suas condições de saúde, propicia o trabalho em equipe e o cuidado horizontalizado, promove a satisfação dos indivíduos e impulsiona a discussão relacionada à pactuação entre as redes de serviços, com o intuito de integralizar as ações de saúde (SILVA; BARROS; TORRES, 2012).

Em 2011, o MS lançou a Portaria nº 2488, que introduziu algumas adaptações, como acesso, acolhimento, linha do cuidado e gestão do cuidado, e propôs uma atenção básica (AB) mais fortalecida e ordenadora de redes de atenção, visando a um cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população e dos territórios onde estão inseridas. A ampliação das ações de intersetorialidade e de promoção da saúde, com inovações no processo de trabalho, como o acolhimento com classificação de risco e primeiro atendimento às urgências na atenção primária à saúde (APS), agrega forças ao controle social e à participação da comunidade (BRASIL, 2011).

Para prestar assistência equânime e integral, o profissional e sua equipe, ao planejar suas ações, podem utilizar ferramentas que facilitem o processo avaliativo com priorização das famílias de risco e vulnerabilidade social. Esses instrumentos e as informações adquiridas sobre o indivíduo, em seu contexto econômico, político e social, permitem a ordenação e o atendimento dessas pessoas visando a quem mais necessita (RESENDE, 2010).

As necessidades de saúde são amplas e complexas, obtidas através de boas condições de vida e entendidas no sentido mais funcionalista, que tanto considera os fatores externos relacionados ao ambiente, às ocupações, às condições socioeconômicas, quanto o acesso às tecnologias leve, leve-dura e dura, a partir das necessidades de cada pessoa, levando em consideração o momento vivenciado por elas, o estabelecimento de vínculo entre a equipe e o usuário e a autonomia dos sujeitos, na perspectiva de ressignificar seus modos de viver e de reconstruir os sentidos de sua vida para obter saúde (CECILIO, 2001).

O acolhimento, como estratégia a ser utilizada pelos profissionais da equipe de saúde da família, pode contribuir para modificar o modelo de atenção centrado na doença e que ainda é uma constante nos serviços. É necessário ampliar o olhar da equipe para o cuidado integral e a continuidade da assistência, expandindo o foco do indivíduo para a família e a comunidade, porquanto os problemas de saúde bucal ultrapassam o agente etiológico e abrangem os determinantes sociais em saúde. O acolhimento em saúde bucal é uma ferramenta que pode ser empregada para facilitar o acesso dos usuários, através de uma postura atenta aos cuidados de cada indivíduo, o que favorece o vínculo e a responsabilização com a utilização de tecnologias leves, por meio das quais se pode ampliar o olhar dos profissionais para

a organização dos processos de trabalho em equipe e para o funcionamento dos serviços de saúde na atenção básica (MATTOS, 2012).

Através da humanização das práticas de gestão e de cuidado e das práticas pedagógicas, a Política Nacional de Humanização - PNH - sugere a inclusão dos diferentes sujeitos e o reconhecimento de suas singularidades desde o planejamento, a execução e a avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador dessa área (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Humanização está pautada no protagonismo dos sujeitos, na autonomia e na corresponsabilidade de seus atores para a construção coletiva do processo de produção da saúde, através das mudanças de atitudes, visando melhorar a qualidade das ações e dos serviços. A importância de articular as redes de apoio e a participação efetiva dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores de saúde com o compromisso ético-político e social fica evidenciada. Seus princípios metodológicos são: a transversalidade, entendida como o aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos; a inseparabilidade entre atenção e gestão; e o protagonismo dos sujeitos individuais e coletivos (PASCHE; PASSOS; BARROS, 2009).

Para que o cuidado esteja implantado nas práticas de saúde, os serviços devem realizar ações voltadas para o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos, as necessidades de saúde, a resolubilidade, o compromisso social e econômico, as políticas públicas, enfim, a integralidade. Essas são ações que podem ser realizadas através das relações de interação entre os sujeitos com a utilização de tecnologias leves (FERRI, 2007). Nesse contexto, é preciso entender a saúde bucal de forma multidimensional e que seus problemas estão contextualizados nas políticas de saúde, por isso ela não deve ser reduzida à boca ou às suas enfermidades, porquanto o acesso aos serviços de saúde bucal envolve os fatores biopsicossociais no processo de restabelecimento da saúde do indivíduo (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

Em se tratando de acesso, devemos compreender seu emprego com respaldo da literatura devido à complexidade de sua conceituação. Travassos e Martins (2004) referem que seu termo é utilizado de forma diversa entre os autores, o acesso é empregado quando se refere à entrada principal, e o termo acessibilidade relacionado à oferta de serviços de saúde pode ser restrito à acessibilidade geográfica.

Apesar de sua importância, a garantia do acesso continua sendo negligenciada pelos profissionais em seu processo de trabalho. Tal constatação, que vivenciamos em nossa experiência na Estratégia de Saúde da Família desde 2001, fomentou o desejo de realizar esta pesquisa, com o objetivo de responder também a uma inquietação permanente, ao observar, ao longo de nossa vida profissional, as inúmeras dificuldades sofridas por usuários do SUS na busca de assistência à saúde bucal. Há evidência constante de longas filas e de o cuidado ser interrompido por causa do despreparo da equipe de saúde bucal para prestar uma atenção voltada para as necessidades dos sujeitos, o que ocasiona problemas relacionados à própria condição de saúde e à realização de procedimentos mutilatórios por não obter a atenção e os cuidados de maneira integralizada. A oportunidade de cursar um mestrado profissional em saúde da família produziu efeito de estímulo pessoal para desenvolver uma pesquisa de natureza participativa e interventiva com uma equipe de saúde da família, visando descobrir estratégias para mudar essa situação predominante nos serviços de saúde bucal.

Considerando seu caráter participativo e interventivo, o estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família, com o propósito de estimular os profissionais a refletirem sobre o acesso à saúde bucal e seus modos de produzir o cuidado, direcionando-os às necessidades da comunidade assistida, através do uso das tecnologias leves e dos instrumentos verificadores de riscos e situações de vulnerabilidade. Nessa perspectiva, com base nas pesquisas bibliográficas, procuramos dialogar com os conhecimentos da equipe a respeito das ferramentas tecnológicas disponíveis e compor estratégias de intervenção que possibilitem melhorar o acesso e qualificar as práticas realizadas na USF.

O estudo teve objetivo geral analisar o acesso às ações de saúde bucal na atenção básica e compor estratégias de intervenção na perspectiva de sua melhoria. Para tanto, elencamos os seguintes objetivos específicos:

a) Analisar as percepções dos profissionais da equipe de saúde da família sobre o acesso à atenção à saúde bucal;

b) Dialogar com a equipe sobre conhecimentos e experiências de acesso às ações de saúde bucal na atenção básica;

c) Definir e compor estratégias de intervenção que possibilitem melhorar o acesso à saúde bucal na atenção básica.

No que diz respeito à estrutura, esta dissertação se constitui de cinco capítulos, incluindo esta introdução e as considerações finais. No primeiro, apresentamos uma breve contextualização histórica do processo organizativo relacionado à atenção básica, para facilitar a compreensão do momento em que se encontra a equipe de saúde da família analisada através do estudo, e alguns conceitos relacionados à organização dos serviços de saúde no SUS e ao acesso à atenção em saúde bucal, relatando as estratégias e os instrumentos que podem ser utilizados no processo de trabalho dos profissionais que atuam na saúde da família e as práticas de saúde bucal que produzem o cuidado em saúde; no segundo, trazemos a trajetória metodológica da pesquisa, os caminhos percorridos através da produção de encontros, os registros e a análise compartilhada com os participantes do estudo; no terceiro, destacamos os sentidos de acesso à saúde, colhidos das percepções dos profissionais a respeito do acesso aos serviços de saúde, à saúde bucal, suas dificuldades e qualificações, dialogando com referenciais teóricos relativos à temática; no quarto capítulo, descrevemos a construção coletiva de saberes que culminaram com a composição de estratégias para melhorar o acesso à saúde bucal. Dentre as propostas, foi sugerida a implantação do acolhimento com classificação de risco, e para consolidá-la, foi necessário ampliar os conhecimentos a respeito da temática e fazer oficinas com essa finalidade. Na sequência, os encontros reflexivos contribuíram para proporcionar a troca de ideias, com o intuito de firmar as estratégias propostas pelos participantes da pesquisa; nas considerações finais, ressaltamos os desafios e as potencialidades apontados no percurso da pesquisa, e concluímos que os caminhos metodológicos e a produção do conhecimento são infinitos.

Esperamos que os resultados desta pesquisa contribuam e sejam inspiradores para mudanças nas formas de produzir ações de saúde, por meio da construção coletiva de ferramentas que proporcionem o acesso ampliado e o cuidado integral, na perspectiva de beneficiar a saúde da população.

2 ALGUMAS REFERÊNCIAS CONCEITUAIS NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: COMPONDO A TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

Neste capítulo, apresentamos uma breve retrospectiva histórica do processo organizativo da atenção à saúde bucal, para facilitar o entendimento de sua incorporação tardia na Estratégia de Saúde da Família, suas repercussões no acesso e os desafios para promover o cuidado integral.

2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO PROCESSO ORGANIZATIVO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

Durante anos, os brasileiros sofreram com dificuldades de ter acesso aos serviços de saúde bucal por não existir uma política pública bem definida para o setor, razão por que sua assistência era baseada em procedimentos clínicos, predominantemente mutiladores, com foco na cárie dentária. Para modificar esse quadro e responder à situação epidemiológica, na perspectiva de integralizar o cuidado, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Programa Brasil Sorridente.

Apresentaremos, de forma sucinta, o processo histórico organizativo dos serviços de saúde, com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade preconizados pelo SUS. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Saúde da Família (PSF), como uma das estratégias para reorganizar a atenção à saúde na atenção primária, e propôs um novo modelo assistencial que busca uma visão mais integral do sujeito e ações que envolvam a comunidade onde ele se encontra, baseada em critérios de vigilância à saúde, segundo a lógica da epidemiologia social. Assim, conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis é condição essencial, partindo-se de uma nova forma de se pensar o processo saúde-doença e o processo de trabalho em saúde, com o intuito de compreender o ser humano não só em sua dimensão biológica, mas também nas psicológicas, com ênfase em suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, na perspectiva de se apropriar dos problemas de saúde e das situações de risco mais comuns e de identificar as pessoas e as

famílias em situação de risco e vulnerabilidade. Essas atribuições são comuns a todos os profissionais (BRASIL, 1998).

A consolidação do PSF como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), baseada na família e com foco no processo saúde/doença, fez com que o Ministério da Saúde, em 2006, rompesse com o conceito de programa, que estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, e passasse a utilizar a denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF), com base no conhecimento aprimorado em relação à abordagem familiar, ao trabalho em equipe multiprofissional e à assistência humanizada, que é permanente e contínua. A ESF foi implantada juntamente com o pacto em Saúde, que se divide em três componentes centrais: pacto pela vida, em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de gestão, buscando consolidar o SUS e fortalecer a Atenção Básica (AB) com foco em ações de promoção à saúde (DALPIAZ e STEDILE, 2011).

Nessa perspectiva, as equipes da estratégia destinam-se ao cuidado integral dispensado às pessoas com intervenção nos fatores de risco, que favorece o desenvolvimento de ações intersetoriais e promove a participação da comunidade, com o objetivo de humanizar as práticas de saúde (BRASIL, 1998).

Notadamente, o cirurgião-dentista foi inserido nessa proposta e foram criadas as equipes de saúde bucal (ESB) no ano de 2000, com o intuito de reorganizar e melhorar a situação de saúde bucal da população e, em 2001, de acordo com a Portaria n° 267, que dispõe sobre normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal no PSF, as ações de saúde bucal devem expressar, como características operacionais, entre outras: o caráter substitutivo das práticas tradicionais, a definição da família como centro da abordagem da equipe e a humanização do atendimento (BRASIL, 2001).

Em 2003, o Ministério da Saúde, com vistas a integralizar e a melhorar a assistência à saúde bucal, lançou a Portaria nº 673/GM e passou a financiar as equipes de saúde bucal na proporção de 1:1 em relação às equipes de saúde da família, com cobertura em torno de 3.450 pessoas. Até então, era uma média de 6.900 pessoas, o que ocasionou uma limitação do processo de trabalho desses profissionais (CARNUT, 2012).

Os últimos dados publicados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) registraram, até o mês de março de 2016, um total de 40.155 ESF implantadas em 5.456 municípios brasileiros, enquanto 24.462 ESB foram implantadas em 4.997

municípios brasileiros. Esses dados mostraram um crescimento desproporcional da cobertura em saúde bucal quando comparado com a ESF (BRASIL, 2016).

Em meados de 2004, foi lançada pelo MS a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) para organizar a atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, com base na I e na II Conferências Nacionais de Saúde Bucal, com diretrizes que propiciaram a reorientação das concepções e das práticas de saúde bucal, como também mudanças no processo de trabalho, com a ampliação do acesso na perspectiva da integralidade, objetivando oferecer um cuidado com a valorização dos saberes e dos atos dos usuários e profissionais, responsabilizando a todos pela construção e pelo planejamento das ações (BRASIL, 2004).

O Programa Brasil Sorridente - designação nominal da PNSB - significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, porquanto reorganizou a atenção básica com a implantação das ESB e ampliou a atenção especializada, qualificando a assistência que, antes, era caracterizada por ações de baixa densidade tecnológica, com práticas curativas e mutiladoras.

Segundo Pucca Jr. (2006), o Brasil Sorridente surgiu como forma de implantar e consolidar a primeira PNSB, com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, a fim de melhorar a qualidade de vida da população. Suas diretrizes norteiam a reorganização das práticas e a qualificação das ações e dos serviços, com ampliação do acesso e o desenvolvimento de atividades intersetoriais voltadas para o cuidado, que possibilitam a reorientação do modelo vigente, a humanização do processo de trabalho e a corresponsabilização dos atores envolvidos na estratégia de saúde da família – ESF.

Quando falamos de atores envolvidos na ESF, reportamo-nos aos usuários assistidos pela equipe, aos profissionais que atuam prestando assistência à saúde da comunidade e ao gestor responsável por seu funcionamento. Segundo o Ministério da Saúde, a equipe deve ser composta de, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família, uma enfermeira generalista ou especialista em saúde da família, um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, uma técnica de Enfermagem, um auxiliar de saúde bucal e os agentes comunitários de saúde (ACS). A quantidade de agentes comunitários de saúde pode ser variável de acordo com a cobertura da área assistida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), e sua cobertura de 100% da população foi cadastrada

com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 agentes comunitários de saúde por equipe de saúde da família (BRASIL, 2001).

O trabalho dos ACS começou com o processo de consolidação da descentralização dos recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1997. Desde então, suas ações se fortalecem e estão presentes na ESF, atendendo entre 400 e 750 pessoas de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2001).

Os ACS desenvolvem atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, com a supervisão e a orientação de um responsável, que pode ser representado pelo profissional da Enfermagem. Por meio de suas funções, como por exemplo, o cadastramento familiar, reúne informações a respeito do indivíduo e da família em relação às condições de saúde, socioeconômicas e de qualidade de vida, para planejar e direcionar as condutas da equipe de saúde e resolver os problemas vinculados à família acompanhada (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, podemos perceber a importância de todos os profissionais e seu envolvimento no processo de trabalho relacionado à atenção à saúde das pessoas. Diante desse fato, a nova PNAB instituiu a revisão das normas e das diretrizes para organizar a Atenção Básica, a Equipe de Saúde da Família e o agente comunitário de saúde, com o intuito de fortalecer a Atenção Primária e ampliar suas ações, através de medidas que estabeleceram a flexibilização da carga horária médica, a incorporação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), das equipes de Saúde da Família ribeirinhas e das unidades de saúde fluviais, com a presença de profissionais de saúde bucal das ESF nas equipes de agente comunitários de saúde, e a regulamentação dos consultórios de Rua e o Programa Saúde na Escola (PSE). A principal inovação conceitual apresentada foi o reconhecimento da APS como articuladora dos serviços de saúde através das redes de atenção à saúde (FONTENELLE, 2012).

Ressalte-se, contudo, que as práticas voltadas para o cuidado integral estão diretamente relacionadas à melhoria da atenção à saúde da comunidade. Assim, o MS, em 2011, através da Portaria nº 1.654, criou o PMAQ-AB, com o intuito de implantar mudanças no processo de trabalho, com impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulado a uma avaliação e a uma certificação que vinculam repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação

e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa. Nos resultados, podemos perceber uma melhoria em relação ao acesso e à utilização de ferramentas de acolhimento com avaliação de risco/vulnerabilidade, no entanto, apenas 38% das equipes utilizam protocolos clínicos para essa avaliação (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

2.2 ESTRATÉGIAS PARA PRODUZIR CUIDADO INTEGRAL E PARA QUALIFICAR ATENÇÃO À SAÚDE

Santos et al. (2007) referem que, para conseguir melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada aos usuários, devemos construir uma nova prática com o uso de dispositivos como o acolhimento e o vínculo, para humanizar o atendimento. Para Souza (2011), a humanização da relação profissional-paciente deve ser baseada em princípios éticos, considerando-se a existência diversificada, contraditória e múltipla do ser humano.

De acordo com Santos et al. (2007), o acolhimento é uma ferramenta que compreende ações comunicacionais, por intermédio da escuta profissional, com respostas e encaminhamentos adequados à necessidade da demanda desde o primeiro atendimento até a alta ou a resolubilidade de seus problemas. É um dispositivo que visa transformar os espaços de intervenção das práticas através da inserção de novas formas de fazer saúde (SANTOS ET AL, 2007).

Lopes et al. (2015) concluem que essa ferramenta possibilita a reflexão e a transformação de atitudes, pois traz à tona questionamentos clínicos e relacionais no processo de trabalho e promove a humanização do atendimento e a qualidade da assistência em saúde. É fundamental discutir sobre os diversos tipos de sentimentos que poderão surgir nas relações entre os profissionais e os usuários através de uma compreensão mútua, a fim de favorecer o vínculo de cuidado.

O acolhimento prima por mudança de relação profissional/usuário com ações baseadas em aspectos técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Dessa forma, busca superar aspectos tradicionais das ações que têm foco na doença ou no problema pontual, descomprometidas com os processos de responsabilização e produção de vínculo, que desconsideram o sujeito e suas necessidades, o que resulta em alta demanda, com o acesso comumente trabalhado a partir das filas por

ordem de chegada, sem avaliar o potencial de risco e agravo, restringindo o atendimento, que é espelhado no modelo médico-hospitalocêntrico (BRASIL, 2004).

A introdução do acolhimento com classificação de risco com base na Política Nacional de Humanização conduz a mudanças nos processos de trabalho com vistas a possibilitar a criação de vínculos com respostas satisfatórias para suas demandas e amplia a visão do usuário para reconhecer os problemas existentes na comunidade e sua corresponsabilização. Tal perspectiva, relatada por Scholze (2014), está ligada à reflexão permanente das práticas de saúde utilizadas na atenção básica pelos profissionais. Essa ferramenta pode ser remodelada e adaptada à realidade local de cada unidade de saúde, pois a esse processo se integra o acolhimento apoiado nas relações de responsabilização intrínseca da equipe e dela com os usuários para proporcionar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a qualidade da atenção prestada.

De acordo com Vasconcelos, Vasconcelos, E. e Duarte (2011), o acolhimento em saúde bucal é um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos os que procuram o serviço, seja por demanda programada ou espontânea, por meio de uma escuta qualificada, com respostas e encaminhamentos para prover as necessidades dos sujeitos. Os profissionais devem prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, que possibilite a continuidade da assistência e estabeleça articulações entre os serviços para garantir a eficácia da assistência.

Segundo Merhy (2002), o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato e não deve ser totalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado. O processo de trabalho em saúde se baseia em tecnologias relacionais, na junção entre as subjetividades presentes nos modos de produzir trabalho. Para isso, são necessários modos de agir reinventados, em meio à imprevisibilidade do encontro entre esses atores, e o usuário deve ser o centro dessa relação, por meio da qual se construam vínculos através das tecnologias em saúde conforme as necessidades individuais e coletivas.

Pinheiro e Oliveira (2011) comentam que o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras é uma constante nas atividades do profissional. A tecnologia dura corresponde ao aparato tecnológico; a leve-dura, ao conjunto de saberes estruturados e organizados, e as tecnologias leves estão ligadas aos dispositivos relacionais em um contexto subjetivo. Esta última é fundamental para o desenvolvimento de um trabalho mais próximo do usuário e do seu contexto familiar,

já que pode mediar o planejamento e os atos em saúde com o estabelecimento do vínculo e a humanização das práticas.

2.3 REVISITANDO PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL PARA PRODUZIR CUIDADO

Santos et al. (2007) descrevem as dificuldades enfrentadas pela comunidade para garantir o acesso aos serviços de saúde bucal e a baixa resolubilidade no atendimento das necessidades demandadas. Para isso, é necessário repensar o processo de trabalho da equipe para superar as práticas centradas na queixa ou na doença e modificar suas ações, voltando-as para o indivíduo de forma integralizada.

Esses autores sugerem o uso de instrumentos como o acolhimento, a partir da formulação de estratégias de organização local. Essas ferramentas podem ser construídas de forma conjunta com o estabelecimento de critérios de atendimento na unidade de saúde da família pelos profissionais em suas atividades, tendo como consequência a responsabilização compartilhada dos atores e o controle social, objetivando a integralidade e a qualidade dos serviços ofertados. Para tanto, precisamos, inicialmente, compreender que a boca é um território que estabelece relações amplas e complexas, onde se produzem as propriedades de manducação, erotismo e linguagem. Nesse contexto, bucalidade é um conceito desenvolvido por Carlos Botazzo para designar os aspectos culturais e psíquicos da boca humana (BOTAZZO, 2006).

Werneck (2006) reconhece a bucalidade como uma expressão de diversas vivências, ao longo da existência de cada um, e suas formas cotidianas de viver, através da qual podemos encontrar um caminho novo, partindo da compreensão de nós mesmos, respeitando e entendendo o que está dizendo a boca do outro, como expressão da bucalidade/subjetividade. A bucalidade pode surgir como relação e como possibilidade de aproximação mais consciente dos significados da Saúde Coletiva, considerando os saberes dos sujeitos, suas necessidades e desejos para um cuidado integral.

O conceito de bucalidade é discutido na perspectiva de crítica à clínica odontológica hegemônica centrada na técnica e na doença, que restringiu historicamente o seu objeto à dentadura humana e afastou dela a boca e seu próprio dono. A bucalidade é um conceito-ferramenta devido ao seu potencial de ampliar as

concepções sobre o adoecer bucal e de rejuntar saberes da Clínica com os da Saúde Bucal Coletiva, levando em consideração as potencialidades desse território corporal como lugar de afirmação da vida com múltiplos significados (SOUZA, 2006).

De acordo com Campos e Amaral (2007), é necessário repensar o processo de trabalho baseado em metodologias de padronização, como os fluxogramas, as normas, os protocolos genéricos, entre outros, que não são capazes de dar conta da variedade de casos inerentes ao processo saúde/doença. As condutas clínicas devem ser guiadas por meio de uma Clínica Ampliada e compartilhada, onde o 'objeto de trabalho' deve ser ampliado para além dos agravos ou das doenças, considerando as situações de risco e de vulnerabilidade em suas singularidades, que incitam a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos.

A Clínica Ampliada foi incorporada como diretriz na PNH para se refletir sobre o cuidado com o usuário do SUS e promover a interação e o vínculo do profissional com a comunidade e a equipe multidisciplinar de saúde, de forma a obter o cuidado integral e humanizado (HAYACIBARA et al., 2012).

A concepção dessa clínica abrange eixos fundamentais da compreensão ampliada do processo saúde-doença, considerando que são vários os seus determinantes, e devido a sua complexidade, é necessária uma construção compartilhada de diagnósticos e de terapêuticas, com a ampliação do 'objeto de trabalho', visualizar o indivíduo como um todo, transformar os 'meios' ou 'instrumentos' de trabalho e melhorar os arranjos e os dispositivos de gestão que prestigiem a comunicação transversal com apoio profissional para o enfrentamento dos problemas de maneira compartilhada (BRASIL, 2009).

A Clínica Ampliada em Saúde Bucal nos direciona a percebermos que a boca não é isolada do corpo e que devemos incorporar saberes específicos do adoecer bucal, juntamente com os saberes relacionados à clínica médica. Devemos ampliar a noção do corpo biológico para além do arranjo funcional dos órgãos, das células e das moléculas. Nesse sentido, o corpo biológico é vivo, e essa vida se relaciona com outras vidas, num processo dinâmico, por isso é necessário ampliar a clínica no sentido inter e transdisciplinar, com o diálogo entre os diversos saberes científicos e entre eles e os da tradição. A escuta qualificada do sujeito doente e o diálogo são condições técnicas e ético-políticas essenciais que proporcionam uma relação cooperativa e participativa na condução das práticas e mantêm a qualidade da assistência integral com responsabilidade entre seus atores (SOUZA, 2006).

A saúde trabalhada de forma fragmentada, em que a saúde coletiva é separada da clínica, é geradora de especialistas, intelectuais e consultores que se impõem sobre os profissionais, o que resulta na expropriação dos demais saberes e na anulação das realidades locais, sem compreender a singularidade dos sujeitos, sua vivência subjetiva e suas conexões de sentido local. São necessários o olhar, a escuta e o assessoramento, para se compreender a especificidade da gênese de cada problema. Para isso, é imprescindível o envolvimento dos atores, levando em consideração suas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema que cada profissional opera e em que, diante de uma problemática, é preciso que haja intervenções articuladas (CECCIM, 2005).

Souza (2011) reafirma a importância da escuta profissional, considerando os aspectos subjetivos na construção do cuidado, pois as intervenções em saúde ultrapassam os limites tecnológicos da ciência, portanto é necessário transversalizar saberes e práticas com o objetivo de priorizar a vida humana.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta clínica e organizacional por meio da qual se buscam propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, produto da discussão conjunta de uma equipe interdisciplinar, o qual pode ter apoio matricial. Tanto a Clínica Ampliada quanto o PTS são estratégias que podem ser utilizadas pela equipe para propor condutas terapêuticas baseadas na escuta qualificada, através de uma anamnese ampliada, para que os profissionais possam reconhecer as singularidades dos sujeitos e os limites das classificações diagnósticas. Nesse contexto, fica evidente que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas e que é preciso estimular o protagonismo do sujeito e sua autonomia para promover saúde (BRASIL, 2007).

Silva et al. (2013) enfatizam que o PTS pode ser uma ferramenta usada por profissionais da ESF visando à integralidade de suas ações com a ampliação do olhar para as necessidades das pessoas em seu contexto social por meio da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade. A troca de saberes entre os envolvidos é uma atividade essencial no cuidado em saúde, porquanto possibilita a autonomia dos sujeitos e os torna ativos na construção do processo de saúde.

2.4 ACESSO À SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL A PARTIR DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Para Ferreira (2010), acesso significa ingresso, passagem, comunicação; trato, ato ou efeito de acessar. Entretanto, quando o acesso está relacionado à saúde, Ramos e Lima (2003) concordam que essa definição é ampliada e diz respeito às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação.

Penchansky e Thomas (1981) definem o acesso como um conjunto de áreas ou dimensões específicas do ajuste entre usuários e serviços de saúde. Essas áreas são definidas como:

- Disponibilidade, que diz respeito ao volume, ao tipo de serviços e aos recursos existentes, como também ao volume (demanda) e ao tipo de necessidade dos usuários dos serviços de saúde;

- Acessibilidade, que representa a relação entre a localização de recursos (oferta) e de usuários, considerando transporte, tempo de viagem, distância e custos;

- Acomodação/adequação funcional, que envolve a maneira como os serviços estão organizados para aceitar os usuários (incluindo agendamento, horário de funcionamento, serviços telefônicos) e a capacidade de acomodar esses usuários em relação à organização dos serviços e à percepção deles sobre essas condições;

- Capacidade financeira, entendida como a relação entre os preços dos serviços e dos mantenedores, a capacidade de pagar e a existência de seguros de saúde;

- Aceitabilidade, que mede a relação das atitudes dos usuários sobre as práticas dos profissionais do serviço, bem como as atitudes desses prestadores sobre seus clientes.

Giovanella e Fleury (1996) compreendem a acessibilidade como a disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo e as características dos recursos que facilitam ou dificultam seu uso por parte dos usuários. A complexidade e a amplitude da temática fizeram com que as autoras relacionassem quatro modelos teóricos descritos a seguir:

- Modelo economicista, um modelo de estudo da relação entre a oferta e a demanda, que envolve o conhecimento dos consumidores sobre a oferta e o acesso aos bens e aos serviços de saúde;

- Modelo sanitarista-planificador, que relaciona o acesso à possibilidade de consumir garantida pela distribuição planejada de recursos da rede de serviços, que deverá ser regionalizada e hierarquizada com processos administrativos eficazes, através de informações adequadas e de sistemas de referência e de contrarreferência. Nesse modelo, o acesso é decorrente da ação planejadora do Estado, partindo-se da localização adequada com disponibilidade e da articulação dos serviços em uma rede organizada de acordo com a demanda;
- Modelo sanitarista-politicista, que se refere à noção de consciência sanitária, através da qual a população compreende a determinação social do processo saúde/doença e os fatores que determinam a organização social das práticas nos serviços de saúde;
- Modelo das representações sociais, empregado para firmar o lugar do sujeito histórico nas representações sociais fixadas na realidade social e histórica, relacionando as representações sociais ao processo saúde-doença, de forma que o sistema se organiza para atender às necessidades do usuário.

As mesmas autoras comentam que o acesso é visto não como entrada do usuário em um sistema preexistente em dado momento da vida, mas como a construção desse sistema com sua participação cidadã e a conformação de suas práticas, que requerem sua participação na gestão e no controle.

Para Arakawa et al. (2011), a acessibilidade é mais ampla do que o acesso, pois não se refere apenas à entrada das pessoas no sistema de saúde ou à disponibilidade do serviço e do recurso em determinado tempo/espaço, mas ao ajuste entre as necessidades da população e os serviços ofertados. Com base nesses diversos conceitos e modelos, compreendemos e consideramos, neste estudo, que o acesso se dá através das relações entre os usuários e os serviços, desde sua entrada até o uso dos recursos disponíveis de acordo com suas necessidades.

Outra dimensão que podemos considerar é a comunicacional, referida por Souza (2006). A informação é um dos importantes obstáculos no processo de assistência à saúde, desde a recepção até os demais atendimentos relacionados aos profissionais de maneira que a falta de informações adequadas e coerentes prejudica a qualidade da assistência. Nessa dimensão, também está inserida a educação em saúde, tanto para os usuários quanto para os que prestam os

serviços. Isso reforça a ideia de que o acolhimento e o vínculo com as relações contribuem para o acesso comunicacional.

Quando a intervenção é feita por meio de cuidados primários, pode beneficiar a população, com o aumento da acessibilidade à saúde e a melhora da assistência com medidas preventivas e educacionais para reduzir as iniquidades sociais. A cobertura universal da saúde é uma prioridade para os estados membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), e a prestação de cuidados de saúde primários acessíveis e seguros é essencial para atender a essa importante meta da política internacional. No entanto, várias décadas depois da declaração de Alma-Ata, essa assistência à saúde (cuidados primários) continua a ser inadequada, e isso indica que a atenção básica, em muitas partes do mundo, não recebeu a prioridade que lhe é devida, por essa razão, é necessário disponibilizar um projeto de mão de obra qualificada, mais financiamentos e um sistema que garanta uma boa qualidade de vida e segurança ao paciente (RAO e PILOT, 2014).

Devemos ampliar o olhar para os cuidados primários de saúde, promovendo a equidade nos serviços prestados na atenção básica, minimizando as desigualdades através da garantia de acesso aos serviços por intermédio das mudanças no sistema de saúde. Uma das estratégias consiste em conhecer os determinantes sociais e atuar neles (RASANATHAN, 2011).

Souza e Roncalli (2007) constataram que a equipe de saúde bucal deve conhecer a realidade da comunidade adstrita, com estratégias de programação em que utilize critérios para priorizar a população mais necessidade, o que corrobora a universalidade e a equidade dos serviços prestados. De acordo com Campos (2013), ao utilizar critérios para organizar a demanda programada odontológica na unidade de saúde da família, por meio da classificação de risco, o profissional poderá conhecer bem mais o indivíduo em seu contexto familiar, planejar as atividades e priorizar as pessoas mais vulneráveis às necessidades de saúde bucal.

A classificação de risco e de vulnerabilidade social trata de avaliar o risco familiar no contexto socioeconômico e situações vivenciadas por seus membros. A avaliação do risco familiar pode ser realizada através de um instrumento em que se utiliza a análise de variáveis em uma escala que estabelece escores de 5 ou 6 (R1-risco mínimo), 7 ou 8 (R2) e maior do que 9 (R3-risco máximo) (COELHO; SAVASSI, 2004).

A ferramenta de classificação de risco odontológico desenvolvida pela SAS/MG em 2006, presente na pesquisa de Resende (2010), é baseada nas alterações bucais observadas, em que R1 se refere à presença de doenças/problemas bucais, priorizando os usuários com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles, R2 está relacionado à ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, mas com necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/reabilitador, e R3 é a observação da ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional sem que seja necessário tratamento, apenas manutenção de saúde bucal.

A classificação de risco odontológico pode ser baseada na quantidade de dentes acometidos pela doença no indivíduo, como mostra o estudo realizado em creches de Belo Horizonte/MG, em que foi usado instrumento baseado em códigos numéricos que vão de 0 a 3 para avaliar o risco odontológico, em que 0 significa a falta de cavidade em dentes permanentes e/ou temporários sem necessidade de restauração ou extração; 1 equivale à presença de até três dentes permanentes ou temporários com cavidades e necessidade de restauração ou extração; 2, à presença de três a oito dentes permanentes ou temporários com cavidades e necessidade de restauração ou extração; 3, à presença de mais de oito dentes permanentes ou temporários com cavidades e necessidade de restauração ou extração; a sinalização com asterisco (*) ocorre quando há queixa de dor aguda (DUTRA et al., 2005).

A maioria das ferramentas de classificação de risco odontológico é usada com índices que refletem uma ótica biomédica e valoriza a doença em detrimento do conceito ampliado de saúde. Carnut et al. (2011) realizaram estudo em que foi validado, inicialmente, o índice de necessidades de atenção à saúde bucal (ISNAB), partindo da hipótese de que as informações sociais disponíveis na ficha A do (Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) poderiam estimar a informação epidemiológica em uma população adstrita a uma equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. O ISNAB considera o tipo de moradia e a escolaridade materna e classifica a família como de alto, médio e baixo risco, associado a outras variáveis, como sexo, idade, acesso ao dentista nos últimos 12 meses, dor de dente nos últimos seis meses e ceo-d e CPO-D. Esse índice ajuda a indicar as famílias que necessitam de mais atenção à saúde bucal e facilita a programação da demanda

com informações obtidas por instrumentos de uso cotidiano na atenção básica. Sua validade de construto converge para o componente **c** do ceo/CPO e diverge para o acesso aos serviços de saúde bucal e componente **o** do ceo. Nesse sentido, fica evidente a inversão do cuidado em saúde, pois as crianças de famílias com melhores condições sociais (baixo risco) acessam mais os serviços odontológicos, o que contraria a lógica da equidade.

Segundo Coimbra et al. (2011), para que haja transformação no processo de trabalho, com vistas a organizar a demanda e melhorar o acesso aos serviços de saúde bucal, os saberes de todos os profissionais envolvidos devem ser valorizados com diálogo e construção de formas ou modelos que possam direcionar a atenção à saúde bucal para um atendimento equânime, levando em consideração as necessidades que eles percebem.

Vimos que ainda é incipiente a produção bibliográfica sobre o acesso e o acolhimento na atenção à saúde bucal. A partir desta pesquisa, ampliamos a busca bibliográfica sobre o tema ‘acesso e acessibilidade ao cuidado em saúde bucal’ e compartilhamos sua reflexão com profissionais de uma equipe de saúde da família, com o objetivo de elaborar estratégias para facilitar o acesso dos usuários à atenção à saúde bucal, com base nas percepções e nas trocas de saberes da equipe de saúde da família que contribuíram para a elaboração de critérios para organizar e qualificar seus processos de trabalho.

A seguir, apresentamos a trajetória metodológica trilhada nessa construção compartilhada com a equipe de uma Unidade de Saúde da Família.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este estudo adotou a abordagem qualitativa de caráter interventivo e foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família, no município de Jaboatão dos Guararapes - PE, com os profissionais de saúde.

A intervenção se deu a partir da reflexão com os profissionais de saúde envolvidos nos processos de trabalho relativos ao acesso à saúde bucal e a formulação conjunta de estratégias que visaram melhorar o acesso e a qualidade de atenção à saúde bucal, através da inserção de condutas voltadas para o acolhimento com classificação de risco, e adaptá-lo à situação vivenciada por seus integrantes.

Em relação à abordagem qualitativa, Minayo (2012) refere que esse método se propõe a conhecer e a demonstrar os complexos processos de constituição da subjetividade e a possibilitar a formação de novos conceitos durante o método de investigação, através do estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. A pesquisa-intervenção tem uma relação dinâmica entre o pesquisador e o objeto pesquisado que determina os próprios caminhos da pesquisa e é uma produção do grupo envolvido (ROCHA e AGUIAR, 2003).

Segundo Querol, Jackson Filho e Cassandre (2011), a pesquisa interventiva, além de produzir conhecimento, contribui para o desenvolvimento e a aprendizagem dos sujeitos envolvidos na redefinição e/ou melhoria da atividade em que estão inseridos, para que possam não só resolver problemas existentes como também desenvolver outros entendimentos e compreensões do objeto da atividade e suas modificações ao longo do processo aos quais estão submetidos.

De acordo com Damiani et al. (2013), a pesquisa do tipo intervenção é a que envolve o planejamento e a implementação de interferências destinadas a produzir avanços e melhorias nos processos de aprendizagem dos sujeitos que delas participam. Romagnoli (2014) afirma que, na pesquisa intervenção, não se separam o sujeito e objeto, e o pesquisador está implícito no processo de produção do conhecimento da atuação/intervenção com uma postura crítica no combate ao reducionismo e a busca da desnaturalização para transformar os campos em que estão inseridos.

Considerando seu caráter interventivo e participativo, o objetivo do estudo foi de compor estratégias para a inserção transversal de ações que contribuam para melhorar o acesso através do uso de ferramentas tecnológicas que viabilizem critérios para priorizar o atendimento, considerando as necessidades dos usuários, através de práticas desenvolvidas em uma Unidade de Saúde da Família.

Lima (2013) reforça que somos eternos aprendizes e devemos apostar na construção coletiva do saber-fazer como estratégia para transformar as práticas de cuidado em saúde, levando em consideração metodologias participativas para a produção de saberes e práticas que favoreçam a intersetorialidade, a transversalidade, o diálogo e a postura democrática e solidária.

Micussi (2013) destaca que a magnitude de uma metodologia pedagógica participativa e inclusiva é retratada através do pensamento, da construção e da aplicação de um instrumento a partir das escutas e da integração dos atores envolvidos na produção do cuidado, reforçando o protagonismo dos sujeitos, assim como suas responsabilidades e compromissos com a formação da cidadania.

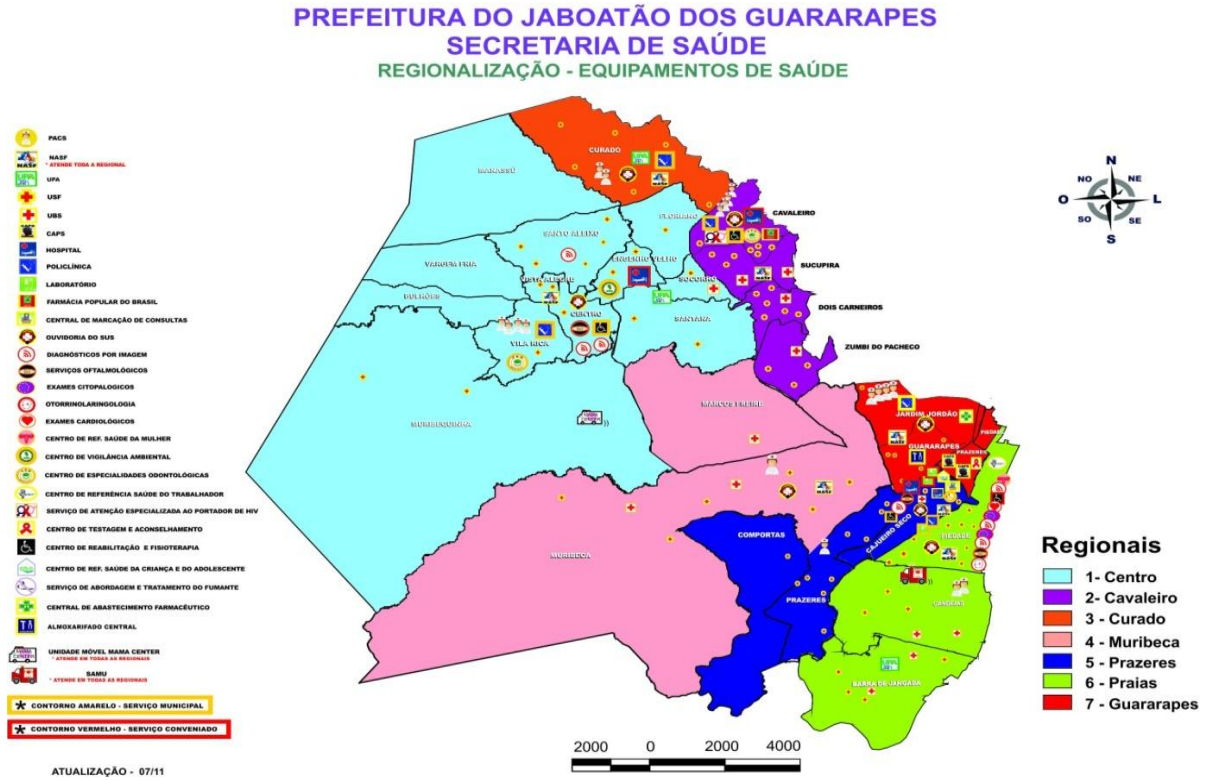
3.1 TRAÇANDO OS CAMINHOS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida com uma equipe de Unidade de Saúde da Família, num município da Região Nordeste do Brasil, durante o período de abril a junho de 2016. Apresentaremos, a seguir, uma breve caracterização do município em questão para destacar em que contexto se realizou a pesquisa.

Jaboatão dos Guararapes se situa no litoral pernambucano e foi fundado em 4 de maio de 1593, a partir do Engenho São João Batista. Tem uma extensão territorial de 256 km² e está localizado a apenas 14 km da cidade de Recife, capital do estado de Pernambuco. Limita-se, ao Norte, com a capital pernambucana e o município de São Lourenço da Mata; ao Sul, com o município Cabo de Santo Agostinho; a Leste, com o Oceano Atlântico; e a Oeste, com o município de Moreno. Faz parte da Região Metropolitana de Recife (RMR). Sua posição é estratégica por se situar entre o Porto de Suape, principal polo de desenvolvimento do estado, e a capital. Por ele perpassam as rodovias BR 101, BR 232 e a PE – 007 e conta também com infraestrutura metroviária (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2009).

Mapa 1 - Localização do município do Jaboatão dos Guararapes - 2009
Fonte: Geoprocessamento/GPLAN/SESAU- Jaboatão dos Guararapes

O município de Jaboatão dos Guararapes foi dividido territorialmente em sete regionais, com seus respectivos núcleos de saúde, considerando-se critérios demográficos, epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos. Essa divisão geográfica em Regionais de Saúde permitiu um melhor acompanhamento e avaliação das ações, orientados pelos problemas e pelas necessidades de saúde da população de acordo com o perfil de cada comunidade (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2011).



Mapa 2 - Distribuição geográfica das regionais por bairros - Jaboatão dos Guararapes - 2011
Fonte: Geoprocessamento/GPLAN/SESAU- Jaboatão dos Guararapes

A Rede Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes oferece serviços de atenção básica e especializada e tem a Estratégia de Saúde da Família como orientadora do modelo assistencial do município que, atualmente, dispõe de cem equipes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), das quais oitenta e duas ofertam serviços odontológicos, que ainda são insuficientes para a resolutividade da atenção primária. As Equipes de Saúde Bucal (ESB) estão presentes em 10 Unidades Básicas de Saúde, duas Policlínicas (Manoel Calheiros e Leopoldina Tenório) e oferece atendimento especializado referenciado em três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), além de atendimento de urgência 24h em saúde bucal no Hospital e na Policlínica Jaboatão Prazeres, através de parceria firmada, e na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Municipal Eduardo Campos (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2016).

A Unidade de Saúde escolhida, inicialmente, para desenvolver o estudo, foi a em que a pesquisadora estava inserida há cinco anos com contrato provisório, quando iniciou o projeto de pesquisa: a Unidade de Saúde da Família Buenos Ayres. No entanto, como houve concurso público para provimentos de cargos de saúde na rede municipal daquele município e novas nomeações de profissionais para as unidades de saúde família, a cirurgiã-dentista foi substituída na equipe de saúde da

família e foi necessário escolher outra unidade que atendesse ao critério de estar com todos os profissionais lotados em suas respectivas funções, uma exigência prevista para assegurar a continuidade do estudo.

A busca por uma nova unidade de saúde para o desenvolvimento da pesquisa foi longa e um tanto árdua, pois, quando os profissionais foram lotados, alguns pediram transferência por diversos motivos, e tivemos que aguardar um período satisfatório para que eles se adaptassem aos processos de trabalho da Unidade de Saúde. Nessa procura, observávamos se já pertenciam ao quadro do sistema de saúde, isto é, se já atuavam na estratégia de saúde da família do município e se havia algum vínculo com os demais integrantes da equipe e a comunidade. A coordenação e a supervisão ajudaram a selecionar algumas unidades com esse perfil e fomos a cada local para conhecer e apresentar nosso projeto. Entretanto, essa definição dependeu diretamente da aceitação dos profissionais em participar da pesquisa e, em alguns locais, eles não se interessavam em participar do estudo. Ouvimos frases como esta: “Minha agenda está lotada e não tenho tempo para mais trabalho”, que evidencia tais dificuldades. Por fim, encontramos uma unidade de saúde com trabalhadores disponíveis a nos receber e colaborar com a pesquisa. O sentimento foi de grande felicidade quando ouvimos: “Que bom fazer parte desse estudo, pois podemos melhorar nosso trabalho e ajudar a comunidade”. Dessa forma, concluímos a busca e escolhemos a Unidade de Saúde da Família Praia do Sol.

A escolha de um novo local para o desenvolvimento da pesquisa teve a anuência da Secretária de Saúde e dos demais gestores da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o conhecimento e a autorização prévia da orientadora da pesquisa para que a pesquisa fosse iniciada.

A Unidade de Saúde da Família Praia do Sol foi criada há cerca de 10 anos, pertence ao Distrito Sanitário VI do município de Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco/Brasil e está localizada em uma comunidade do Bairro de Barra de Jangada. Nesse ambiente, há cenários de pobreza, violência, baixa escolaridade, desemprego e demais situações relacionadas aos problemas sociais e econômicos existentes na comunidade. Dentre tais situações, deparamo-nos com problemas de violência e drogadição em grande proporção, “bocas de fumo” e brigas de gangs, que tornam o ambiente insalubre e propício à proliferação de doenças.

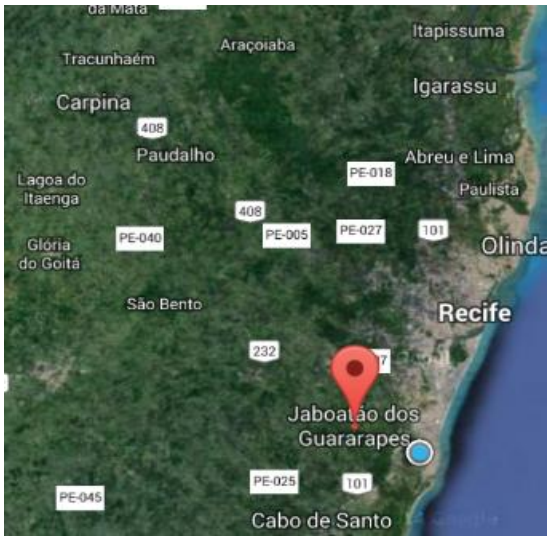


Figura 1- Jaboatão dos Guararapes
Fonte: Google maps[1]

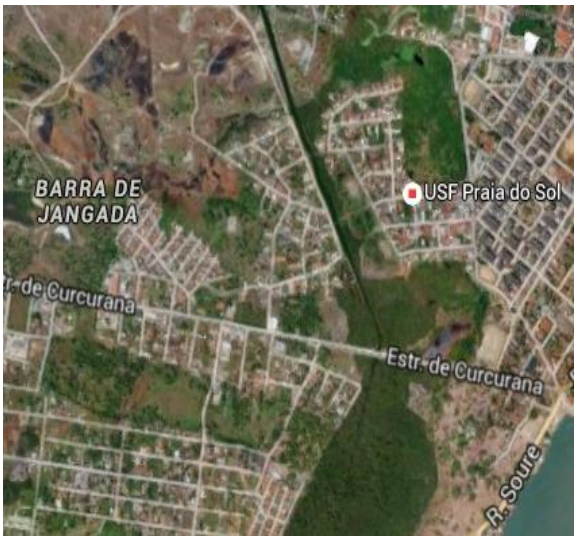
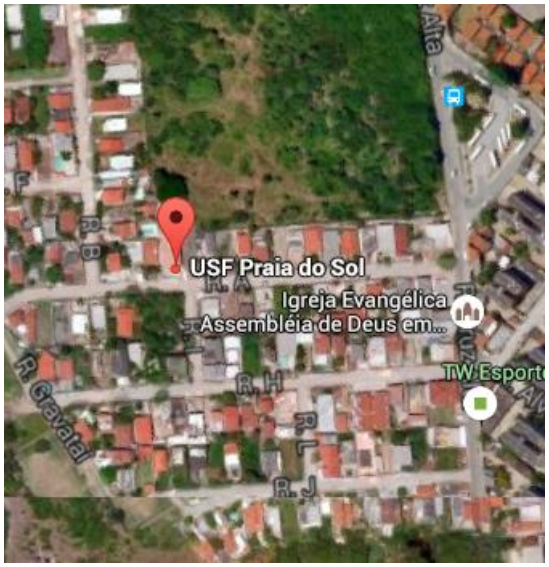


Figura 2- Barra de Jangada
Fonte: Google maps[1]



Figuras 3 e 4 - Rua A, 26 - Barra de Jangada, Jaboatão dos Guararapes – PE
Fonte: Google maps[1]

Figura 5- USF Praia do Sol
Fonte: Google maps[1]

A equipe é composta de 14 profissionais: uma médica, um enfermeiro, uma técnica de Enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal oito agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de serviços gerais, que está presente apenas em alguns dias na forma de escalas. Esses profissionais prestam assistência a uma população adstrita de 2108 famílias, que corresponde a um total de 6655 pessoas (SIAB, 2015).

A USF funciona diariamente, de segunda a sexta-feira, das 7h00 às 16h00, no entanto, por motivos de redução de custos, passou a funcionar das 7h às 14h, com atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde, o desenvolvimento de atividades e serviços de consulta médica, de enfermagem, odontológica, visitas domiciliares, imunização, planejamento familiar, distribuição de medicamentos e ações educativas voltadas para a saúde bucal nas escolas e na unidade com os grupos de hiperdia, puericultura/crianças e gestantes. Ainda está sendo planejada a formação dos grupos de adolescentes e de idosos para trabalhar melhor as questões educativas de promoção e prevenção em saúde nesses públicos.

A pesquisa de campo começou em abril de 2016, depois de ser apresentada para os integrantes da equipe participante e representantes da gestão, e durou três meses. Os integrantes da equipe foram informados sobre os objetivos e as estratégias metodológicas da pesquisa. Nossa intenção era de que todos participassem do estudo, considerando o caráter multiprofissional e interdisciplinar

[1] Imagens extraídas do google maps, mapeando as áreas do USF Praia do Sol. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/place/USF+Praia+do+Sol/@-8.2215626,-34.9358029,139m/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0x7aae6b3c0afbd03:0x3bc33a411e8ae280!8m2!3d-8.2214726!4d-34.9358093?hl=pt-BR>. Acesso em: 12 abr. 2016.

que norteia a estratégia saúde da família. Assim, participaram 11 profissionais. O critério de inclusão foi de que o profissional fosse integrante da equipe da Unidade de Saúde da Família Praia do Sol. Algumas ausências foram justificadas e previstas dentro dos critérios de exclusão relacionados à impossibilidade por motivos de força maior, como licença médica, férias e outros motivos que impediram a presença nas atividades da pesquisa.

Dentre os profissionais, participaram nove mulheres e dois homens, quatro dos quais eram ACS e cursaram o ensino médio; um, o ensino superior incompleto; e dois, em andamento. Apenas um dos profissionais tinha técnica, e três, o nível superior. Podemos perceber que a maioria dos participantes tem, em média, seis anos de tempo de serviço na USF Praia do Sol; um, com três anos de serviço, e dois, dez anos. No entanto, três têm apenas quatro meses de serviço nessa unidade de saúde.

Quadro1: Quadro esquemático dos participantes da pesquisa

Profissional	Sexo	Idade	Formação	Tempo de profissão	Tempo de serviço na USF Praia do Sol
P1	F	36	Superior incompleto	13 anos	6anos
P2	F	65	Ensino Médio	18 anos	6anos
P3	M	49	Superior Completo	19 anos	3anos
P4	F	39	Ensino Médio	10 anos	10anos
P5	M	50	Ensino Médio	17 anos	6anos
P6	F	54	Superior/ Andamento	18 anos	6anos
P7	F	41	Superior/ Andamento	20 anos	Seis anos
P8	F	57	Ensino Médio	18 anos	Dez anos
P9	F	52	Técnico	6 meses	Quatro meses
P10	F	28	Superior Completo	4anos	Quatro meses
P11	F	29	Superior Completo	4anos	Quatro meses

Fonte: Elaboração própria

3.2 TRILHAS DA PESQUISA NUMA IMPLICAÇÃO COMPARTILHADA

3.2.1 Inventando e reinventando caminhos

Delimitar o momento de traçar os caminhos da pesquisa (elaborar o projeto e preparar as condições em que será realizado) e trilhar os caminhos da investigação em campo é apenas um exercício para situar bem a apresentação formal desse percurso que, na verdade, aconteceu entre idas e vindas, partidas e retornos, como o próprio movimento da vida, que aqui ganhou o ritmo de articulação entre a educação e o trabalho.

Ainda como trabalhadora inserida na equipe de saúde da família, quando surgiram as inquietações e as angústias a respeito do direito à saúde bucal e ao desrespeito ao ser humano, a experiência de compartilhar, durante o Mestrado Profissional, o relato de algumas experiências observadas durante as atividades realizadas como tarefas de alguns módulos do curso provocou sentidos dificilmente vivenciados sem a oportunidade de fazer uma reflexão nesse encontro entre educação, ciência e a vida no trabalho.

Nas atividades realizadas na Unidade de Saúde com a equipe, observamos que as pessoas envolvidas tinham vontade de aprender e que os profissionais estavam comprometidos em fazer as tarefas a serem desenvolvidas e demonstravam certa sede do saber. Apesar de existirem algumas pessoas menos interessadas, no decorrer das tarefas desenvolvidas, elas sempre interagiam e acabavam por se envolver. Ficou evidente o prazer de participar das ações, expressando ansiedade de ver o resultado surgir na melhoria de seu trabalho para com a comunidade. E a comunidade? Também foi gratificante notar os olhos arregalados e a expressão de felicidade de alguns ao produzirem algo para eles mesmos, como na atividade para a disciplina ‘Educação em Saúde’, em que ministramos uma oficina de grafitagem com os adolescentes. Foi maravilhoso sentir e fazer parte de tudo aquilo e saber que com tão pouco podemos fazer algo para provocar mudanças positivas na realidade de alguém.

A escolha do tema desta dissertação foi movida pelo desejo de produzir algo que não se resumisse ao registro de produção acadêmica, mas que, para além disso, pudesse contribuir para mudar o próprio modo de ser feito. A identificação da

problemática esteve presente nas discussões prévias à definição da pesquisa, mas parecia algo delicado a ser enfrentado, talvez, pelo risco de se sair da zona de conforto já instalada.

Em uma das reuniões de equipe, surgiu a ideia de trabalhar com o acesso à saúde bucal, ao identificarmos tamanho sofrimento causado às pessoas em virtude de não se obterem os cuidados necessários relativos aos dentes, à boca e dela com o próprio ser e o mundo ao redor. Naquele momento, indagamos se conseguiríamos eliminar as filas, já que a demanda era maior do que a oferta. Diante de nossa resposta - que nossa intenção era de pensar em formas de melhorar o acesso e minimizar os danos causados à população - todos ficaram refletindo por instantes e se posicionaram a favor de contribuir com a pesquisa.

No decorrer das atividades diárias, em encontros com os colegas de trabalho, dialogávamos sobre como poderíamos melhorar o acesso, e um agente de saúde disse: “Doutora, o que falta é comunicação, é saber exatamente o que se quer, temos que nos informar melhor, usar a tecnologia a nosso favor”. As ideias já começavam a surgir na mente de todos antes de iniciarmos a pesquisa, ou seja, havia sido plantada a semente. No entanto, houve também indagações negativas como, por exemplo, a que a pesquisa traria mais trabalho e dificuldade para a equipe. Nessa ocasião, foi exposto o lado positivo do estudo, procurando ampliar os olhares para o processo de trabalho e para o cuidado da saúde e das necessidades do usuário. Ficou evidente que dificuldades surgiriam no caminho e teríamos que enfrentar e buscar superar os obstáculos.

O primeiro obstáculo a ser enfrentado foi a realização do Concurso Público de Jaboatão, no qual muitos profissionais que tinham contrato provisório não foram aprovados e, automaticamente, foram afastados das atividades. O que fazer? A construção coletiva em curso com a equipe, a fim de buscar respostas para uma problemática no contexto daquela Unidade de Saúde, por meio de uma pesquisa intervenção, fora interrompida para ser iniciado um novo processo de trabalho com outra equipe composta de outros profissionais, muitos deles recém-chegados ao Sistema de Saúde.

No início, a angústia foi imensa, porque pareceu que a pesquisa teria que ser completamente modificada ou inviabilizada. No entanto, só precisamos mudar o local do estudo, porquanto o problema a ser trabalhado não era uma especificidade daquela equipe, mas um problema presente no sistema de saúde e vivenciado por

outras equipes de saúde da família. A pesquisa, devido à sua abordagem qualitativa e ao seu caráter interventivo, deveria estar focada em uma experiência local, centrada nos processos de trabalho de uma equipe específica, para compreender com mais profundidade o problema e intervir nele em busca de estratégias resolutivas compartilhadas entre a pesquisadora e os trabalhadores. Certamente, nossa implicação contribuiu para, em um primeiro impacto diante da necessidade de mudar o local, parecer-lhe ser uma impossibilidade de realizar a pesquisa.

Foi necessário redirecionar o caminho traçado inicialmente no roteiro da pesquisa e considerar a nova situação no contexto local. Esse tipo de ocorrência em pesquisa de campo remete à sugestão de Souza (2003) de que o pesquisador se deixe tomar pelo imaginário do desconhecido e da travessia, ao assemelhar o campo de pesquisa às metáforas da ilha a ser habitada e da estrada do desconhecido a ser atravessada pelo pesquisador. Assim, “a cada desembarque-embarque no território do objeto pesquisado, a cada exploração e conhecimento produzidos, novos questionamentos surgirão como territórios desconhecidos e incertos, assemelhando-se à imagem da condição inacabada do homem e da natureza”.

Definida a nova Unidade de Saúde - a USF Praia do Sol - iniciamos a abordagem com a equipe, conversando com a dentista e lhe apresentamos o projeto de pesquisa e como se deu sua construção a partir de uma problemática vivenciada por outras equipes. A profissional nos recebeu muito bem e logo se interessou pelo estudo, talvez por passar pelas mesmas experiências locais e estar cursando o Mestrado em Odontologia. Em seguida, ao conversar com outros membros da equipe, ficaram evidentes o interesse pela pesquisa e o acolhimento a ela.

Consideramos a condição de a nova equipe selecionada ser composta de profissionais recém-inseridos naquela comunidade, isto é, o vínculo entre profissionais e usuários ainda estava se processando bem como sua própria grupalidade. Esse conceito se relaciona a multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, entre outros), que constitui o coletivo em transformação e compõe uma rede que produz saúde e subjetividade (BRASIL, 2004).

O enfermeiro da equipe já fazia parte da rede de atenção básica antes do concurso e foi muito gratificante reencontrá-lo nesse momento, quando ele se mostrou disponível e, ao mesmo tempo, desafiado pelo estudo. A médica foi bem

receptiva e ficou entusiasmada em participar do estudo, pois logo vislumbrou a melhoria do acesso à saúde e a qualificação do processo de trabalho da equipe. Ela tem formação em saúde pública e foi importante a boa coincidência metodológica de ter realizado seu trabalho de conclusão de residência usando a análise hermenêutica dialética, o que favoreceu sua receptividade e seu interesse pela pesquisa.

Nas visitas subsequentes, para conhecer a área e o local de estudo, tivemos contato também com os agentes de saúde e a comunidade, por quem fomos muito bem recebidos, e tivemos certa expectativa em ver os resultados. A apresentação do trabalho para toda a equipe foi agendada com a anuência de todos, na própria unidade de saúde, com o intuito de mostrar a importância da pesquisa e da participação dos profissionais. A data acordada foi dia **08 de abril**, sexta-feira, às 9h da manhã. Depois de firmado o acordo, foi providenciado o convite para os representantes da gestão, nas pessoas da secretária de Saúde, coordenadora da Estratégia de Saúde da Família e a de Saúde Bucal do município de Jaboatão/PE.

Estiveram presentes no encontro grande parte da equipe de saúde da família e a Supervisão de Saúde Bucal. Apresentamos o tema, a justificativa e os objetivos da pesquisa para o grupo, enfatizamos sua importância para o trabalho da equipe e pedimos o apoio de seus participantes para que contribuíssem com a melhoria do acesso aos cuidados em saúde bucal, por meio da construção coletiva de estratégias para qualificar a atenção para os usuários daquela área e implantá-las em outras equipes de saúde do município. Na ocasião, procedemos à leitura e à discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitamos a assinatura dos participantes cientes dos procedimentos a serem realizados. Foi destacada a participação voluntária e sem prejuízo dos integrantes.

3.2.2 Produção de encontros, registro e análise

O percurso metodológico continuou através de vários momentos de encontros, inter-relacionados em um constante movimento de reflexão-ação-reflexão. Para operacionalizá-lo, recorremos a diferentes procedimentos: revisão bibliográfica, observação direta, círculo hermenêutico-dialético, oficinas e encontros

reflexivos, com o intuito de traçar, de forma compartilhada, estratégias para qualificar acesso à saúde.

O instrumento de registro de dados usado neste estudo foi o diário de pesquisa, onde foram registradas nossas impressões, desde o processo de construção da pesquisa, até as fragilidades e as potencialidades acerca das atividades desenvolvidas em seu decorrer. Por meio do DP, o pesquisador pode conhecer a vivência cotidiana de campo e fazer a restituição da pesquisa. É um instrumento que pode auxiliar na produção de um pesquisador implicado, cujo projeto político inclui transformar a si e a seu lugar social, a partir de estratégias de coletivização das experiências e das análises (LOURAU, 1993).

O DP é uma tecnologia utilizada não só para registrar as estratégias metodológicas e pedagógicas empregadas na condução do processo de pesquisa em saúde, mas também para compreender o objeto de estudo em suas múltiplas dimensões. Através dessa ferramenta, os pesquisadores podem descrever suas experiências na investigação e propiciar a aprendizagem com a valorização dos saberes e das trocas entre si e o pensamento crítico (ARAÚJO et al., 2013).

O relato e a interpretação dos dados produzidos durante as fases da pesquisa foram realizados processualmente, em conjunto com os participantes, com base em uma postura interpretativa dialética, utilizando-se os conhecimentos e as vivências compartilhadas. Para Alencar et al. (2012), a análise da pesquisa pode ser feita através da hermenêutica dialética, seguindo uma trajetória metodológica de ordenação dos dados, classificação e análise final, que se traduzem em etapas intercomplementares e dinâmicas. Os dados ordenados estabelecem uma identificação do material empírico coletado pela transcrição das entrevistas, visualizando os núcleos dos sentidos para, posteriormente, classificá-los. Isso requer uma leitura horizontal exaustiva dos textos e a elaboração de categorias empíricas, bem como leitura transversal de cada subconjunto, por meio de variáveis empíricas ou teóricas pré-elaboradas pelo pesquisador. A análise final foi realizada empregando-se a síntese do movimento circular, constituída pela triangulação do material empírico e do referencial teórico, e a interseção de diferentes olhares e vivências que possibilitam a verificação e a validação da pesquisa, o que ocasiona a construção coletiva de propostas que podem transformar a prática dos diferentes sujeitos da pesquisa.

Minayo (2012) reconhece os fenômenos sociais como resultados da atividade criadora imediata e institucionalizada. Essa metodologia coloca a fala inserida no contexto e compreende-a a partir do seu interior como também no campo da especificidade histórica e totalizante, o que contribui para a construção coletiva de propostas para transformar a realidade.

> O círculo hermenêutico-dialético é uma prática dialética interpretativa que reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada. Portanto, torna como centro da análise a prática social, a ação humana e a considera como resultado de condições anteriores, exteriores mas também como práxis. Isto é, o ato humano que atravessa o meio social conserva as determinações, mas também transforma o mundo sobre as condições dadas (MINAYO, 1996, p.232).

O desenvolvimento desta pesquisa cumpriu as orientações éticas vigentes da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do projeto, sua justificativa, os métodos utilizados, seus riscos e benefícios (CNS, 466/2012).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, conforme o Parecer nº: 1.433.238/ CAAE nº 51416615.8.0000.5292. Os resultados da pesquisa serão divulgados em reunião com os profissionais e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão. A partir desse relatório de pesquisa, pretendemos produzir artigos e textos para serem publicados e apresentados em eventos acadêmicos.

3.2.3 O Círculo Hermenêutico Dialético (CHD)

Depois de apresentar a proposta de pesquisa e de acordo com sua realização, o encontro seguinte foi agendado para o dia 22 de abril. Estiveram presentes os profissionais: um médico, uma enfermeira, uma técnica de Enfermagem, uma cirurgiã-dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de serviços gerais e agentes comunitários de saúde.

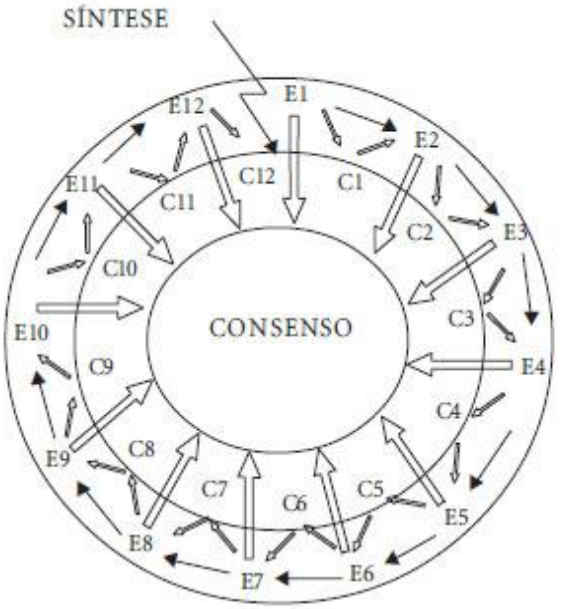
A técnica usada para esse momento foi o Círculo Hermenêutico Dialético (CHD), com o intuito de produzir reflexões acerca do processo de trabalho desenvolvido para identificar e analisar suas percepções sobre o acesso à saúde bucal. O CHD trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, considerando que essa comunicação é essencial para o ser humano e que é preciso compreender seu contexto e sua cultura. A contribuição do intérprete não se dissocia do próprio sentido do compreender e só é possível quando aquele que compreende expõe seus preconceitos (CÔRTES, 2006).

A abordagem hermenêutica busca semelhanças e diferenças entre o contexto dos autores e o do investigador, explorando definições e compartilhando saberes entre os sujeitos e o investigador a respeito dos fatos observados no contexto histórico. Essa técnica promove a compreensão e a reflexão do que se ouve, produzindo um relato das ideias em que os diferentes atores se sintam contemplados. A dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia, que visa criar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições da linguagem, valorizando a dinâmica das contradições, dentre as quais, a própria oposição entre o avaliador e o avaliado deve ser considerada. A articulação entre a hermenêutica e a dialética é fundamental na pesquisa qualitativa, porquanto valoriza as complementaridades e as divergências e leva em consideração o condicionamento histórico, a linguagem, as relações e as práticas, partindo do pressuposto de que não há observador imparcial na pesquisa. Ambas questionam o tecnicismo em favor do intersubjetivismo da compreensão e da crítica, porém, enquanto a hermenêutica dá ênfase ao consenso e ao acordo, a dialética se baseia na diferença, no contraste (MINAYO, 2010).

A técnica do CHD envolve um procedimento metodológico bastante dinâmico e interativo e permite troca constante de informações entre seus participantes, como demonstrado na Figura 1. Essa metodologia configura-se como um processo dialético, que promove constantes diálogos, críticas, análises, construções e reconstruções coletivas entre o pesquisador, os entrevistados e o apoio ou observador para estabelecer um ‘consenso’ mais próximo da realidade vivenciada a respeito da temática abordada (OLIVEIRA, 2013).

Podemos observar, na figura seguinte, que os profissionais ou entrevistados se dispõem em círculo para desenvolver a técnica e se estabelece uma síntese ou consenso a partir das ideias expostas relacionadas à temática abordada em um

processo interativo que envolve as experiências de cada participante e seus saberes.



irculo Hermenêutico Dialético
Procedimento metodológico - E = entrevistado; C = construção teórica.
Fonte: Guba e Lincoln[12]

Figura 6 - Círculo hermenêutico-dialético
Fonte: Oliveira - 2013

A metodologia interativa constituída em um processo dialético e sistêmico pode ser modificada segundo o contexto em que se trabalha. O CHD, como exemplo dessa metodologia, tem uma proposta inovadora, dinâmica e aberta, por meio da qual os pesquisadores podem fazer alguns ajustes relacionados à sua realidade (OLIVEIRA, 2013).

Nesta pesquisa, a técnica do CHD foi realizada por meio de entrevistas com roteiro de questões para estimular diálogos entre os participantes, com base em suas vivências, com o objetivo de fazer mudanças em seus processos de trabalho

com ações coletivas. Segundo Oliveira (2005), essa ferramenta descrita por Guba e Lincoln (1989) se fundamenta em um referencial pluralista-construtivista que estabelece diálogos e discussões nos grupos para se analisarem diferentes aspectos abordados e refletir sobre eles.

As questões estimuladoras para a discussão no CHD foram as seguintes:

1. O que você entende por acesso?
2. Como acontece o acesso aos cuidados de saúde bucal na USF?
3. Quais as dificuldades do acesso à saúde bucal na USF?
4. O que fazer para melhorar o acesso e qualificar a atenção à saúde bucal na USF?

Neste estudo, empregamos o modelo esquemático proposto por Guba e Lincoln (1989), Oliveira (1999), Neves (2006) e Xavier et al.(2006) com as adaptações sugeridas por Oliveira (2013). Os profissionais formaram um grupo composto pelos integrantes da unidade de saúde com a presença de onze participantes. O CHD foi vivenciado em três momentos, portanto, uma carga horária de 3 horas. No primeiro momento, todos os participantes anotaram suas observações em folha de papel que continha um roteiro (Apêndice C) com dados pessoais/ profissionais (idade, gênero, escolaridade, categoria profissional, tempo de trabalho na APS) e as questões acima mencionadas. Suas concepções iniciais foram registradas e, em seguida, foram desenvolvidas as etapas de reconstruções conceituais, a partir de uma análise prévia das respostas dos partícipes. Na adaptação da técnica, todos os profissionais vivenciaram a dinâmica do círculo hermenêutico dialético de forma espontânea e interativa.

No segundo momento, eles expuseram suas respostas de forma verbal, um de cada vez, e os demais, na sequência, analisaram as respostas e as complementaram. A partir de um diálogo sobre suas próprias experiências, cada pessoa foi elaborando sua síntese e poderia considerar as opiniões do seu colega. A dinâmica seguiu até que todos pudessem falar sobre o assunto abordado em cada questionamento solicitado. Isso possibilitou a reestruturação de suas elaborações iniciais em função das demais apresentadas.

Durante a dinâmica do CHD, uma colega nos deu apoio na condição de observadora, previamente informada e instruída a respeito do estudo a ser desenvolvido. Suas anotações foram complementares aos nossos registros e contribuíram para que nossa subjetividade também fosse analisada nesse processo.

O terceiro momento consistiu na construção coletiva dos relatos apresentados, quando fechamos o círculo e estabelecemos o “consenso/síntese" em torno das percepções dos profissionais do grupo sobre os conceitos abordados. A análise das entrevistas foi realizada, inicialmente, por intermédio das reflexões coletivas a respeito das questões levantadas durante o CHD e dos embasamentos teóricos da literatura, como também por meio da leitura exaustiva dos registros individuais dos profissionais. As percepções foram ordenadas com a constituição das unidades de sentido, com base na ideia central estabelecida, e organizadas em eixos temáticos e temas centrais (Apêndice D).

Os profissionais constataram a necessidade de ampliar seus conhecimentos embasados em referenciais teóricos para o tema ‘acolhimento’ como estratégia de promover acesso à assistência em saúde bucal. Também foi proposta a realização de oficinas para promover e fundamentar a construção de ferramentas que modifiquem o processo de trabalho da equipe, com o objetivo de qualificar a assistência em saúde.

A partir dessa etapa, houve oficinas de apresentação e demonstração do acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade social que trata da avaliação de risco familiar no contexto socioeconômico, incluindo as ferramentas de classificação de risco odontológico. As oficinas realizadas visaram ampliar o conhecimento da equipe a partir de subsídios teóricos e experiências vivenciadas, proporcionando a construção de estratégias que possam qualificar o acesso à saúde bucal.

4 SENTIDOS DE ACESSO À SAÚDE

Neste capítulo, tecemos algumas considerações sobre os sentidos expressados para definir o acesso à saúde e estabelecemos diálogo entre as definições dos profissionais e as encontradas na literatura específica. Num primeiro momento, trataremos do acesso no âmbito dos serviços de saúde, de um modo geral, e, em seguida, abordamos de forma mais específica o acesso à atenção à saúde bucal.

A partir de trechos extraídos de falas dos profissionais, durante os encontros na USF, desenvolvemos o diálogo com ideias de autores identificados na revisão de literatura.

4.1 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1.1 Acessibilidade geográfica

"Obtenção do serviço necessitado, conseguir chegar até o serviço conforme está no SUS, que a população tem total direito, é o que eles pregam, está muito bonito no SUS e tem realmente a dificuldade, principalmente na área de dentista" (P6).

Essa fala denota que o entendimento a respeito do acesso se relaciona ao acesso geográfico e ao sócio-organizacional. O acesso geográfico mencionado é diretamente relacionado à facilidade e à disponibilidade do serviço. As barreiras geográficas que dificultam o acesso, relativas aos alagamentos provocados por chuvas intensas impossibilitam os usuários de obterem o serviço, razão por que precisam se deslocar para outros locais para suprir suas necessidades de saúde.

Para Starfield (2002), a acessibilidade é o elemento estrutural necessário para se atingir o primeiro contato, e o local de atendimento é acessível e disponível para possibilitar a chegada dos usuários aos serviços quando precisam de cuidados. Donabedian (1988) conceitua o termo acessibilidade como disponibilidade do recurso em dado momento e lugar. Nesse sentido, a acessibilidade geográfica pode ser mensurada pela distância e pelo tempo de locomoção, pelo custo da viagem, dentre os demais. A acessibilidade organizacional diz respeito aos aspectos

estruturais dos serviços, como por exemplo, o funcionamento do serviço e o tempo de espera que podem facilitar ou dificultar a obtenção da assistência.

A expansão da cobertura e a descentralização da assistência preconizada pelo SUS contribuíram para melhorar o acesso à saúde em diversas localidades. O atendimento na atenção básica pode contribuir para melhora a assistência de maneira que possibilite o cuidado integral aos indivíduos. Jesus e Assis (2012) reafirmam que é indispensável facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território social e manter a integralidade dos serviços e das práticas através da referência e da contrarreferência inserida na rede de assistência para garantir a atenção em serviços de diversas densidades tecnológicas.

Em estudos realizados por Vieira (2010), constatou-se que, devido às dificuldades relacionadas ao acesso geográfico, por causa da falta de assistência à saúde perto dos limites de moradia de seus usuários, a utilização dos serviços não foi garantida, e os usuários tiveram que se deslocar para outras áreas. A assistência à saúde e sua utilização estão diretamente relacionadas à organização do serviço e aos fatores geográficos, pois a oferta deficiente ocasiona transtornos relacionados à demanda que visa solucionar suas necessidades.

4.1.2 Acesso à disponibilidade e à resolubilidade

“É dar disponibilidade ao paciente, o atendimento. Que realmente a demanda é muito grande e a oferta muito pouca” (P7).

“Acesso é direito e o compromisso de executar. O que o sistema se compromete a executar, ele não executa e nem tão cedo vai executar” (P5).

Na fala de P7, o acesso está diretamente relacionado à disponibilidade do serviço, ou seja, à garantia de seu atendimento, associada à possibilidade de o serviço contribuir para melhorar a saúde dos usuários de acordo com suas necessidades.

A disponibilidade tem relação direta com o volume e o tipo de serviço, ou seja, usuários e suas necessidades devem ser atendidos em todo o seu contexto, e o serviço deve capaz de dar respostas às demandas dos sujeitos. A rede básica deve ser fortalecida, para manter o fluxo de atendimento organizado de acordo com a demanda epidemiológica, a sanitária e a social. Para tanto, o serviço deve aumentar

sua oferta nos diversos níveis de complexidade e garantir o cuidado integral daqueles que buscam a assistência (ASSIS & JESUS, 2012).

No depoimento de P5, percebemos que ele relaciona o termo acesso ao compromisso de executar as ações nos serviços, e a resposta efetiva à necessidade em saúde é um direito ainda hoje negligenciado. Diversos usuários ainda sofrem com relevantes problemas funcionais e psicológicos ocasionados pela deficiência do serviço e sua baixa resolutividade, devido à falta do cuidado integral, com uma visão ampliada do sujeito e a continuidade de sua assistência.

No Brasil, o acesso aos serviços de saúde está ligado a sua capacidade resolutiva, ou seja, de solucionar situações relacionadas ao processo saúde/doença dos sujeitos em todos os níveis de atenção. Barbosa e Coelho (2011) relatam que o acesso à saúde para os usuários é um processo pouco resolutivo, cujas dificuldades estão associadas à falta de humanização do serviço. Pitchon (2014) afirma que o vínculo promovido pela equipe de saúde da APS possibilita que as pessoas procurem os serviços da AB e demonstra que a ESF está preparada para assistir os casos agudos de forma resolutiva e eficaz.

Estudo realizado por Bulgareli et al.(2014) demonstrou que o impacto das ações de saúde bucal na ESF tem evidente progresso, quando comparado com o modelo tradicional de UBS com foco na doença, pois o objetivo da equipe de saúde bucal, inserida na ESF, é de estabelecer um vínculo com os usuários que garanta a continuidade do cuidado e a resolutividade e muitas ações.

4.1.3 Acesso à saúde como necessidade e direito humano

“O acesso é independente de cor ou classe social. Todos tem o direito à saúde e ao atendimento. No papel está muito bom, mas na prática precisa mais de acolhimento com os pacientes e com os profissionais de saúde, pois muitas vezes os profissionais precisam e não tem acesso a nada e tem que estar mendigando, pedindo a um e a outro. Então é muito fácil chegar e dizer: vamos acolher e quando chega na prática, nos postos é zero” (P8).

“A gente tem um perfil de população carente. As pessoas adoecem por conta da forma como nós vivemos, seja a forma como nos alimentamos como nos relacionamos com o próximo, a forma como nos comportamos no dia a dia. Então quando a gente faz as coisas de forma errada a gente adoece, seja um problema de boca, seja um problema físico ou seja um problema psíquico” (P3).

“Acesso é o direito de termos em entrar em qualquer lugar. Todos tem direito ao acesso a saúde, mas infelizmente isso não acontece. Tem problemas de quantidade de fichas, problemas de horário, problema do médico não estar presente” (P2).

Nas falas acima, os sujeitos da pesquisa demonstram que entendem o acesso como um direito das pessoas de terem boa saúde.

De acordo com os pressupostos da Estratégia Saúde da Família, os profissionais de saúde devem refletir a respeito de suas práticas e valores para reestruturar o serviço, com o objetivo de promover o cuidado para os usuários, baseando-se em suas necessidades no contexto social em que a equipe está inserida. Portanto, os atores envolvidos devem ser corresponsáveis pelo reconhecimento e pela adequação da oferta às reais necessidades da população com a construção de novos saberes e a mudança das práticas voltadas para a inserção de tecnologias leves, com um diálogo constante, na perspectiva de qualificar as ações e os serviços prestados e de possibilitar uma reflexão sobre a promoção de estratégias direcionadas às ações de acolhimento como uma das alternativas de acesso do sujeito aos serviços de saúde (COELHO, JORGE & ARAÚJO, 2009).

A percepção do profissional sobre o acesso está associada às condições socioeconômicas e à compreensão do processo saúde/doença pela população. Trata-se de um processo educacional, em que há uma correlação entre a promoção do cuidado com a diminuição do adoecimento e a facilidade de se obterem os serviços de saúde.

As problemáticas relacionadas ao acesso e à equidade envolvem contextos mais amplos, que permeiam diversas áreas, envolvem ações intersetoriais e transversais, através da incorporação de políticas sociais e econômicas, com a intenção de distribuir adequadamente a renda, das condições de trabalho, do fortalecimento da cidadania, da qualidade na educação e de moradias dignas, com o apoio e a ampliação das atividades para os diversos níveis sem se limitar aos sistemas de saúde (SANCHEZ, 2012).

Em relação à dimensão econômica e social do acesso, Assis e Jesus (2012) comentam que os investimentos na rede pública, por nível de complexidade (básico, médio, e alta complexidade), e a divisão de responsabilidades por esferas

de poder (federal, estadual e municipal) devem possibilitar interações objetivas, com o intuito de identificar barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas para promover a equidade nos serviços, e estimular os usuários a participarem, de forma ativa e democrática, do processo de construção e organização da assistência. A forma como os sujeitos compreendem o processo saúde-doença, sua cultura, suas crenças e seus valores interfere, de forma subjetiva, na dinâmica do acesso à saúde, considerada uma dimensão importante para o processo de melhoria da qualidade dos serviços com a corresponsabilização dos sujeitos.

Para Sen (2010), a saúde deve ser compreendida como um direito humano inalienável. O direito universal à saúde abrange outros direitos sociais, pois a utilização dos serviços de saúde depende de articulações políticas públicas econômicas e sociais. A saúde, como um direito humano e social, ultrapassa a simples ideia de utilizar serviços, porquanto depende das condições de vida, de educação, do nível de desigualdade social, da emancipação dos sujeitos, ou seja, a saúde está diretamente relacionada às condições socioeconômicas a que as pessoas são submetidas. O Estado tem o dever de promover políticas que fomentem um serviço de saúde universal, qualificar a assistência e garantir o acesso de forma integral com o olhar para as necessidades dos sujeitos.

Deve-se trabalhar no sentido de construir uma consciência sanitária para o exercício de cidadania, para que os usuários e os profissionais adquiram o conhecimento dos aspectos que determinam e condicionam o estado de saúde, como também atuem na promoção, na prevenção e na recuperação. Assim, a integralidade será percebida como um direito a ser conquistado (RODRIGUES & ASSIS, 2005).

4.1.4 Acesso à comunicação e à informação

> “Para mim acesso é você saber chegar, se localizar a qualquer instituição, qualquer local que você necessita. A facilidade. É chegar e saber dos direitos e contar com eles. Isso para mim é acesso. É Você saber os direitos que você tem” (P4).

No relato acima, o acesso tem relação com a facilidade de obter as informações para que, por meio do conhecimento, seja possível garantir a solução de suas necessidades. Souza (2006) relaciona o acesso à dimensão comunicacional, em que o autor cita a informação como um importante obstáculo

que deve ser superado no processo de assistência à saúde, desde a recepção até o decorrer dos atendimentos, e a falta de informações adequadas e coerentes pode prejudicar a qualidade da assistência. Portanto, a educação em saúde promove o acolhimento e o vínculo entre o profissional e o usuário, na perspectiva de melhorar o acesso comunicacional.

A partir dos sentidos destacados, os profissionais concluíram que o conceito de acesso é amplo e complexo, envolve diversas dimensões socioeconômicas e compreende desde a entrada na unidade, incluindo o acesso geográfico até a resolução da necessidade do sujeito e o direito do ser humano de ter saúde. Nesse contexto, seu entendimento perpassa a oferta de serviços e demanda reprimida, assim como a disponibilidade e a capacidade do serviço de resolver os problemas de saúde. Para isso, a equipe precisa de estratégias como o acolhimento com a finalidade de facilitar e promover o acesso.

4.2 ACESSO À SAÚDE BUCAL

4.2.1 Relação do acesso à oferta e à demanda

> "O acesso à saúde bucal deixa muito a desejar apesar de ter bons profissionais, falta muito material. Tem poucas vagas disponibilizadas dentro do limite de material, fazendo com que as pessoas tenham que vir muito cedo para conseguir a vaga, ficando expostas à violência, pois o bairro é muito violento e deixa muito a desejar" (P1).

> "Acesso é o meio do qual ajuda, ou seja, facilita a marcação e atendimento médico. Tanto do dentista como do clínico. É uma coisa que facilita ter o acesso a marcação, pois nem sempre temos facilidade para isso. São poucas vagas e a demanda é grande, aí sempre fica alguém de fora, sem conseguir" (P1).

A problemática da oferta e da demanda é uma constante observada nos serviços, comprovada através de estudos realizados por Rodrigues e Assis (2005), que constataram que a oferta é insuficiente por causa de uma demanda excessiva, por isso é necessário haver uma ESB para cada ESF. A oferta de serviços acontece através de ações dirigidas a problemas específicos, a determinados grupos e programas, e isso compromete o princípio da universalidade por restringir o acesso a apenas alguns grupos mesmo que vulneráveis. A grande demanda reprimida impossibilita o profissional de saúde bucal atuar visando à integralidade do cuidado.

Por essa razão, é necessário conhecer bem a realidade da saúde de sua localidade, as condições de vida das pessoas, suas representações e concepções a respeito de sua saúde, seus hábitos e providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem e o que fazem para evitar as enfermidades.

A persistência por ações assistencialistas que visam a procedimentos é uma realidade constante em nossos serviços. Esse fato ganha proporções cada vez maiores, por causa da elevada demanda reprimida, e a oferta fica prejudicada devido à falta de planejamento por parte dos gestores e dos profissionais em relação à organização dos serviços, que deve ser baseada nas necessidades da população adscrita, levando em consideração o contexto epidemiológico populacional e a capacidade de serviço da Unidade de Saúde da Família.

Silva e Gomes (2014) constataram em seu estudo que as redes de saúde concentram planejamento e decisões nas ofertas em detrimento das demandas, e isso gera discrepâncias entre o que é oferecido pela gestão e o que a população deseja e precisa receber. A regionalização, a hierarquização e a integralização da assistência à saúde permitiram a formação de redes intermunicipais na busca da oferta de serviços, no entanto, a equalização da oferta e da demanda continua a ser um desafio a ser superado para a realização da assistência em saúde. As filas e o tempo de espera para o atendimento são problemas que precisam ser superados, através da transformação do modelo de assistência vigente, com ações intersetoriais de promoção e prevenção em saúde. O fortalecimento das responsabilidades do município esbarra na falta de recursos para a saúde, no escasso financiamento do setor e nas alocações indevidas. Nesse contexto, as articulações e as pactuações entre os serviços ofertados devem ter a participação da comunidade, desde a identificação do processo saúde/doença e a çl.; análise dos seus determinantes até o estabelecimento dos mecanismos de intervenção e dos métodos de controle e avaliação.

A PNSB prioriza o acesso aos serviços de saúde bucal e recomenda que ele seja universal e atenda a toda a demanda reprimida com ações coletivas e de responsabilidade sanitária para a população adscrita. No entanto, apesar dos avanços referentes à inclusão da ESB na ESF, ainda existem muitos desafios a serem superados, como a ampliação da cobertura de ESB, a programação da

demanda, o atendimento à demanda espontânea, a realização de atividades de prevenção/promoção/educação em saúde, assim como a melhoria das estruturas físicas e das condições de trabalho. A grande demanda reprimida não foi levada em consideração na inserção das ESB, o que ocasionou um elevado atendimento clínico restaurador com direção ao modelo curativista hegemônico em contraste com os princípios doutrinários e organizativos do SUS (MARTINS e AGUIA, 2011).

Alguns serviços de saúde são organizados a partir das filas por ordem de chegada, sem que se avalie o risco, o agravo ou o grau de sofrimento dos usuários e sem uma escuta qualificada. As equipes de saúde bucal que organizam o atendimento por ordem de chegada provocam uma disputa injusta entre os usuários, que passam a chegar mais cedo para garantir o atendimento, o que dificulta o acesso daqueles que mais necessitam da assistência e que não conseguem ficar horas nas filas formadas durante a madrugada (VASCONCELOS, F., VASCONCELOS, E. e DUARTE, 2011).

Esse fato confirma o pensamento de que a organização de trabalho em saúde, a partir de uma visão historicamente centrada nos sinais e nos sintomas, reforça o modelo queixa-conduta, em contraposição ao que preconiza o modelo adotado pela Estratégia Saúde da Família, de clínica ampliada e compartilhada com foco na produção do cuidado integral com a pessoa.

A participação da saúde bucal, no momento do acolhimento, agrega potencial para reverter um olhar queixa-conduta que baseou as práticas mutiladoras dos profissionais de saúde bucal ao longo dos anos. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, para atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvir seus pedidos e assumir no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Essa estratégia presta um atendimento com resolutividade e responsabilização, orienta e encaminha, quando necessário, o usuário e a família para outros serviços de saúde, para continuar a assistência, e estabelece articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Portanto, as equipes de saúde bucal não podem limitar o atendimento, e os profissionais devem escutar as queixas, avaliar o grau de sofrimento e orientar os casos não urgentes. E ainda que não se submetam a procedimentos clínicos, todos os pacientes serão acolhidos sem

prejudicar o atendimento das consultas agendadas, de modo a contribuir para minimizar o impacto das doenças bucais na vida das pessoas (VASCONCELOS, F., VASCONCELOS, E. e DUARTE, 2011).

Embora os serviços de saúde bucal estejam disponíveis nos três níveis de atenção, foram identificadas graves limitações na oferta de serviços e nos fluxos para a atenção terciária. Os avanços para consolidar a rede de atenção à saúde bucal dependem da melhora na definição e na organização da população, por meio do levantamento de suas necessidades e do planejamento de base territorial, a fim de que se adotem critérios epidemiológicos e sociais para priorizar a atenção à saúde bucal. Para tanto, destaca-se, em relação à estrutura operacional, a ampliação e a redefinição das redes de apoio, com maior e melhor dimensionamento dos recursos físicos e humanos em todos os níveis de atenção. A qualificação dos sistemas logísticos e de governança é fundamental, visto que promove a interligação entre os pontos de atenção e os sistemas de redes com a efetivação de um modelo de atenção à saúde coerente com a situação de saúde da população, fundamentando-se em princípios de vigilância à saúde. Essas ações contribuem para garantir o vínculo com a população, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado e, como consequência, consolidar a rede de atenção à saúde bucal (GODOI, MELLO e CAETANO, 2014).

4.2.2 Relação do acesso a atendimento domiciliar

"Acesso é você tentar criar mecanismos, dispositivos para tentar facilitar a entrada do usuário no sistema. Não só entrar, ele vir para o serviço em si para pode cuidar e tratar dele, mas a gente levar a ele no caso os pacientes acamados, levando cuidados em saúde" (P10).

"Acho que o profissional dentista deve ir atender no domicilio, pois é muito importante. Deve sair do seu aconchego e ir para área" (P2).

Nessas falas, observamos que os profissionais entenderam que o acesso em associação à saúde bucal deve ser estendido para o domicílio. Isso significa ampliar o cuidado para além das paredes de um consultório, visando à necessidade do sujeito quando ele requer a atenção em saúde.

Percebemos que a frequência de visitas domiciliares realizadas pelo cirurgião-dentista ainda está muito aquém quando comparada com as visitas realizadas pelos

demais profissionais. Nessa equipe, enquanto a dentista faz uma média de duas visitas mensais, a médica faz quatro visitas semanais, e o enfermeiro presta assistência domiciliar a, aproximadamente, sete famílias por mês. Portanto, é necessário ampliar o número de visitas domiciliares por parte da ESB, para que a comunidade assistida possa ter acesso à saúde bucal.

Bizerril et al. (2015) asseveram que o cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental nas visitas domiciliares, porquanto desenvolve atividades de promoção em saúde por meio da motivação e da educação para o usuário e sua família; orienta o paciente sobre a higiene bucal e os cuidados com a prótese, a aplicação tópica de flúor, a escovação supervisionada e o tratamento clínico por meio de identificação de lesões orais. O profissional também pode estabelecer uma rede de comunicação participativa com a família e coordenar o cuidado voltado para o paciente acamado com a saúde familiar. Com essas atividades, pode haver melhoria no acesso dos usuários incapacitados, rapidez no processo de cura, com cuidado continuado no domicílio, minimização de intercorrências clínicas; diminuição de riscos de infecções hospitalares, por oferecer atendimento odontológico no domicílio; minimização dos efeitos das incapacidades ou doenças e incentivo ao profissional para que se aproxime mais do paciente, na perspectiva de favorecer o vínculo entre eles.

É notório que a visita domiciliar ainda não está incorporada, efetivamente, às atividades da equipe de saúde bucal da estratégia de saúde da família, porém o cirurgião-dentista e toda a equipe de saúde bucal devem inseri-la em seu cotidiano, para que haja um vínculo mais efetivo entre a equipe de saúde bucal e a comunidade assistida. Como resultado, teremos uma atenção e um cuidado em saúde bucal humanizados. A visita domiciliar proporciona a equidade e um atendimento humanizado a uma parcela da população distanciada da odontologia tradicional e reconhece suas diferenças (BIZERRIL et al., 2015).

4.2.3 Relação do acesso a agendamento

"O acesso à saúde bucal é realizado através da marcação de consultas. É ofertado um número X de vagas e no dia da marcação a população vem e dentro do que a pessoa consegue é marcada sua consulta" (P3).

“Acredito que o acesso à saúde bucal deve ser feito pelo agente de saúde, que leva a informação de como é feita a marcação. É realizada a triagem e o acolhimento pela equipe de saúde bucal na unidade de saúde” (P4).

“Através de agendamento, que é realizado uma vez ao mês e também com os serviços de prevenção de saúde que é realizado nas escolas, fazendo aplicação de flúor, escovação e todo um trabalho educativo com palestras e ensinamentos e como realizar a escovação” (P6).

Podemos observar, nessas falas, que o acesso à saúde bucal é baseado na persistência do modelo curativista hegemônico, em que a doença é o foco da atuação desses profissionais, sem que haja uma abordagem integralizada do usuário. A delimitação do atendimento dificulta o acesso e impede que haja uma atuação ampliada e com vistas às situações de risco e de vulnerabilidades em que vivem as populações.

Para Melo, Braga e Forte (2011), a eliminação de barreiras ao acesso é essencial para planejar e dimensionar os serviços de saúde bucal, visando à garantia da utilização do serviço. Nesse sentido, é necessário criar condições adequadas de atendimento e repensar o sistema de agendamento utilizado, com o intuito de evitar desistências e reduzir o tempo de espera pela consulta.

A heterogeneidade nas condutas da ESB, em que predomina a triagem dos usuários que buscam o serviço, aproxima-se de um atendimento tradicional da demanda espontânea. A Atenção Básica deve ser a porta de entrada dos serviços de saúde, razão por que os profissionais devem atender aos sujeitos de forma equânime, baseados em suas necessidades, fazer levantamentos epidemiológicos para identificar grupos e indivíduos vulneráveis e discutir sobre os achados com a comunidade, a fim de estimular a participação social na discussão a respeito da melhoria do acesso, empoderar as pessoas sobre a autonomia e as mudanças de atitude, visando organizar o acesso aos serviços de saúde com base nos princípios da universalidade e da equidade (TAVARES et al., 2013).

Podemos notar, através da percepção do profissional, que ele considera o agente de saúde propagador de informações entre a equipe de saúde e a comunidade, no entanto, é essencial capacitar a equipe por meio de uma educação continuada, que promova o entendimento a respeito dos conceitos de acolhimento e demais ferramentas que podem auxiliar a melhorar a qualidade dos serviços em saúde.

Os agentes de saúde são o elo entre a comunidade e o serviço de saúde e têm grande potencial de ação no âmbito social de cada família. Para tanto, necessitam de ferramentas e habilidades que superem o conhecimento técnico, obtidas através de capacitação para ampliar novos saberes que propiciem atitudes voltadas para a cidadania e a autonomia dos sujeitos e das coletividades, com o objetivo de construir novas formas de viver (GALAVOTE et al., 2011).

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, ou seja, uma conduta. Por essa razão é que o diferenciamos de triagem, a qual traz a ideia de seleção, escolha de quem vai ou não ser atendido de acordo com algum critério preestabelecido, enquanto, no acolhimento, todos os usuários que procuram o serviço de saúde por demanda espontânea devem ter uma resposta de acordo com sua necessidade e com a oferta do serviço disponível. Todos os profissionais participam do acolhimento, no entanto o fazem sem a avaliação prévia da necessidade do usuário em função do seu risco e vulnerabilidade. Portanto, o SUS deve promover a qualificação técnica dos profissionais e das equipes de saúde bucal em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, de modo a estabelecer uma interação humanizada, cidadã e solidária com os usuários, os familiares e a comunidade. O ambiente das unidades deve garantir privacidade, espaços confortáveis e adequados para o atendimento às pessoas e ao próprio trabalho dos profissionais (VASCONCELOS, F., VASCONCELOS, E. e DUARTE, 2011).

No que diz respeito à promoção e à prevenção em saúde bucal, consideramos que elas devem fazer parte do cotidiano do trabalho da equipe, pois é através de ações amplas e transformadoras que podemos modificar e qualificar a assistência em saúde bucal, visando à melhoria da saúde dos indivíduos.

Em relação às ações dos profissionais da ESB, ainda prevalece uma prática mutiladora que se opõe aos conceitos de saúde bucal estabelecidos na PNSB. O planejamento de ações preventivas específicas e adequadas a determinada população deve ser realizado para que seja possível diminuir as desigualdades de acesso e utilização dos serviços e modificar o perfil de perda dentária com o advento da intersetorialidade, principalmente em relação à educação. As ações preventivas,

curativas e de promoção da saúde devem coexistir com o intuito de melhorar a saúde bucal da população (SOARES, CHAVES e CANGASSU, 2013).

4.3 RELAÇÃO ENTRE OFERTA E DEMANDA COMO PROBLEMÁTICA TRANSVERSAL AO DESAFIO DE ASSEGURAR ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

"Chegar muito cedo para marcação, filas e poucas vagas, poucos materiais" (P1).

"Falta de materiais, poucas fichas, equipamentos que não funcionam" (P6).

"Insuficiência do número de vagas e capacidade laboral da equipe de saúde bucal, como também de insumos e rede especializada em saúde bucal" (P11).

De acordo com as percepções a respeito das dificuldades de acesso, podemos notar que a problemática relacionada à oferta e à demanda se encontra presente em praticamente todas as questões, o que demonstra o quanto devemos refletir e atuar para modificar esse quadro.

Tavares et al. (2013) realizaram um estudo que entrevistou usuários, agentes de saúde e cirurgiões-dentistas, com o objetivo de conhecer a forma de organizar a oferta de serviços de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família de um município da Bahia. Os resultados mostraram que a falta de material e de manutenção de equipamentos é uma barreira organizacional, porquanto aumenta o tempo de espera para o atendimento e agrava a demanda reprimida. Consideramos que essa situação demonstra que a alta demanda é coerente com o número de cobertura de serviços de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, onde apenas uma parcela da população é assistida. O autor verificou a existência de heterogeneidade quanto às condutas da ESB e que predomina a triagem dos usuários que buscam pelo serviço, aproximando-se de um atendimento tradicional da demanda espontânea.

A grande demanda é um problema que permanece nos serviços de saúde e tem dificultado a adoção do acolhimento como postura e prática de atenção à saúde, pois gera uma sobrecarga de trabalho para as equipes de saúde bucal e promove a centralização da conduta terapêutica em detrimento do acolhimento. O desconhecimento do perfil epidemiológico da população adscrita, a falta de planejamento do fluxo de atendimento e da análise dos problemas enfrentados pelas

equipes de saúde bucal dificultam o acesso aos serviços de saúde. Essa demanda ampliada se reflete em sobrecarga de trabalho, comprometendo o trabalho das equipes de saúde bucal. Portanto, os profissionais devem ser acolhidos pelos gestores por meio de capacitações, incentivos financeiros, espaços de escuta e autonomia no trabalho. O grande desafio das equipes de saúde bucal é de organizar a demanda programada e não programada, de acordo com o perfil de saúde e doença da população, sem sobrecarga de trabalho para garantir o acesso de todos os usuários que procuram o serviço. Para tanto, o profissional deve manter uma relação de confiança e compromisso com os usuários, as equipes e os serviços. Esse fato será possível quando o número de equipes de saúde bucal for suficiente para atender à população adstrita e a de áreas descobertas (VASCONCELOS, F., VASCONCELOS, E. e DUARTE, 2011).

4.4 QUALIFICAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE BUCAL

4.4.1 Qualificação do acesso como postura ética

> “Muitas pessoas têm fobia de dentista. Então tem que qualificar os profissionais a respeito da ética profissional, como tratar o paciente para ter um cuidado com a saúde da boca e do corpo todo, pois uma boca com problemas pode gerar isso para o corpo todo. Tem que ser trabalhado o lado psicológico do paciente por esse ter medo” (P1).

Nessa fala, percebemos que há angústia e sofrimento devido à fobia em relação ao tratamento odontológico e dele com a ética, partindo-se do princípio e da atitude do profissional quanto aos serviços de saúde prestados. As ações da ESB e da ESF devem ser baseadas na valorização do ser humano, em se tratando de assistência à saúde, de maneira a proporcionar o cuidado integral do sujeito, levando em consideração suas necessidades.

A estratégia de acolhimento e a humanização são práticas que fundamentam a Bioética nos serviços da APS para possibilitar o acesso universal e igualitário a todos conforme suas necessidades. Os direitos dos sujeitos devem ser garantidos, considerando-se os diversos âmbitos que acometem a população, com suas características a partir do contexto em que estão inseridos (SOUZA et al., 2014).

A estratégia do acolhimento demonstra a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do ser humano, considerando-o como sujeito histórico, social e cultural. Sua inserção nos serviços pretende ultrapassar os limites técnico-operacionais de uma atividade programada e alcançar as esferas de valores éticos. A prática do acolhimento contribui para melhorar o acesso e para construir um SUS universal e integral. No entanto, o desenvolvimento desse processo nas práticas de saúde pode desvendar contradições entre a intencionalidade prática e sua real aplicabilidade nas unidades de saúde. Portanto, cabe uma reflexão ética a respeito da problemática dos determinantes organizacionais que corroboram o descaso com a qualidade da atenção, a limitação do acesso e a negação do direito. Essa estratégia, com base em princípios éticos e sociais, pode transformar os profissionais e seus usuários com mudanças em suas condutas com base na compreensão dos direitos que cada um tem como cidadão (BREHMER e VERDI, 2010).

4.4.2 Qualificação do acesso pelo acolhimento e mudanças nos processos de trabalho

"Temos que ter mais escuta, pois a gente fala tanto em escuta e acolhimento, mas não fazemos. Temos que ter o olhar diferente, parando para saber se existem outros problemas na vida daquele usuário ou paciente. Temos que dar prioridade aquele que mais precisa e também o funcionário tem que ser priorizado. Temos que guiar ou dar o caminho aquele paciente para resolver seus problemas pois aquele que tá La fora as vezes tem mais problemas que a gente" (P7).

"Elaborar método de acolhimento com classificação de risco, agendamento por demanda diária, temos que ter tecnologia leve, vínculo, atenção e um atendimento humanizado, reduzir a demanda populacional da equipe, pois a população excede 6.000 pessoas, programar atividades de educação em saúde com foco na promoção da saúde bucal e prevenção de doenças, planejar educação permanente para a equipe com realização de reuniões semanais da equipe para acompanhamento e resoluções das problemáticas que possam surgir, empoderar a comunidade" (P11).

Podemos notar, nas falas acima, que o profissional entende que deve melhorar a assistência com a inserção de condutas como o acolhimento com classificação de risco, com o objetivo de promover o acesso e qualificar o serviço prestado. Dessa forma, é muito importante promover espaços que reforcem o acolhimento como postura e atitude de escuta e diálogo com a oferta de capacitações para os profissionais, para que eles possam refletir sobre suas ações e transformar suas atitudes, na perspectiva de melhorar a qualidade da assistência.

Pinheiro e Oliveira (2011) asseveram que o acolhimento é uma prática relativamente nova e que tem se estruturado de forma diferenciada em diversas unidades de saúde. Essa estratégia deve ser ampla, com a inserção da escuta como ferramenta a ser utilizada pelos profissionais, associada ao vínculo com o usuário. O acolhimento e o vínculo são conceitos complementares. O primeiro deve ser ampliado, e a segunda pode diminuir a distância entre o profissional e o usuário, transformar uma prática voltada para o modelo curativista em uma prática em que se utilize mais o diálogo como ferramenta de aproximação e estimular o conhecimento da realidade vivenciada com a utilização de outros espaços importantes, como os das visitas domiciliares.

Segundo Rocha et al. (2016), as principais estratégias utilizadas para melhorar o acesso na APS perpassam a identificação das barreiras existentes, a programação de mudanças, com o apoio da equipe, a redução do tempo de espera/demora no atendimento e a adequação do modelo de agendamento que proporcione mais efetividade. Dentre os modelos estudados, os autores sugerem o acesso avançado, por equilibrar capacidade e demanda através de consultas diárias suficientes com redução do tempo de espera sem restringir futuras consultas, priorizando a continuidade. No entanto, concordam que, para modificar o sistema utilizado, é necessário um mínimo de estrutura disponível, a começar por pequenas mudanças com a participação da população nesse processo.

As medidas de reflexão e planejamento são essenciais para a acessibilidade aos serviços de saúde bucal e devem ocorrer de forma que usuários, profissionais, gestores e prestadores de serviços possam participar, favorecendo tomadas de decisões compatíveis com a realidade localmente observada, que se traduzem em ações de cidadania. O Ministério da Saúde tem incentivado o processo de mudança através da Estratégia Saúde da Família, porém os programas são implantados de forma vertical, sem prévio planejamento e adequação. Mas, apesar dessa constatação, devem-se fomentar a aquisição e a consolidação de novas práticas, em que os atores envolvidos estejam abertos e preparados para enfrentar os novos desafios. Em se tratando de saúde bucal, podemos perceber um grande avanço, com a implantação da atual política nacional destinada ao setor, porém é necessário criar novas políticas públicas de saúde bucal e capacitação técnica para os

trabalhadores da saúde, que resultem em mudanças efetivas no modo de produzir e organizar o sistema de saúde (CASTRO, OLIVEIRA e ARAÚJO, 2011).

Com vistas à melhoria da qualidade dos serviços ofertados na Atenção Básica, o MS lançou, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para incentivar os gestores por meio de recursos financeiros repassados aos municípios participantes que atingirem melhora na qualidade de atendimento. O objetivo é de garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2016).

Em relação aos resultados do PMAQ, Casotti et al. (2014) constataram que a maior proporção de usuários conseguiu agendamento em um intervalo entre dois e quinze dias, o que pode sugerir uma mudança na porta de entrada. No entanto, na Região Norte, o maior percentual de espera é de até um dia, o que sugere o predomínio do pronto atendimento. A unidade básica é reconhecida como porta de entrada para o primeiro contato dos usuários com todas as regiões. No entanto, problemas de infraestrutura e de gestão ainda são motivos para os usuários se deslocarem para outros serviços. O acolhimento é realizado, mas sem protocolo, e isso desqualifica diretamente a resposta positiva em relação ao uso de critérios para avaliar riscos e vulnerabilidades que envolvem a demanda espontânea.

Os autores constataram que faltam fluxos preferenciais, rede complementar estruturada e condições nas equipes para coordenarem os serviços complementares, o que diminui a integralidade do cuidado, e que, apesar do aumento dos números de equipes de saúde bucal e dos serviços de média complexidade, o acesso e a integralidade avaliados nas equipes participantes do primeiro ciclo do PMAQ estão longe de ser satisfatórios.

4.4.3 Qualificação do acesso a partir de educação permanente em saúde

“Realizar educação continuada para os profissionais entre si, independente da gestão com os próprios profissionais da unidade sendo esse multiplicador da informação” (P4).

“Capacitar os profissionais para atuar nos serviços. Todos os profissionais tem que se atualizar sempre” (P5).

Os sujeitos da pesquisa demonstraram, nessas falas, que é preciso haver melhorias relacionadas aos processos de educação permanente, que incluam além de capacitações, momentos e espaços para se refletir sobre o trabalho, o que pode ser feito com a iniciativa dos próprios profissionais da equipe, e não, somente, por definições da gestão.

O Município do Jaboatão dos Guararapes, através da Secretaria Executiva de Promoção da Saúde, por meio dos convênios firmados com as Instituições de Ensino Superior (IES), disponibiliza campos de estágio curricular em suas Unidades de Saúde e em setores da gestão central onde cada Instituição tem campo único e não há remuneração pela atividade. Em contrapartida, para os profissionais da Rede de Saúde que recebem alunos, as Instituições dão declarações de preceptoria e descontos nas mensalidades nos cursos de graduação e pós-graduação, além de oficinas para aperfeiçoamento da integração ensino-serviço. O município proporciona programas de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família. No eixo da qualificação profissional, profissionais da rede participam de capacitações, com o objetivo de atualizar seus conhecimentos técnicos e de desenvolver habilidades e estratégias em sua área de atuação, transformando as práticas profissionais e da própria organização do trabalho, como referência às necessidades de saúde das pessoas e da população (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2016).

Para alcançar as diretrizes da estratégia de saúde da família e legitimar o papel do cirurgião-dentista, há que se atentar para a necessidade de transformar os processos de trabalho. Para tanto, as equipes deverão nortear-se pela descentralização de ações para toda a equipe, bem como a atuação do profissional para além dos muros das unidades de saúde, com utilização de espaços institucionais e compartilhamento com outros atores da comunidade. Na perspectiva de tais mudanças, é preciso investir em educação permanente dos profissionais (GONÇALVES et al., 2012)

A capacitação dos profissionais para uma proposta nova, a contratação precária e a dificuldade de fazer contratos de tempo integral podem trazer como consequência a inabilidade para o trabalho e a instabilidade do recurso humano em

relação à população e à ausência do profissional. O trabalho em equipe, com integração e inter-relação entre os profissionais da unidade de saúde, é outro entrave. A deficiência relacionada à vivência de equipe, na formação do profissional de saúde, denota a necessidade de uma mudança radical no sistema de formação de recursos humanos para a saúde no Brasil. Portanto, deve haver um grande investimento em capacitação para formar e manter equipes de trabalho, para os profissionais que atuam nas unidades (MATTOS et al., 2014).

Os aspectos destacados até aqui demonstram que, apesar dos avanços obtidos por meio de políticas e programas para qualificar a assistência na Atenção Básica, sugerem um longo caminho a percorrer na busca de uma saúde pública de boa qualidade, para que possamos oferecer ações e serviços capazes de estabelecer transformações. Será necessário corresponsabilizar todos os atores envolvidos nesse complexo processo que norteia a saúde coletiva.

A equipe concluiu que, para melhorar o acesso à saúde bucal, deve implantar o ‘acolhimento’ na unidade de saúde, porquanto sua qualificação perpassa o acesso à saúde de forma integralizada. Isso significa que não há como atuar isoladamente na saúde bucal, pois a boca faz parte de um sujeito ávido por saúde e é importante que todos os profissionais da equipe participem de oficinas para compreender e construir formas de transformar seu processo de trabalho, visando qualificar a assistência.

5 CONSTRUÇÃO COLETIVA DE ESTRATÉGIAS PARA QUALIFICAR O ACESSO À SAÚDE BUCAL NA ESF

Neste capítulo, descrevemos o desenvolvimento e os encaminhamentos definidos nas oficinas temáticas realizadas para apresentar e demonstrar o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade social, o qual trata da avaliação de risco familiar no contexto socioeconômico, incluindo as situações vivenciadas por seus membros.

5.1 PRIMEIRA OFICINA – ACOLHIMENTO

A primeira oficina foi realizada no dia 06 de maio de 2016, com o objetivo de apresentar o acolhimento como estratégia a ser implantada na Unidade de Saúde Praia do Sol para melhorar o acesso à saúde bucal.

Inicialmente, solicitamos aos participantes que escrevessem a primeira palavra associada ao acolhimento que viesse em sua mente. Dentre as palavras evocadas - atendimento, resolutividade, respeito, empatia e **escuta -** a mais frequente, mas todas tinham relação com a temática. Em seguida, apresentamos teoricamente o assunto, com base no Caderno de Atenção Básica, número 28, do Ministério da Saúde, exibido em vídeo (Rede Humaniza SUS/A rede de acolhimento) sobre o tema abordado[2].

Na sequência, iniciamos um debate sobre o significado da palavra '**acolher',** a partir da seguinte questão: **Eu realizo o acolhimento?** No final da discussão, a equipe concluiu que usa algumas ferramentas, como, por exemplo, a escuta. No entanto, o acolhimento não era ainda institucionalizado como estratégia para melhorar o acesso e decidimos por realizar o acolhimento com classificação de risco. Para tanto, definimos alguns encaminhamentos: primeiramente seria necessário construir o fluxograma de acesso à demanda espontânea para estabelecer o fluxo do usuário desde a recepção até o atendimento de sua necessidade, com a participação dos profissionais envolvidos e a definição de suas respectivas responsabilidades.

[2] Fonte: Informações baseadas no vídeo extraído do site: <http://www.redehumanizasus.net/11421-a-rede-de-acolhimento/>. Acesso em: 12 maio 2016.

A construção do fluxograma ocorreu com a participação de todos, e a equipe percebeu que, ao trabalhar o acolhimento na unidade, estaria melhorando o acesso à saúde de forma ampla com a participação de todos os integrantes, e não, apenas, o acesso à saúde bucal. Essa compreensão da equipe corrobora a noção de acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do Ministério da Saúde.

> O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2010, p. 21).

Na etapa da discussão do acolhimento com classificação de risco, alguns integrantes - a médica, a dentista e o enfermeiro - propuseram um aprofundamento teórico para adequar os riscos à situação vivenciada pela equipe e outra oficina para elaborar a classificação de risco, o que foi acatado pela equipe. A seguir, apresentamos, na Figura 7, o fluxograma construído com a equipe 7.

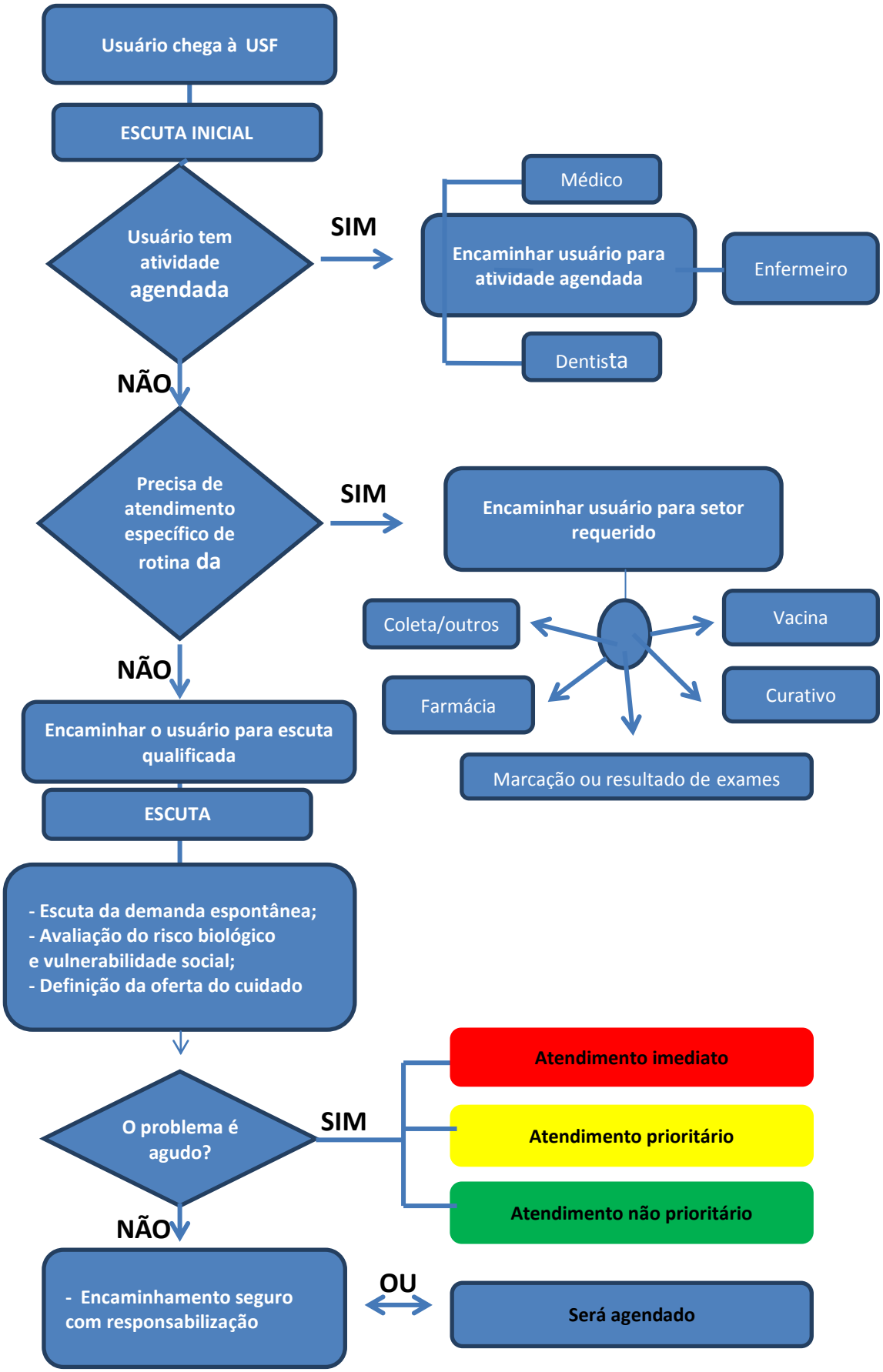


Figura 7 - Fluxograma - Acesso à demanda espontânea
Fonte: Elaborado pela equipe

5.2 SEGUNDA OFICINA - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Essa oficina foi realizada no dia 27 de maio, com o objetivo de elaborar a classificação de risco em conformidade com as situações vivenciadas pelos profissionais da equipe em seu contexto de trabalho.

Iniciamos a oficina retomando a temática ‘acolhimento’ com classificação de risco e a construção do fluxograma da demanda espontânea de maneira sintetizada até chegarmos à classificação de risco, propriamente dita. Então, pedimos para que os integrantes responsáveis pelo estudo mais profundo a respeito da temática iniciassem a exposição. Primeiramente, a dentista demonstrou como a classificação de risco é feita para a Odontologia e apresentou a sistematização do que foi pesquisado com as devidas adaptações realizadas com base na experiência que vivenciou. Os demais participantes deram suas contribuições e tiraram algumas dúvidas referentes ao tema abordado. Em seguida, o enfermeiro também fez sua exposição sobre a classificação de risco em sua área específica. Ambos destacaram os devidos ajustes feitos de acordo com sua experiência e a realidade local. Os demais participantes contribuíram de forma dinâmica, simultaneamente às apresentações com questionamentos e esclarecimentos em um processo de construção coletiva.

Os riscos identificados foram priorizados de acordo com a necessidade de atenção e a classificação representada, em ordem decrescente de prioridade, nas cores vermelha, amarela, verde e azul, de acordo com a gravidade estabelecida pelos profissionais, levando-se também em consideração outros fatores que tornam o sujeito mais vulnerável, como o risco social. As condições de moradia e o nível de alfabetização foram considerados e foi mantido o olhar para os casos crônicos com acompanhamento, agendamento e encaminhamento de acordo com as necessidades abordadas, que podem ser verificadas durante a escuta qualificada.

Durante a elaboração da classificação de risco, a médica, juntamente com os demais integrantes, optou por consolidar as informações referentes à área médica e de enfermagem em um campo apenas, por haver semelhanças entre as áreas. Assim, foi construído um quadro de classificação clínico e outro odontológico. A dentista ficou responsável por digitalizar o fluxograma devidamente ajustado, e a

médica, pelos quadros de classificação de risco para a apresentação em um próximo encontro, com o objetivo de devolver a ferramenta totalmente adaptada a ser implantada na unidade pela equipe (Quadros 2 e 3).

Quadro 2 - Classificação de risco clínico elaborada pela equipe da USF Praia do Sol - Jaboatão/PE- Maio 2016

Classificação de risco no acolhimento

Atendimento imediato	Atendimento prioritário	Atendimento não prioritário	Rotina: será agendado
RISCO ALTO **SINTOMAS GRAVES** - Parada cardiorrespiratória - Dificuldade respiratória - Convulsão - Perda da consciência - Dor severa e incapacitante - Paciente psiquiátrico em crise - Perda aguda de força, movimento ou sensibilidade no corpo - Trauma, acidente ou queimadura - Hemorragia - Desidratação - Reação alérgica	**RISCO MODERADO** **SINTOMAS NO MOMENTO** - Dor moderada - Crise asmática - Febre > 38◦C - Vômito/Diarreia - Pressão arterial diastólica ≥ 120mmHg - Glicemia capilar > 300µL ou < 60µL com sintomas - Reação alérgica (urticária) - Suspeita de doenças transmissíveis (catapora, tuberculose, hanseníase grave, conjuntivite, piolho, sarna, etc..) - Gripe ou doença exantemática com sinais de alarme - Desidratação - Crise de ansiedade - Sangramento limitado - Suspeita de violência - *Idosos (> 60 anos)* - *Pessoas com deficiência* - *Pessoas com crianças de colo* - *Gestantes e lactantes*	**RISCO BAIXO** **SINTOMAS LEVES E INTERMITENTES** - Dor nova ou antiga que piorou nos últimos três dias - Febre < 38◦C - Gripe ou doença exantemática sem sinais de alarme e sem ser grupo de risco - Outras lesões de pele - Renovação de medicamento de uso contínuo - Mostrar resultado de exame pedido com urgência - Iniciar ou trocar método contraceptivo - Suspeita de gravidez - Encaminhamento para oftalmologista ou retorno a especialista - Ajuda para parar de beber ou de usar drogas - Visita para acamado com quadro agudo - Situação de vulnerabilidade social	**SITUAÇÃO NÃO AGUDA** **SEM SINTOMAS NO MOMENTO** - Marcar consulta de rotina - Laudos de doenças - Muitos motivos crônicos de consulta - Teste rápido HIV/SÍFILIS - Teste parasitológico de fezes para Schistossoma - Visita de rotina para acamado ou pessoa com impossibilidade de ir à USF

Fonte: produção da pesquisa

Quadro 3- Classificação de risco odontológico elaborada pela equipe da USF Praia do Sol - Jaboatão/PE – Maio 2016

Classificação de risco odontológica

Atendimento imediato	Atendimento prioritário	Atendimento não prioritário	Rotina: será agendado
RISCO ALTO **SINTOMAS GRAVES** **- Traumatismo bucal extenso, que pode envolver trauma craniano.**	**RISCO MODERADO** **SINTOMAS NO MOMENTO** **- Dor muito intensa espontânea ou que aumenta ao decúbito** **- Abcesso extenso** **- Dor intensa na mucosa** **- Fratura dentária, mobilidade ou deslocamento** **- Sangramento espontâneo ou em uso de anticoagulante ou com distúrbio de coagulação** **- Deslocamento de articulação têmporo-mandibular** **- Febre e lesões na mucosa (hiperemia, vesículas, esbranquiçada)** **- Tumefação submandibular com chance de comprometimento de vias aéreas** **- Sintomas sistêmicos (otalgia, disfagia, linfadenopatia, irritabilidade, cefaleia, mal-estar)** ***- Idosos (> 60 anos)*** ***- Pessoas com deficiência*** ***- Pessoas c/ crianças de colo*** ***- Gestantes e lactantes***	**RISCO BAIXO** **SINTOMAS LEVES E INTERMITENTES** **- Dor provocada** **- Abcesso localizado** **- Dor localizada, pulsátil, com resposta aos testes de vitalidade pulpar** **- Alveolite** **- Trauma bucal, mas sem sintoma agudo** **- Sangramento provocado (sob controle)** **- Lesões na mucosa (úlceras, queimadura, mordida)** **- Descimentação da prótese ou da restauração** **- Comprometimento estético** **- Tumefação, dor à percussão ou estímulo térmico** **- Suspeita de lesão maligna**	**SITUAÇÃO NÃO AGUDA** **SEM SINTOMAS NO MOMENTO** **- Ausência de dor** **- Ausência de abcesso / dor periapical ao toque** **- Sangramento, mas sem sintoma agudo (esporádico)** **- Problemas na mucosa, mas sem quadro agudo** **- Problemas restauradores sem comprometimento estético** **- Doença periodontal, deslocamento vertical e função**

Fonte: Produção da pesquisa

5.3 PACTUAÇÃO PARA CONSOLIDAR E IMPLEMENTAR O ACOLHIMENTO NA ESF

5.3.1 Primeiro encontro: reflexão e pactuação entre profissionais da ESF

O primeiro encontro depois das oficinas apresentadas aconteceu em 10 de junho de 2016, com o intuito de sistematizar uma síntese dos trabalhos produzidos até então e reafirmar com a equipe sua corresponsabilização para implantar o acolhimento com classificação de risco, visando à qualificação dos serviços prestados à comunidade.

Inicialmente fizemos uma retrospectiva das oficinas. Revimos o fluxograma da demanda espontânea construído pelos profissionais, que foi devidamente digitalizado pela dentista. Detalhamos o fluxo do usuário desde sua entrada na USF até a resolução de sua necessidade e abordamos problemas que porventura surgissem durante esse percurso. A estratégia do acolhimento foi reafirmada com o acordo e a responsabilização dos profissionais em relação aos papéis que cada um deveria assumir para que o instrumento se consolidasse para além do registro em papel e se transformasse em uma experiência constante nos processos de trabalho da equipe.

Em seguida, apresentamos a proposta de Classificação de Risco elaborada com a equipe. Retomamos a discussão sobre os possíveis riscos identificados naquela localidade, com suas devidas classificações por priorização no atendimento à demanda espontânea. Nesse processo, fomos exemplificando casos que poderiam ocorrer, e cada integrante da equipe classificou o risco abordado, levando em consideração as vulnerabilidades dos sujeitos que podem já ser conhecidas pelos profissionais ou constatadas através da escuta qualificada.

Para facilitar o entendimento a respeito do processo e da utilização dessa ferramenta, optamos por fazer r uma dramatização, em que expusemos um caso fictício para observar as condutas de acolhimento e classificação do risco realizado pelos profissionais. Essa dinâmica teve o objetivo de demonstrar, na prática, as fragilidades e as potencialidades que possam surgir durante a execução desse instrumento. Nesse caso, surgiram algumas dúvidas, entre elas, quais seriam os

papéis de cada profissional em relação ao caso exposto e que conduta seria mais adequada. No momento da dinâmica, os questionamentos foram esclarecidos juntamente com os participantes, e os passos foram sendo refeitos de acordo com o que foi pactuado na equipe.

Na ocasião, a médica sugeriu que a equipe usasse o dispositivo “Posso Ajudar” para humanizar as relações entre os usuários e os profissionais. Esse programa, empregado no estado de Minas Gerais, nos hospitais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais/FHEMIG e nas unidades básicas de saúde, surgiu em atendimento à Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde, com os objetivos de acolher com resolutividade e agilidade os usuários atendidos nas unidades assistenciais, contribuir para a formação acadêmica, profissional e humana e possibilitar conhecimento e formas positivas de enfrentar a realidade da saúde do país, particularmente, a do SUS (UNIB, 2016).

No final da dinâmica, os profissionais concluíram que deverá haver um aprendizado contínuo e ajustar essa ferramenta durante sua utilização. A experiência vivenciada e discutida pela equipe estimulou uma reflexão sobre a necessidade de formular novas estratégias para que ocorram transformações nos processos de trabalho em saúde. Foi sugerido aos profissionais que refletissem a respeito dos desafios relacionados à qualificação do acesso à saúde e à utilização da estratégia de acolhimento com classificação de risco e que propusessem soluções para que essas barreiras fossem ultrapassadas em prol do cuidado integral do sujeito coletivo.

A seguir, apresentamos algumas propostas de estratégias para melhorar o acesso aos serviços de saúde prestados pela equipe de saúde da família Praia do Sol:

- Fazer reuniões semanais para avaliar a implantação da ferramenta e possibilitar a execução dos devidos ajustes relacionados à realidade vivenciada pela equipe;
- Solicitar reunião mensal com a Supervisão/Gestão Regional para pactuar demandas observadas durante a implantação do acolhimento com a Classificação de Riscos;

- Promover reunião mensal com a comunidade e seus líderes para elaborar e avaliar essa ferramenta e debater a respeito de demais assuntos voltados para a qualificação dos serviços de saúde, estimulando a coparticipação e a autonomia dos usuários;

- Requerer da Gestão Central a melhoria da oferta de serviços, como o aumento de insumos e materiais para os procedimentos e a ampliação de cotas para procedimentos referenciados;

- Criar um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco com base na experiência de implantação dessa ferramenta e seus devidos ajustes relacionados à realidade vivenciada pela equipe, com o objetivo de promover mudanças no processo de trabalho de outras equipes na busca da ampliação e da qualificação dos serviços de saúde;

- Promover um encontro com a Gestão para fazer a devolutiva deste estudo e pactuar as estratégias formuladas, com o intuito de fortalecer a adoção do uso da ferramenta ‘acolhimento’ no cotidiano do Serviço de Saúde.

5.3.2 Segundo encontro: reflexão e pactuação entre a equipe da ESF e a de Gestão

O encontro da equipe com a gestão foi realizado em 17 de junho de 2016 e contou com a presença da coordenadora de Atenção Básica, da coordenadora de Saúde Bucal e da supervisora de Saúde Bucal da Regional VI. O objetivo, já definido anteriormente, foi o de realizar a devolutiva dos trabalhos desenvolvidos com integrantes da equipe e pactuar estratégias para executar as atividades que envolvem a melhoria do acesso à saúde na atenção básica.

Inicialmente, apresentamos, sinteticamente, o objetivo do estudo, o percurso metodológico e os produtos construídos com a equipe. A sequência das etapas foi demonstrada, desde a realização do CHD para o registro/análise das percepções a respeito do acesso e da escolha da estratégia de implantação do acolhimento pelos integrantes da equipe até a realização das oficinas para ampliar os conhecimentos e adequar a classificação de risco à realidade local.

Em seguida, as demais estratégias sugeridas pelos profissionais, no encontro do dia 10 de junho, foram apresentadas para os gestores e os trabalhos foram sistematizados e produzidos de forma compartilhada com a equipe durante o estudo, o que se constituiu como uma primeira devolutiva que sistematizamos para a equipe e em mais um momento de trocas de ideias em que estabelecemos pactos para efetivar ações que visavam transformar processos de trabalho em benefício da qualificação dos serviços e assistência à saúde.

Decorrido esse momento inicial, a coordenadora da Atenção Básica do município manifestou sua satisfação com o andamento do estudo e se comprometeu com a equipe em assegurar seu apoio na institucionalização do acolhimento como estratégia para melhorar a assistência prestada pelos serviços de saúde. Esclareceu que o município, na figura da secretária de Saúde, já estaria atuando com vistas à qualificação dos Serviços de Saúde com a realização do concurso público para desprecarizar o vínculo e já havia contratado uma empresa de assessoria externa para constituir uma agenda padrão para as equipes e um protocolo de acolhimento para o município. Nesse contexto, a gestora divulgou que haveria capacitações para todos os profissionais da atenção básica, na perspectiva de ampliar seus conhecimentos e institucionalizar essa ferramenta, e de valorizar as categorias no plano de cargos e carreiras como estímulo a sua participação.

A agenda padrão, o protocolo de acolhimento com classificação de risco e as reuniões com a comunidade são componentes de um plano de apoio sugerido pela gestão com base em um planejamento que deverá ser adaptado e desenvolvido em cada equipe do município. A agenda padrão, voltada para a atenção programada, consiste em um agendamento mínimo para o atendimento diário da demanda marcada, em que os médicos devem contemplar 20 atendimentos individuais por turno, os enfermeiros, 15 atendimentos, e os odontólogos, 10 atendimentos por turno, além de urgências. Os profissionais devem levar em consideração que 60% de atendimentos sejam para a demanda espontânea, e 40%, para o atendimento programado. Essa estratégia pode ser alterada seis meses depois de ter sido implantada mediante avaliação a ser feita com a comunidade.

Consideramos que o encontro com a Gestão ampliou a discussão com a equipe para além dos resultados obtidos até então, por inciativa deste estudo, e

contribuiu para o debate reflexivo a respeito de compor planos de ação com os profissionais para implantar estratégias que visem melhorar o acesso à saúde. A equipe da USF foi convidada para participar da reunião do Núcleo Gestor municipal para o compartilhamento das ideias e das experiências vivenciadas durante nosso estudo. O Núcleo Gestor é composto pelos gestores das Regionais de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde e foi criado para partilhar experiências exitosas e soluções em saúde. Essa participação, além de provocar a divulgação pelos profissionais da experiência vivenciada pela equipe, poderia contribuir para inspirar a implementação do acolhimento no âmbito de todas as equipes de saúde da família.

Para instituir o acolhimento e ampliar o acesso à saúde, a Gestão acordou com a Equipe de Saúde da Família da USF Praia do Sol que fossem feitas reuniões específicas com a comunidade para divulgar as informações adquiridas durante a pesquisa e compartilhar seus saberes, com o intuito de ter o apoio dos usuários na modificação do processo de trabalho das equipes. Essas reuniões podem acontecer independente mente da que há mensalmente, pois se espera que a aprovação da comunidade em relação à estratégia de acolhimento a ser utilizada pelos profissionais é muito importante em sua continuidade e decorrerá, no dia a dia, em intervenções dinâmicas e conquistas estabelecidas através da escuta e do vínculo como ferramentas essenciais.

Os membros da Gestão reconheceram os problemas administrativos e burocráticos que ocorrem no âmbito gerencial da assistência em saúde e concordaram que deveriam aumentar a oferta e a capacidade de serviços das equipes de saúde. Consideraram que a solicitação da melhoria de insumos e serviços pela equipe deverá ser fundamentada em critérios construídos através de um estudo minucioso da área e da população assistida e que os profissionais precisam conhecer bem o território e os equipamentos sociais para que possam realizar planos de ações baseados nas vulnerabilidades presentes na área de atuação. Dessa forma, a utilização do acolhimento com classificação de risco como estratégia para melhorar o acesso requer uma discussão aprofundada da equipe a respeito do conhecimento dos riscos e das vulnerabilidades sociais que envolvem seus usuários.

Ressalte-se, contudo, que a coordenadora da atenção básica relatou que, para haver mais resolutividade nos serviços de saúde ofertados à população, deve-se voltar à assistência para o cuidado integral dos sujeitos, e a atenção básica deve atuar em conjunto com a vigilância epidemiológica e outras políticas para estabelecer ações integradas que envolvam seus atores na corresponsabilização em promover saúde para todos.

As etapas de construção da pesquisa foram sintetizadas no quadro a seguir:

Quadro 4- Síntese do processo de pesquisa realizado na equipe de USF Praia do Sol – Jaboatão - PE

MOMENTOS	OBJETIVO	RESULTADOS	POTENCIALIDADES	DIFICULDADES	SUGESTÃO
Apresentação da pesquisa para a equipe	**Demonstrar o objetivo do estudo: Analisar as percepções dos profissionais sobre o acesso à saúde bucal e compor estratégias para melhorar o acesso.**	**Aceitação da equipe em participar do estudo e assinatura do TCLE**	**Estímulo para transformar o processo de trabalho**	**Negação da participação no trabalho**	**Reunir a maior quantidade de participantes.**
Realização da técnica do CHD	**Promover a reflexão e a dialogicidade a respeito do acesso.**	**Diferentes olhares a respeito da temática**	**Formulação de conceito-síntese sobre as questões discutidas**	**Desenvolvimento da técnica**	**Adaptar a técnica.**
Primeira Oficina - Acolhimento	**Apresentar a estratégia do 'acolhimento' com base na literatura.**	**Construção do fluxograma de atendimento à demanda espontânea com base no Caderno 28 do MS.**	**Compreensão do uso de ferramentas para a melhoria do acesso**	**Definição dos papéis de cada profissional na construção da ferramenta**	**Sensibilizar para o trabalho em equipe.**
Segunda Oficina - Classificação de risco	**Apresentar a classificação de risco.**	**Construção da Classificação de risco em conformidade com a realidade vivenciada pela equipe**	**Conhecimento e adequação do instrumento à localidade de sua implantação**	**Estabelecimento e adequação dos riscos à prioridade de assistência**	**Associar as prioridades às vulnerabilidades Individuais.**
Encontro reflexivo	**Apresentar a síntese/ produto da construção Coletiva.**	**Reflexão e composição de estratégias para qualificar o acesso**	**Transformação do processo de trabalho com o objetivo de melhorar o acesso**	**Aplicabilidade das estratégias**	**Sensibilizar e apoiar todos os atores envolvidos (profissionais, gestão, usuários e apoiadores institucionais).**
Encontro com a gestão	**Apresentação da síntese/ produto do processo de pesquisa**	**Reflexão e composição de estratégias para qualificar o acesso**	**Apoio da gestão e pactuação de estratégias para melhorar o acesso à saúde**	**Implementar as estratégias nas equipes de saúde da família**	**Apoio e corresponsabilização de todos os atores envolvidos**

Fonte: Elaboração própria

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU PEQUENO BALANÇO POSITIVO DA PESQUISA

Consideramos que a pesquisa produziu intervenções que não se concluem com o término do estudo, na perspectiva de compor o relatório de nossa dissertação de Mestrado. O caráter interventivo na abordagem metodológica adotada indica que os conhecimentos produzidos de forma compartilhada, durante as etapas desenvolvidas, devam se ampliar através de ações dos profissionais para continuar a efetivar os encaminhamentos definidos no último encontro da pesquisa. Esperamos que nossa saída desse cenário investigativo-interventivo coloque os sujeitos colaboradores da pesquisa, profissionais de saúde, em papel central das próximas intervenções e de novos conhecimentos a serem construídos com usuários da Unidade de Saúde Praia do Sol.

Destacamos mudanças no roteiro de exploração do campo e ajustes nos produtos esperados previamente. Ainda no início das reflexões feitas com profissionais a respeito da compreensão da temática abordada, observamos que, ao atuar em benefício do acesso à saúde bucal, estaríamos interferindo nos processos de trabalho da equipe com a utilização de estratégias que modifiquem os serviços de saúde e melhore a qualificação do acesso à saúde num contexto ampliado e com a necessidade do envolvimento de todos os atores. Apesar de a motivação inicial deste estudo ter sido para transformar determinado contexto relacionado à saúde bucal, pudemos perceber a complexidade do trabalho em saúde e sua natureza interdisciplinar com perspectiva transdisciplinar e que ele não se restringe a um saber-objeto específico quando reconhecemos que o corpo do sujeito é investido social e culturalmente. Nesse sentido, os saberes e a intervenção sobre a boca, considerada um território corporal no dizer de Botazzo (2006), não são isoladas do corpo individual nem dos condicionantes e determinantes que afetam a saúde das pessoas. Portanto, para que haja saúde nesse território bucal, devemos atuar de maneira integralizada, com ações amplas que envolvam diversos sujeitos inter-relacionados.

Entendemos que as composições de ideias elaboradas com a equipe de profissionais tiveram o objetivo de transformar determinada realidade e de inserir práticas voltadas para promover e qualificar o acesso à saúde, como ponto de partida para a implantação da ferramenta tecnológica ‘acolhimento’ com

classificação de risco. A experiência vivenciada nesta pesquisa com a equipe poderá servir de estímulo para outros profissionais na busca de novos caminhos, reflexões e modificações de atitudes. Assim, é possível oferecer um trabalho de boa qualidade, com base nas necessidades de saúde.

Nessa perspectiva, o estudo reafirmou a compreensão de que as mudanças são possíveis quando o desejo individual e coletivo de transformar determinada realidade está presente e apoia-se no aprendizado adquirido ao longo do caminho percorrido e na construção coletiva. Assim foi a tônica do modo de fazer desta pesquisa: os conceitos foram construídos e reconstruídos por meio de questionamentos, indagações e lições assimiladas através do respeito, da empatia e do diálogo com o outro.

Em cada encontro, descobrimos que não devemos só aprender a ler os papéis, mas também e, principalmente, as pessoas, através da escuta e da conversa, para que, nessa relação intersubjetiva, os sentimentos contraditórios produzidos não sejam obstáculos perenes. Nesse contexto, aprendemos a buscar o diálogo entre os sujeitos, promovendo espaços de discussões constantes a respeito das atitudes realizadas no dia a dia. A integração entre os profissionais e a troca de informações possibilita a produção e a reconstrução de novos pensamentos e ocasiona a reformulação de condutas para a promoção da saúde.

Neste estudo demonstrou o desafio de se estabelecer o trabalho em equipe, através do consenso entre as ideias sugeridas e as possibilidades de realizar as práticas acordadas. Mesmo que seja desafiadora, a construção de união e o vínculo são essenciais para se atingir o objetivo proposto, compreendendo que o fazer está diretamente relacionado com o saber de cada um de nós.

A educação permanente, que visa analisar os processos de trabalho e ampliar os conhecimentos, promove a interação entre profissionais da equipe e a troca de experiências, através da demonstração das dificuldades e das potencialidades ocorridas em suas vivências práticas. Esta pesquisa promoveu a reflexão entre os profissionais de saúde envolvidos nos processos de trabalho relativos ao acesso à saúde bucal e proporcionou a formulação conjunta de estratégias para melhorar a qualidade da atenção, com a inserção de condutas voltadas para o acolhimento com classificação de risco, e adaptá-las à situação vivenciada por seus integrantes.

A experiência da pesquisa se deu em espaço institucional favorável a sua realização e indicou que, para instituir o acolhimento com classificação de risco como estratégia a ser pactuada entre os profissionais e os usuários, é importante manter o compromisso com a Gestão para que o trabalho do profissional seja valorizado. O apoio técnico constante é necessário para promover a assistência às equipes no planejamento das ações integradas à comunidade de forma que todos participem da reorganização do processo de trabalho com a utilização dessa ferramenta, com uma rotina de reuniões com os diversos atores para as pactuações e avaliações constantes com vistas à melhoria do acesso.

Em se tratando de um estudo motivado pelo desejo de transformar uma realidade, a experiência de realizá-lo reafirmou que não basta elaborar formalmente políticas públicas, protocolos, normas, registros em papéis, mesmo que reconheçamos a importância de sua existência. Consideramos que as mudanças requerem uma ação concreta dos sujeitos, para que as pessoas desenvolvam empatia pelo outro, com o objetivo de demonstrar que somos capazes de modificar nossas ações em prol de um bem maior e comum aos envolvidos: saúde para todos como um direito humano e de cidadania.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B. R. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre acesso do usuário à assistência farmacêutica**. Rev. Bras. Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 243-250, abr./jun. 2012.

ARAKAWA, T. et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm**., v. 19, n. 4, p. 994-1002, 2011.

ARAÚJO, L. F. S. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.15, n.3, p.53-61, jul./set. 2013.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2865-2875, 2012.

BARBOSA, S. P.; COELHO, D. F. Acesso, saúde e resolutividade: desafios e perspectivas do sistema único de saúde. **Revista Enfermagem Integrada do Unileste***,* Minas Gerais, v.38, n.3, 2011.

BIZERRIL, D. O. et al. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal**. Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v.10, n.37, p.1-8, 2015.

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.11, n.1, jan./mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Projeto Promoção de Saúde**: Carta de Otawa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agente Comunitário de Saúde - PACS**. 1ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. 1ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política nacional de humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 1ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 20p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**.** 1ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 48p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2.ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Publicada no DOU n 12, quinta-feira, 13 de junho de 2013, seção 1, página 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente - Programa Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php>. Acesso em: 30 de maio. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe de saúde da família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 26 de maio. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ).** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 05 de jun. 2016

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, nov. 2010.

BULGARELI, J. ET AL. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.19, n.2, fev. 2014.

CARNUT, L.; SILVA, J. L. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: das desigualdades sociais à inserção das ações. **J. Manag. Prim. Health Care,** v.3, n.2, p.186-196, 2012.

CARNUT, L. et. al. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3083-3091, 2011.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

CAMPOS, M. V. B. **Organização da demanda e do acesso ao tratamento odontológico através da classificação de risco**: um plano de intervenção para uma equipe de saúde bucal de estratégia de saúde da família do município de Jaboticatubas/MG. Minas Gerais, 2013.

CASOTTI, E. et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro,v.38, n. especial, p.140-157, out. 2014.

CASTRO, R. D.;OLIVEIRA, G. R. C.;ARAÚJO, I. M. Estudo da acessibilidade organizacional aos serviços de saúde bucal de um município de pequeno porte do nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v.14, n.4, p.65-76, 2011.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comum. Saúde Educ**. v. 9, n.16, p.161-167, 2005.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. IN: Pinheiro, R. e Mattos, R.A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMSUERJ-ABRASCO, 2001.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, 26p. 2004.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.3, 2009.

COIMBRA, M. B. et al. Reorganização da demanda para atendimento odontológico no município de Amparo/SP: o desafio de garantir o acesso equânime às ações de saúde bucal. **Odonto,** São Paulo, v.19, n.37, p.117-123, 2011.

CÔRTES, N. Descaminhos do método: notas sobre história e tradição em Hans-Georg Gadamer. **Vária História,** Belo Horizonte, v.22, n.36, p.274-90,2006.

DALPIAZ, A. K. ; STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: reflexão de algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2001,São Luís. **Anais...** Maranhão: UFMA, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2016.

DAMIANI, M. F. et al. Discutindo pesquisa do tipo intervenção pedagógica. **Cadernos de Educação - UFPel**, n.45, p.57-67, maio./ago. 2013.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud**: aspectos fundamentales de La organización de la atención médica. México DF: Fondo de Cultura Económica, 1988.

DUTRA, A. C. M. et al. **O levantamento de necessidades em saúde bucal e a organização da atenção para crianças de zero a seis anos de 166 creches de Belo Horizonte**. SMSA/BH, Belo Horizonte, 2005. Disponível em:

<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudebucal/inqueritodenecessidadesem166crechesdebh.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

FERREIRA, A. B. H. **O dicionário da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2010.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.11, n.23, set./dez. 2007.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev. Bras. Med. Comunidade.** Florianópolis, v.7, n. 22, p.5-9, jan./mar. 2012.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, BRASIL). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.231-240, jan. 2011.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 177-198,1996.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p.318-332, fev. 2014.

GONÇALVES, V. B. et al. Variáveis associadas ao desempenho de cirurgiões-dentistas na estratégia de saúde da família. **RFO**, Passo Fundo, v. 17, n. 2, p. 201-207, maio/ago. 2012.

HAYACIBARA, M. F. et. al. Experiência de clínica ampliada em Odontologia na Universidade Estadual de Maringá. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, supl. 2, jan./mar. 2012.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde (PMS)** 2010-2013. Jaboatão dos Guararapes, 2009.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Planejamento. **Relatório Anual de Gestão** – RAG 2011. Jaboatão dos Guararapes, 2011.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Planejamento. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2016**. Jaboatão dos Guararapes, 2016.

LIMA, R. M. F. M. **Promoção da alimentação saudável na Atenção Primária à Saúde**: contribuição para construção coletiva do saber-fazer. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Natal, 2013.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em Saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v.39, n.104, jan./mar.2015.

LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro, Editora da UERJ, 1993.

MARTINS, P.; AGUIA, A. S. W. Acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: avanços e desafios da 11ª região de saúde do Ceará. **SANARE,** Sobral, v.10, n.1, p. 06-12, jan./jun. 2011.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, fev. 2014.

MATTOS, M. G. **Acolhimento na equipe de saúde bucal**: uma revisão de literatura. Conselheiro Lafaiete/ Minas Gerais, 2012.

MELO, A. C. B. V.; BRAGA, C. C.; FORTE, F. D. S. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde,** v. 15, n. 3, p.309-318, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.189p.(Saúde em debate, 145) Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf > Acesso em: 05 jan. 2016.

MICUSSI, F. A. **Cuidado do ninho da cegonha**: uma proposta de qualificação do pré-natal na unidade básica de saúde do Campo da Mangueira, município de Macaíba/RN. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Natal, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O caminho do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 2012.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NEVES, R. F. **A interação do Ciclo da Experiência de Kelly com o Círculo Hermenêutico Dialético para a construção de conceitos de Biologia**. Dissertação (Mestrado em Ensino das Ciências) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

OLIVEIRA, M**.** M. Metodologia Interativa: um desafio multicultural à produção do conhecimento. **V Colóquio Internacional Paulo Freire**. Recife, 19 a 22 de setembro de 2005. Disponível em: <http://www.paulofreire.org.br/pdf/relatos_experiencia/>. Acesso em: 05 de jun. 2015.

OLIVEIRA, M. M. **Formação em associativismo e desenvolvimento no Nordeste do Brasil**: a experiência de Camaragibe. 1999. 320 f. Tese (Doutorado em Educação). Universidade de Sherbrooke, Canadá, 1999.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** 5. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

PENCHANSKY, R., THOMAS, W.J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v.19, n.2, p.127–40, 1981.

PITCHON, A. **A Estratégia de Saúde da Família e sua relação com as internações por condições sensíveis à Atenção Primária no município de Belo Horizonte, MG.** 2014. 76 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

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,** Botucatu-SP, v.15, n.36, jan./mar. 2011.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. especial, p.358-372, out. 2014.

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

QUEROL, M. A. P.; JACKSON FILHO, J. M.; CASSANDRE, M. P. Change Laboratory: uma proposta metodológica para pesquisa e desenvolvimento da aprendizagem organizacional. **Administração**: ensino e pesquisa, v.12, n.4, p.609-640, out./nov./dez. 2011.

RAO, M.; PILOT, E. The missing link the role of primary care in global health. **Global Health Action**, v.7, feb. 2014.

RASANATHAN, K. et al. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. **J Epidemiol Community Health**, v.65, n.8, aug. 2011.

RESENDE, F. M. **A classificação de risco como proposta de organização da demanda em uma equipe de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família**. Formiga/ Minas Gerais, 2010.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.23, n.4, p.67-73, dez. 2003.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GOGOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p.87-111, 2016.

RODRIGUES, A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas - Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n.2, 2005.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, v.26, n.1, p.44-52, 2014.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam Salud. Publica**, v.31, n.3, p.260-8, 2012.

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

SCHOLZE, A. S. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade,** Rio de Janeiro, v.9, n.31, p.219-226, abr./jun. 2014.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. C. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de Enfermagem. **Rev. Min. Enf.,** Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 225-231, abr./jun. 2012.

SILVA, E. P. et. al. Projeto Terapêutico Singular como estratégia de prática de multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Rev. Bras. Ciências de Saúde**, v.17, n.2, p.197-202, 2013.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Regionalização do SUS no grande abc: compreendendo a relação entre oferta e demanda de serviços de saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 3, n. 1, jan./jun. 2014.

SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGASSU, M. C. T. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v.34, n.6, p.401- 6, 2013.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública,** v.23, n.11, Rio de Janeiro, nov. 2007.

SOUZA, E. C. F. **Bocas, câncer e subjetividades**: patografias em análise, 2003. 305 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Ciências Médicas, Campinas/SP, 2003.

SOUZA, E. C. F. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 24-28, jan./mar. 2006.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.100-110, 2008.

SOUZA, E. C. F. **Doença, narrativa e subjetividades**: patografias como ferramentas para a clínica. Natal: Editora da UFRN, 2011.

SOUZA, MC. **Modelo de atenção à saúde no Centro de Saúde Parque Floresta – Alagoinhas.** 2006. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana (BA), Feira de Santana/BA, 2006.

SOUZA, S. C. et al. Direito à saúde e Bioética no contexto da Atenção Primária: uma revisão da literatura. **EF Deportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, ano 19,n.196,set.2014.

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

TAVARES, R. P. et al. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 628-635, out./dez. 2013.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M**.** Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.20, n.2, jan. 2004.

UNIVERSIDADE DE BELO HORIZONTE. **Programa Posso Ajudar**. UNIB. Disponível em: <http://unibh.br/extensao/posso-ajudar>. Acesso em: 11 de jun. 2016.

VASCONCELOS, F. N.; VASCONCELOS, E. M.; 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. **Rev. Tempus - Actas de Saúde Coletiva.** São Paulo, v.5, n.3, p.115-122, 2011.

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais /Escola de Enfermagem, Minas Gerais, 2010.

XAVIER, M. C. S.; BASTOS, H. F. B. N.; FERREIRA, H. S. O Círculo Hermenêutico-dialético (CHD) como alternativa metodológica para a Educação Agrícola Superior. Associação Brasileira de Educação Agrícola Superior- ABEAS. **Revista Educação Agrícola Superior**. v.21, n.2, Jul. /Dez. 2006.

WERNECK, M. A. F. Bucalidade e existência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1 Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICE A

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro/a participante:

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada "**Saúde bucal na atenção básica: estratégias para melhoria do acesso**", cuja pesquisadora responsável é Samiramis Simone de Sousa Rezende, sob a orientação acadêmica da Professora Dra. Elizabeth Cristina Fagundes de Souza. A pesquisa é um requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF.

O objetivo da pesquisa é de analisar o acesso às ações de saúde bucal na atenção básica e compor estratégias de intervenção na perspectiva de sua melhoria. Estabelecemos, ainda, como objetivos específicos: analisar as percepções dos profissionais da equipe de saúde da família sobre o acesso à atenção à saúde bucal; dialogar com a equipe sobre conhecimentos e experiências de acesso às ações de saúde bucal na atenção básica; definir e compor estratégias de intervenção que possibilitem a melhora do acesso à saúde bucal na atenção básica.

Os motivos que nos levaram a fazer este estudo foram: a observação das dificuldades de acesso à atenção à saúde bucal e os danos causados à população pelas práticas profissionais, com foco na doença, contrárias a uma visão ampliada e integralizada do cuidado.

Sua participação será voluntária, e você poderá desistir de participar da pesquisa, se assim julgar necessário, utilizando todos os princípios que a regem, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga prejuízo ou penalidade. Esclarecemos que não haverá qualquer incentivo financeiro por sua participação no estudo, mas poderá haver ressarcimento por qualquer custo decorrente dessa participação. Caso decida participar, será submetido/a aos seguintes procedimentos: responderá a algumas questões específicas que correspondem aos objetivos do estudo e participará de oficinas que possibilitem o diálogo sobre os conhecimentos e suas experiências a respeito da temática que envolve a pesquisa, com o intuito de

compor estratégias para melhorar o acesso à saúde bucal. Todos os encontros serão realizados na unidade de saúde, nos turnos matutino e vespertino, em local calmo e reservado, previamente agendados e acordados com a equipe na coordenação. Os momentos serão gravados em áudio e transcritos posteriormente para serem usados na pesquisa. As informações que você irá nos fornecer serão confidenciais e utilizadas apenas em congressos ou publicações científicas, e não divulgaremos nenhum dado que possa identificá-lo/la. Esses dados serão guardados pelo pesquisador, em local seguro e por um período de cinco anos, e será assegurado o anonimato das informações e dos depoimentos, através do uso de codinomes. Informamos, ainda, que a pesquisa segue os princípios ético-legais contidos na Resolução n° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos.

A participação no estudo não trará lhe prejuízos, e os riscos serão os mínimos possíveis, somente de desconforto ou constrangimento ao responder a algum questionamento, seja pela exposição ou por não saber, invasão de privacidade, perda de tempo e exposição da identidade. Para minimizar esse risco, informamos que, caso considere alguma pergunta constrangedora, você terá o direito de se recusar a responder sem nenhuma penalidade. Os procedimentos utilizados não oferecem risco à sua dignidade nem à sua integridade física ou mental. Serão respeitados os princípios de privacidade e confidencialidade e não haverá a divulgação personalizada das informações prestadas. A pesquisadora irá tratar a identidade dos participantes com padrões profissionais de sigilo. O nome ou o material que indique a participação não será liberado sem autorização por escrito.

Os possíveis benefícios do estudo ocorrerão em médio e em longo prazos, visto que esperamos que seus resultados possam contribuir para reflexões em relação à composição de saberes e práticas transformadoras, que promovam a melhoria do acesso e a qualificação do cuidado em saúde bucal, apresentando dados que poderão suscitar novas pesquisas e discussões. Você ficará com uma cópia deste termo e se tiver alguma dúvida r a respeito da pesquisa, poderá perguntar diretamente para a responsável por ele, Samíramis Simone de Sousa Rezende, pelo telefone (81) 99145-7474 ou pelo e-mail samiramis.simone@gmail.com. Também poderá obter informações com a

Professora Elizabeth Cristina Fagundes de Souza, pelo telefone (84) 99418-7725 ou pelo e-mail betcris2013@gmail.com. Assim, a assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido formaliza sua autorização para aplicação do questionário que irá abordar questões relacionadas aos objetivos da pesquisa.

Instituição proponente:
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC
Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis
CEP: 59.012-300 - Natal/RN
Fone: (84) 3342-9727

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL
Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis - Natal/RN
CEP 59.012-300
Fone: (84) 3342 5003
E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, depois de ter lido e compreendido as informações acima descritas e ter sido informado/a dos objetivos do estudo, concordo em participar da pesquisa.

Declaro que considero preservada minha participação como voluntária/o na pesquisa proposta, sem coerção pessoal ou institucional.

Estou ciente, portanto, de que sou livre para recusar respostas a determinadas perguntas dos questionamentos, para retirar meu consentimento e desistir de participar a qualquer tempo, bem como terei a oportunidade de perguntar sobre qualquer questão que desejar, e que todas elas deverão ser respondidas pelos pesquisadores a meu contento.

Autorizo o uso dos dados obtidos, a publicação do trabalho e seu uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas, desde que seja mantido o sigilo sobre minha identidade, através de pseudônimos. Estou ciente de que nada tenho a exigir a título de ressarcimento ou indenização por minha participação na pesquisa e que os riscos decorrentes são mínimos.

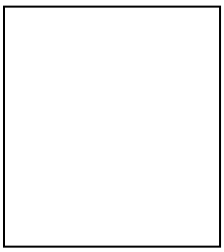
Jaboatão/PE, _____/_____/_____

_____

Participante

_____

Samíramis Simone de Sousa Rezende
(Pesquisadora responsável)



APÊNDICE B

APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu,_____, depois de ser informado/a sobre os riscos e os benefícios que a pesquisa intitulada "**Saúde bucal na atenção básica: estratégias para melhoria do acesso**" poderá trazer e entender, especialmente, os métodos que serão usados na produção de dados, e de estar ciente de que a gravação dos questionamentos é necessária, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Samiramis Simone de Sousa Rezende a gravar os relatos sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados de me garantirem os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação.

2. Os dados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais.

3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas.

4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização.

5. Os dados serão guardados durante cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora Samíramis Simone de Sousa Rezende e, depois desse período, serão destruídos.

6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Jaboatão,_____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

APÊNDICE C

APÊNDICE C - QUESTIONAMENTOS

Identificação:
Tempo de atividade profissional:
Formação (Ensino Médio, Técnico, Superior):

Idade:
Sexo: Data:

1. O que você entende por acesso?

2. Como acontece o acesso aos cuidados de saúde bucal na USF?

3. Quais as dificuldades do acesso à saúde bucal na USF?

4. O que fazer para melhorar o acesso e qualificar a atenção à saúde bucal na USF?

APÊNDICE D

APÊNDICE D - Construção dos eixos temáticos e temas centrais identificados no Círculo Hermenêutico Dialético – CHD

Quadro 5 - Percepções sobre acesso

Quadro 6 - Percepções sobre acesso à saúde bucal

Quadro 7 - Percepções sobre as dificuldades de acesso à saúde bucal

Quadro 8 - Percepções sobre a qualificação do acesso à saúde bucal

Apêndice D- **Quadro 5**- Percepções sobre acesso

Depoimentos/Narrativas	Eixos temáticos/ Categorias	Temas centrais/ Unidades de sentido
P1-"Acesso é o meio do qual ajuda, ou seja, facilita a marcação e atendimento médico. Tanto do dentista como do clínico. É uma coisa que facilita ter o acesso a marcação, pois nem sempre temos facilidade para isso. São poucas vagas e a demanda é grande, aí sempre fica alguém de fora, sem conseguir".	Acesso é o meio que facilita a marcação e o atendimento, sendo poucas vagas com grande demanda.	Marcação Atendimento Oferta Demanda
P2-"Acesso é o direito de termos em entrar em qualquer lugar. Todos tem direito ao acesso a saúde, mas infelizmente isso não acontece. Tem problemas de quantidade de fichas, problemas de horário, problema do médico não estar presente".	Acesso é direito de todos, de entrar nos lugares. Mas existem problemas de quantidade de fichas, de horário e ausência de médicos.	Direito Vagas Horário Ausência
P3-"Agente tem um perfil de população carente. As pessoas adoecem por conta da forma como nós vivemos, seja a forma como nos alimentamos como nos relacionamos com o próximo, a forma como nos comportamos no dia a dia. Então quando agente faz as coisas de forma errada agente adoece,seja um problema de boca, seja um problema físico ou seja um problema psíquico. Quando o usuário chega na porta da unidade para acessar o serviço, ele muitas vezes fica de fora, por que ele teria que chegar muito cedo e não consegue chegar cedo demais e as vezes, ele chegou cedo mas não tem o anestésico ou a unidade está sem água, o profissional saiu de férias e a secretaria não tem profissional para substituir durante as férias. Então a oferta é sempre menor que a demanda, isso do odontólogo até os serviços gerais, agente hoje tem rodízio de serviços gerais por que não tem esse profissional. Como é que você pensa em uma unidade de saúde e você não tem o profissional para manter aquela unidade limpa. Então eu resumo tudo isso em oferta. Quando você fala naquele que precisa de um leite específico, de uma medicação mais cara, sabe que todos tem direito de ter o acesso".	População carente. As pessoas adoecem pela forma como se alimentam, se comportam e se relacionam. A oferta de serviços disponibilizada é baixa, falta materiais e profissionais, fazendo com que o usuário tenha que chegar muito cedo para ter acesso. Todos têm direito à saúde.	Desigualdades sociais Educação Oferta Falta de material Ausência de profissionais Equidade Direito
P4-"Para mim acesso é você saber chegar, se localizar a qualquer instituição, qualquer local que você necessita. A facilidade. É chegar e saber dos direitos e contar com eles. Isso para mim é acesso. É Você saber os direitos que você tem".	Saber os locais de que o usuário necessita, facilitando o acesso, sabendo seus direitos.	Referência Comunicação Direitos
P5-"Acesso é direito e o compromisso de executar. O sistema se compromete a executar, nem executa e nem tão cedo vai executar. Como nosso colega falou, os números no Brasil são enormes e quando você trás isso para o município e o bairro, há uma falha enorme. Então, o acesso na realidade hoje não existe".	Acesso está relacionado ao direito e o compromisso de executar, mas o sistema não executa, pois os números são enormes.	Direito Resolutividade Alta demanda
P6-"Obtenção do serviço necessitado, conseguir chegar até o serviço conforme está no SUS, que a população tem total direito, é o que eles pregam, está muito bonito no SUS e tem realmente a dificuldade, principalmente na área de dentista".	Obtenção do serviço e Direito à saúde.	Acesso Acesso Geográfico Direito
P7-"É dar disponibilidade ao paciente, o atendimento. Que realmente a demanda é muito grande e a oferta muito pouca".	Disponibilidade ao paciente. Alta demanda e pouca oferta.	Disponibilidade Alta demanda Baixa oferta
P8-"O acesso é independente de cor ou classe social. Todos tem o direito à saúde e ao atendimento. No papel está muito bom, mas na prática precisa mais de acolhimento com os pacientes e com os profissionais de saúde, pois muitas vezes os profissionais precisam e não tem acesso a nada e tem que estar mendigando, pedindo a um e a outro. Então é muito fácil chegar e dizer: vamos acolher e quando chega à prática, nos postos é zero".	Direito à saúde para todos, melhoria no atendimento com necessidade de realizar o acolhimento.	Direito à saúde Acolhimento

P9-“O acesso deveria ser para todos, mais fácil. Pois tem um determinado número de fichas, aonde as pessoas chegam às 4 horas da manhã e não conseguem vaga, pois tem aquele determinado número de material e aquela quantidade x. O SUS diz que você deve ter acesso a qualquer local e quando você muda de local você tem dificuldade de acesso por que você tem que ser da área. Outra coisa é acolher o paciente quando ele chega, pois se você der qualquer atenção a ele, ele vai se sentir o máximo. Qualquer coisa que você fala para aquela pessoa e olha para ele, você já está dando acesso ao dar uma resposta para ele. Você tem que ter atendimento único e igual para todos”.	Facilitar o acesso. Marcação por quantidade de fichas, com grande demanda e pouca oferta. Dificuldade de conseguir marcação para pessoas fora de área. Acolher o paciente, dar atenção, saber ouvir.	Acesso facilitado Dificuldade de marcação Baixa oferta alta demanda Acolhimento Escuta
P10-“Acesso é você tentar criar mecanismos, dispositivos para tentar facilitar a entrada do usuário no sistema. Não só entrar, ele vir para o serviço em si para pode cuidar e tratar dele, mas agente levar a ele no caso os pacientes acamados, levando cuidados em saúde”.	Criar dispositivos para facilitar a entrada do usuário no sistema, como também, oferecer cuidados e tratamento.	Dispositivos /ferramentas Cuidados
P11-“Acesso é o meio de possibilitar que as pessoas sejam atendidas em suas necessidades levando em conta suas peculiaridades, expectativas e risco epidemiológico”.	Possibilitar o atendimento das pessoas visando suas necessidades, levando em conta suas peculiaridades e risco.	Necessidades Riscos

Apêndice D - **Quadro 6**- Percepções sobre acesso à saúde bucal

Depoimentos/ Narrativas	Eixos temáticos/ Categorias	Temas centrais/ Unidades de sentido
P1-"O acesso à saúde bucal deixa muito a desejar apesar de ter bons profissionais, falta muito material. Tem poucas vagas disponibilizadas dentro do limite de material, fazendo com que as pessoas tenham que vir muito cedo para conseguir a vaga, ficando expostas à violência. Aliás, o acesso a dentista no Brasil é muito difícil, deixa muito a desejar, o incentivo aos profissionais também é baixo, materiais de péssima qualidade, faltam instrumentais".	Profissionais com qualificação, porém com poucas vagas, falta de instrumentais, materiais de baixa qualidade e ausência de incentivo para os servidores.	Qualificação Oferta Qualidade Materiais Incentivo
P2-"O acesso é bom, mas às vezes faltam muitas coisas. A dentista é muito boa. Acho que o profissional dentista deve ir atender no domicilio, pois é muito importante. Deve sair do seu aconchego e ir para área".	Qualidade do profissional, mas com falta de materiais. O atendimento deve ser realizado nos domicílios.	Qualidade Falta de material Atendimento domiciliar
P3-"O acesso à saúde bucal é através da marcação de consultas. É ofertado um número X de vagas e no dia da marcação a população vem e dentro do que a pessoa consegue é marcada sua consulta".	O acesso à saúde bucal é realizado por marcação de consultas em dia específico, sendo ofertada uma quantidade de vagas para a população.	Marcação Agendamento Oferta
P4-"Acredito que o acesso à saúde bucal deve ser feito pelo agente de saúde, que leva a informação de como é feita a marcação. A quantidade disponibilizada é pouca e o horário que se chega é muito ruim para conseguir uma vaga. É realizada a triagem e o acolhimento pela equipe de saúde bucal na unidade de saúde".	Realização da informação sobre o acesso à saúde bucal pelo agente de saúde, onde a oferta é baixa, sendo a triagem e o acolhimento realizados pela equipe de saúde bucal.	Informação Oferta Triagem Acolhimento
P5-"De forma tranquila e organizada".	Organização do processo de trabalho	Organização Trabalho
P6-"Através de agendamento, que é realizado uma vez ao mês e também com os serviços de prevenção de saúde que é realizado nas escolas, fazendo aplicação de flúor, escovação e todo um trabalho educativo com palestras e ensinamentos e como realizar a escovação".	Realização de agendamento, com serviços de prevenção nas escolas e atividades educativas.	Agendamento Prevenção Atividades educativas
P7-"Através de marcação mensal para os dias disponíveis do mesmo".	Marcação mensal para os dias disponíveis.	Marcação Disponibilidade
P8-"O acesso à saúde bucal acontece com o dia e a hora marcada para o paciente vir para o posto. Quando acontece alguma ocorrência como falta de água e de materiais tem que esperar até que volte para o atendimento".	Marcação com dia e horários pré-agendados, mas com a dependendo da oferta de materiais e equipamentos.	Marcação Agendamento Falta de materiais
P9-"São disponibilizadas vagas para marcação e para urgência, é marcada uma quantidade x de pacientes para cada dia da semana, separados por grupos".	Marcação de demanda agendada por grupos e disponibilização para urgência.	Demanda agendada Urgência Grupos
P10-"O acesso à saúde bucal acontece de forma espontânea através dos atendimentos de urgência e marcação através do sistema de vagas as quais são disponibilizadas de acordo com as necessidades do usuário e de acordo com a capacidade da própria unidade de saúde".	Marcação por disponibilidade de vagas de acordo com a capacidade da unidade e a necessidade do usuário.	Marcação Disponibilidade Capacidade Necessidade
P11-"É realizado agendamento de consultas semanais e quando possível atendimento às urgências".	Realização de agendamento de consultas e atendimento às urgências	Agendamento Consultas Urgências

Apêndice D - **Quadro 7**- Percepções sobre as dificuldades de acesso à saúde bucal

Depoimentos/Narrativas	Eixos temáticos/ Categorias	Temas centrais/ Unidades de sentido
P1-“Chegar muito cedo para marcação, filas e poucas vagas, poucos materiais”.	Formação de filas para marcação, horário deficiente, poucas vagas e poucos materiais.	Filas Marcação Oferta Quantidade de material
P2-“A população é maior que a oferta”	Demanda maior que oferta	Oferta Demanda
P3-“Muita demanda para pouca oferta e falta de materiais”.	Demanda maior e que oferta e falta de materiais	Oferta Demanda Falta de material
P4-“Falta de material e o não funcionamento de equipamento, fazendo com que os pacientes não sejam atendidos”.	Ausência de materiais e mau funcionamento dos equipamentos	Falta de material Equipamentos precários
P5-“Número de fichas menor que o número de usuários”.	Demanda maior que oferta	Oferta Demanda
P6-“Falta de materiais, poucas fichas, equipamentos que não funcionam”.	Ausência de materiais, mau funcionamento dos equipamentos e poucas fichas.	Oferta Falta de materiais Equipamentos precários/ manutenção
P7-“Muita quebra de equipamento e demora no conserto. O RX desde que chegou não foi utilizado, pois não funciona”.	Manutenção deficiente com equipamentos precários	Manutenção Equipamentos
P8-“Demora de se conseguir o atendimento, fazendo o quadro evoluir e o sofrimento também”.	Dificuldade de atenção à saúde, causando danos e sofrimentos ao usuário.	Dificuldade de acesso Danos e sofrimento
P9-“O número de profissionais em relação à demanda, dificuldade para a manutenção dos equipamentos e falta de materiais de insumos”.	Relação deficiente entre a capacidade da equipe e a população atendida, manutenção de equipamentos precária e falta de insumos odontológicos.	Capacidade da equipe Elevada demanda Equipamentos precários Falta de insumos
P10-“Limitação de atendimento por grupos diminui o acesso, pois fica com apenas um dia na semana para o atendimento daquele determinado grupo, limitando o acesso. Fica cômodo para o profissional”.	Limitação do atendimento por grupos em determinados dias, dificultando o acesso para outros sujeitos.	Agendamento por grupos Acesso para todos
P11-“Insuficiência do número de vagas e capacidade laboral da equipe de saúde bucal, como também de insumos e rede especializada em saúde bucal”.	Redução de vagas ocasionada pela baixa capacidade relacionada à alta demanda, falta de insumos e baixa capacidade da rede especializada.	Alta demanda Baixa oferta Rede especializada Falta de insumos

Apêndice D - **Quadro 8**– Percepções sobre a qualificação do acesso à saúde bucal

Depoimentos/Narrativas	Eixos temáticos	Temas centrais
P1-"Muitas pessoas tem fobia de dentista. Então tem que qualificar os profissionais a respeito da ética profissional, como tratar o paciente para ter um cuidado com a saúde da boca e do corpo todo, pois uma boca com problemas pode gerar isso para o corpo todo. Tem que ser trabalhado o lado psicológico do paciente por esse ter medo".	Qualificar os profissionais em relação à ética profissional e em cuidados integrais, pois os problemas bucais podem afetar todo o corpo.	Qualificação Ética Cuidado Saúde Bucal
P2-"Acho que podemos melhorar aprendendo mais a cuidar da pessoa do jeito certo".	Melhorar o cuidado através de capacitação profissional.	Qualificação Capacitação Cuidado
P3-"Qualidade nos serviços da unidade e nos outros serviços com condições de trabalho".	Qualificar a assistência e dar condições de trabalho.	Qualificação profissional Condições de trabalho.
P4-"Realizar educação continuada para os profissionais entre si independente da gestão com os próprios profissionais da unidade sendo esse multiplicador da informação".	Realizar educação continuada entre os próprios profissionais.	Qualificação profissional Educação continuada
P5-"Capacitar os profissionais para atuar nos serviços. Todos os profissionais tem que se atualizar sempre. Receber com uma cara boa o paciente, pois nossos problemas devem ficar em casa. A comunidade quer uma solução e sendo simpático com a pessoa podemos minimizar aquele problema que poderia se estender para os demais profissionais. Os próprios colegas devem se respeitar como seres humanos entre si, repassando para a comunidade como ele é com o grupo. Temos que ser mais amigos, mais humanos para melhorar o acesso da comunidade".	Capacitação e atualização profissional com educação continuada. Atuar com receptividade e com acolhimento frente aos sujeitos e aos profissionais da unidade, com respeito e humanização.	Capacitação profissional Educação Escuta Acolhimento Humanização
P6-"É necessário um serviço de maior complexidade com maior atendimento, o agente de saúde pode informar aos profissionais das condições dos usuários, pode ir para as escolas atuando junto com a dentista na prevenção. Deve ter qualificação dos profissionais e da comunidade em saúde bucal. O agente pode fazer certa triagem ajudando a dentista, melhorando a comunicação e o acolhimento".	Melhorar os serviços com o aumento de ofertas, atuação dos agentes de saúde como elo de informações entre a comunidade e os profissionais da equipe e introdução de ferramentas, como o acolhimento, para a melhoria do acesso.	Ofertas de serviços Agentes de saúde Escuta Comunicação Informação Acolhimento Acesso
P7-"Temos que ter mais escuta, pois agente fala tanto em escuta e acolhimento, mas não fazemos. Temos que ter o olhar diferente, parando para saber se existe outros problemas na vida daquele usuário ou paciente. Temos que dar prioridade aquele que mais precisa e também o funcionário tem que ser priorizado. Temos que guiar ou mostrar o caminho para resolver os problemas, pois aquele que tá lá fora as vezes tem mais problemas que agente".	Realizar a escuta qualificada e o acolhimento, priorizando o atendimento de acordo com as necessidades e riscos.	Escuta qualificada Acolhimento Equidade Critério de risco Necessidades
P8-"Prestar um melhor cuidado com o paciente e realizar encaminhamentos para resolver os seus problemas quando ele necessita de serviços especializados com qualidade".	Prestar o cuidado integralizado, visando suas necessidades, de forma qualificada e resolutiva.	Cuidado integral Necessidades Escuta qualificada Resolutividade
P9-"Mostrar ao paciente a importância do cuidado em saúde bucal".	Mostrar a importância do cuidado em saúde bucal.	Cuidado em saúde bucal
P10-"Podemos fazer as remarcações para a continuidade do cuidado e realizar os encaminhamentos devidos".	Realizar ações para continuidade do cuidado	Cuidado integral Acompanhamento
P11-"Elaborar método de acolhimento com classificação de risco, agendamento por demanda diária, temos que ter tecnologia leve, vínculo, atenção e um atendimento humanizado, reduzir a demanda populacional da equipe, pois a população excede 6.000 pessoas, programar atividades de educação em saúde com foco na promoção da saúde bucal e prevenção de doenças, voltar ao horário normal de atendimento, pois estamos funcionando em horário reduzido, planejar educação permanente para a equipe com realização de reuniões semanais da equipe para acompanhamento e resoluções das problemáticas que possam surgir, empoderar a comunidade".	Implantar o acolhimento com classificação de risco, aumentar a oferta e diminuir a demanda para a real capacidade de atendimento, realizar atividades de promoção da saúde bucal e prevenção de doenças, planejar educação permanente para a equipe com reuniões semanais, empoderar a comunidade para que junto com a equipe possa melhorar a assistência a saúde.	Acolhimento com classificação de risco Promoção de saúde bucal e prevenção de doenças Educação permanente Autonomia e empoderamento da comunidade frente à saúde.

APÊNDICE E

APÊNDICE E - PROGRAMAÇÃO DA PRIMEIRA OFICINA

TEMA: Acolhimento

DATA: 06/05/16

HORÁRIO: 08h00min às 13 h30min.

PARTICIPANTES: Profissionais da equipe de saúde da família Praia do Sol

OBJETIVOS:

1. Apresentar o acolhimento como uma estratégia a ser implantada na Unidade de Saúde Praia do Sol para obter a melhoria do acesso à saúde;

2. Construir o fluxograma de acesso à demanda espontânea.

PROGRAMAÇÃO

08h00min – Boas vindas

08h15min – 08h30min – Apresentação dos participantes

08h30min- 09h30min – Reflexão sobre o termo ‘acolhimento e seu significado

09h30min - 10h30min – Apresentação teórica do assunto com base no caderno de acolhimento número 28 do MS.

10h30min – 11h00min - Lanche

11h00min – 12h00min – Apresentação de vídeo da Rede Humaniza SUS e Roda de conversa - Repensando nossas práticas em saúde com a frase estimuladora: Eu realizo o acolhimento?

12h00min – 13h00min – Construção coletiva do fluxograma de acesso à demanda espontânea.

13h00min – 13h30min – Avaliação da oficina e encerramento.

APÊNDICE F

APÊNDICE F - PROGRAMAÇÃO DA SEGUNDA OFICINA

TEMA: Classificação de risco

DATA: 27/05/16

HORÁRIO: 08h00min às 13 h30min.

PARTICIPANTES: Profissionais da equipe de saúde da família da Praia do Sol

OBJETIVO:

1. Demonstrar e construir a classificação de risco em conformidade com a realidade vivenciada pelos profissionais da equipe em seu contexto de trabalho.

PROGRAMAÇÃO:

08h00min – Boas vindas

08h30min – 09h00min – Apresentação e retomada da temática do ‘Acolhimento’ com classificação de risco e do fluxograma de acesso à demanda espontânea construído na oficina anterior;

09h00 – 10h30min – Apresentação da classificação de risco pelos profissionais da equipe (médica, enfermeiro e dentista);

10h30min- 11h00min – Lanche;

11h00min – 12h00min – Roda de conversa a respeito do risco sobre o aspecto social e da doença com suas classificações;

12h00min – 13h00min – Construção da classificação de risco a ser utilizada pela equipe com base na realidade vivenciada pelos profissionais;

13h00min – 13h30min – Avaliação da oficina e encerramento.

ANEXO

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL
SECRETARIA EXECUTIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
GABINETE

Jaboatão dos Guararapes, 12 de novembro de 2015

CARTA DE ANUÊNCIA

A pesquisa **"SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DO ACESSO"**, da aluna Samiramis Simone de Sousa Rezende, estudante do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família do Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, está autorizada a ser realizada nesta instituição, sob acompanhamento da Orientadora Prof. Dra Elizabethe Cristina Fagundes de Souza.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Gessyanne Vale Paulino
Secretária Exec. de Promoção da Saúde
Matrícula 58.696-7

Gessyanne Vale Paulino
Secretária Executiva de Promoção da Saúde

Av. Barreto de Menezes, S/N – Prazeres 54.330-900 – Jaboatão dos Guararapes – PE
Fone: 3476.2388/ 3476.4792 - Fax: 3476.9904 CGC: 10.377.679-0001/96