

**Code: 83-BR**

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL E O ENVOLVIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA PERIFERIA DE SALVADOR-BAHIA, BRASIL: avanços e limites.**

Haline Souza Antunes – Cirurgiã dentista. Especialista em Saúde da Família. Mestre em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). E-mail: halinea1@hotmail.com

Marluce Maria Araújo Assis – Professora titular da (UEFS). E-mail: aassis@uefs.br.

Adriano Maia dos Santos – Docente da Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: adrianouefs@yahoo.com.br.

\*Endereço profissional: Av. Transnordestina, s/n. Bairro: Novo Horizonte. Centro de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, Módulo VI – NUPISC. CEP: 44036-900. Feira de Santana-BA.

**RESUMO:**

A Estratégia Saúde da Família objetiva a reorganização e fortalecimento da atenção básica. O acolhimento surge como diretriz capaz de organizar o processo de trabalho e promover interação entre os trabalhadores. Trata-se de uma pesquisa-intervenção que tem como objetivos: discutir os avanços e limites do processo de implantação do acolhimento em saúde bucal e o envolvimento da equipe multiprofissional em Unidade de Saúde da Família em Salvador, Brasil. Participantes: dirigentes, equipe de saúde, e de saúde bucal, representantes da Universidade e da comunidade. Estratégias de coleta de dados: observação das práticas, roda de conversa e oficina pedagógica. A análise dos dados foi orientada pela análise das narrativas. Os avanços evidenciados foram: reorganização do acesso; otimização e priorização na ordem do atendimento aos usuários com demandas de urgência odontológica; maior interação dos trabalhadores; cuidado mais humanizado, entre outros. Os limites detectados dizem respeito à desproporção entre oferta e demanda; prolongamento do tempo de tratamento decorrente de problemas nos equipamentos e grande demanda por atenção em saúde bucal.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família, Acolhimento, Saúde Bucal, Equipe de Saúde.

**RESUMEN:**

La Estrategia de Salud de la Familia tiene como objetivo reorganizar y fortalecer la atención primaria. El Acogimiento se presenta como una directriz capaz de organizar el proceso de trabajo y promover la interacción entre los trabajadores. Se trata de una investigación-intervención que tiene como objetivo: discutir los avances y limitaciones del proceso de implementación de la atención de la salud oral y la participación de un equipo

multidisciplinario de la Unidad de Salud de la familia en Salvador, Brasil. Participantes: líderes, equipo de salud y la salud oral, representantes de la Universidad y la comunidad. Las estrategias de recolección de datos: observación de las prácticas, las ruedas conversación y talleres educativos. Análisis de los datos se basó en el análisis de las narrativas. Los avances se muestran: reorganización de acceso; optimización y priorización en el orden de los usuarios del servicio con las demandas de emergencia dental; una mayor interacción de los trabajadores; y la atención más humanizada, entre otros. Los límites detectados se refieren a la desproporción entre la oferta y la demanda; y la prolongación del tiempo de tratamiento debido a los problemas de los equipos y la alta demanda de atención de la salud oral.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud, Programa Salud de la Familia, Acogimiento, Salud Oral, Equipo de Salud.

## 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma experiência brasileira que objetiva a reorganização e fortalecimento da atenção básica. O recorte da presente pesquisa implica a equipe de saúde bucal e a equipe multiprofissional no processo de implantação do acolhimento em saúde bucal na ESF, envolvendo um trabalho integrado e interdisciplinar, diante da grande demanda e de entraves na organização do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família (eqSF), como: inexistência de protocolos de classificação de riscos e vulnerabilidades para priorização da demanda, acesso modelado pela ordem de chegada; dificuldades da recepção em diferenciar os casos de urgência odontológica daqueles que podem aguardar agendamento; usuários com demandas para atendimento odontológicos e com problemas sistêmicos necessitando de um cuidado integral; poucos espaços coletivos para reflexão, análise e troca de saberes entre os trabalhadores.

Esses entraves percebidos suscitaram inquietações em sujeitos implicados com o processo de mudança. Então, em rodas de conversas sobre possíveis estratégias para superar as fragilidades, alguns personagens compartilharam experiências de acolhimento vivenciadas em cenários da ESF que atuaram e também as experiências relatadas na literatura sobre a implantação do acolhimento nos municípios de Ipatinga- MG, Chapecó-SC e Betim-MG. Assim, após processo reflexivo, sentiu-se a necessidade de disparar discussões sobre o Acolhimento com o grupo de trabalhadores da Unidade do Alto da Cachoeirinha, que acolheu a proposta de implantação para redefinir novas práticas.

Essa consciência da equipe de saúde e a predisposição para promover modificações foram essenciais para desencadear a implantação do Acolhimento. Pois, segundo Franco e

Merhy (2007a), a mudança de modelos assistenciais requer, em grande medida, uma nova “consciência sanitária” e adesão dos trabalhadores ao novo projeto. Mas, para isso é preciso estabelecer consenso nas formas de trabalhar, que estejam em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas editadas verticalmente.

O olhar microscópico sobre o serviço de saúde bucal revela que enfrenta dificuldades relacionadas ao acesso, principalmente, devido à desproporção entre oferta e demanda, fato que produz situações perversas como a formação de filas, pela madrugada, para garantir atendimento odontológico em dias específicos. Outras limitações são: ausência de um espaço que ofereça uma escuta individual e privada dos usuários, entre outros.

Os limites apontados têm gerado insatisfação dos profissionais e usuários com o trabalho desenvolvido e fragilização do vínculo com a comunidade. É nesse cenário de práticas em saúde que se realizou a intervenção de forma articulada entre equipe, usuários e famílias.

Os argumentos apresentados sinalizam a delimitação do objetivo do estudo:

Discutir os avanços e limites do processo de implantação do acolhimento em saúde bucal e o envolvimento da equipe multiprofissional em Unidade de Saúde da Família (USF) da periferia de Salvador-Bahia, Brasil.

## **2. BASE TEÓRICA PARA SUBSIDIAR O PROCESSO DE INTERVENÇÃO**

A base teórica foi construída tomando como baliza a proposta da ESF, que aposta na ampliação da atenção na porta de entrada; e o acolhimento como uma diretriz operacional. Buscou-se a compreensão destes elementos teóricos, a partir de leituras de pesquisas e experiências realizadas nas diferentes realidades, onde se concretiza o SUS.

### **2.1 Estratégia Saúde da Família: acolhimento como diretriz operacional na “porta de entrada”**

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou em 1994 o Programa de Saúde da Família. Inicialmente, consistia em uma ação regular, com recursos limitados e desenvolvidos para uma população determinada, com custo mínimo (FRANCO, M., 2014). Na época, esse programa refletia os interesses do modelo neoliberal, que recomendava aos países de renda

média como o Brasil que financiassem pacotes restritos de medidas de saúde pública e de intervenções clínicas essenciais para as populações mais carentes. Também buscava contemplar os desejos das forças sociais que vislumbravam possibilidades de transformação da prática na “porta de entrada” da rede de serviços de saúde (FRANCO e MERHY, 2007a; ASSIS, et al., 2007).

Atualmente, esse programa é denominado de Estratégia de Saúde da Família, mudança estabelecida na Portaria nº 648, de 2006 (BRASIL, 2006). Os autores Teixeira e Solla (2006), defendem a nova nomenclatura, pois explicitam que, principalmente, no período de 1998 a 2002, a Saúde da Família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização na atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS.

A aposta do Ministério da Saúde é que essa estratégia possibilite a consolidação dos princípios do SUS; a superação do modelo de saúde centrado na doença e em práticas, predominantemente, procedimento centradas, por meio da incorporação de conceitos e práticas inovadoras, balizadas por diferentes tecnologias para responder às necessidades dos usuários (ASSIS et al, 2010; BRASIL, 2011); e ordenação do modelo de atenção, se constituindo como a “porta de entrada” preferencial do sistema de saúde, devendo acolher e atender a todos, ou quando impossibilitado de oferecer respostas a suas necessidades de saúde, por questões de organização ou competência, deverá dispor de uma rede de referências de serviços e canais de fluxos que permitam encaminhamentos (BREHMER; VERDI, 2010).

No novo formato da atenção tem-se um território de abrangência definida, no qual se inscreve uma população em torno de 3.000 a 4.000 pessoas cadastradas. Esse território de atuação inclui espaços como domicílios, escolas e creches e o cuidado passa a ser centrado na família, entendida e percebida a partir da cartografia do seu ambiente físico e social, para possibilitar uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e das necessidades de intervenção que vão além de práticas curativas. Além disso, busca-se articular a ideia de vínculo, que tem como princípio a constituição de referências dos usuários para com os trabalhadores, que deverão se responsabilizar para o cuidado à sua clientela (BRASIL, 2011; FRANCO e MERHY, 2007a).

O trabalho na ESF se baseia na atuação de equipes multiprofissionais que, inicialmente, eram compostas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e

Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A partir do ano 2000 os trabalhadores da equipe de saúde bucal (odontólogo, auxiliar e técnico) foram inseridos na estratégia. O objetivo foi mudar os serviços odontológicos, antes baseados em procedimentos curativos que não geravam o resultado esperado. Com a inserção da equipe de saúde bucal viu-se a oportunidade de reverter esse quadro, por meio da integração dos trabalhadores de saúde bucal no processo de trabalho da eqSF, de forma a contribuir para a integralidade da atenção, ou seja, visualizar o indivíduo como um todo e não por partes, garantindo a oferta de ações de promoção, prevenção e assistência (BOARETO, 2011; BRASIL, 2000).

Entende-se que trabalho em equipe, a partir das ideias de Peduzzi (2001), consiste em uma modalidade de trabalho coletivo, baseada na relação recíproca entre as ações técnicas executadas pelos distintos trabalhadores e na interação desses atores, sendo a comunicação o veículo que possibilita a articulação das ações e a cooperação. Implica em compartilhar o planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração, podendo acontecer entre trabalhadores de uma mesma disciplina, entre trabalhadores de uma mesma carreira e também dentro de uma equipe multiprofissional (MANOEL, 2012). Dessa forma, trabalhar em equipe exige o entendimento das atribuições e práticas dos demais profissionais e o reconhecimento de que o conhecimento do outro é útil e indispensável. Ou seja, pauta-se em relações de legitimação do outro, pois, ao aceitar o outro como legítimo, percebem-se suas qualidades, potências e desejos, assim como seus defeitos e limites (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Segundo Fortuna et. al. (2005) e Cardoso e Hennington (2011), a existência de um conjunto de trabalhadores contratados, atuando numa mesma área, aparentemente, com um objetivo comum, não garante que desenvolvem um trabalho em equipe multiprofissional. Ou seja, não existe a garantia da articulação das ações de trabalho executada pelos distintos trabalhadores, tendo como imagem objetivo um trabalho interdisciplinar com valorização dos saberes e práticas de forma conectada e com objetivos comuns, ainda que preserve as singularidades e especificidades de cada profissão. Pois, como mostrou o estudo de Rodrigues, Santos e Assis (2010), podem existir cenários nos quais as equipes multidisciplinares, ainda não desenvolvem um trabalho interdisciplinar, ocorrendo justaposição de saberes, com pouco diálogo e práticas focalizadas.

Para Merhy e Franco (2013); Merhy e Franco (2003), isso acontece porque o Saúde da Família apesar da mudança no modo de produzir saúde, por meio de uma equipe

multiprofissional e de uma atuação mais centrada no território, nos núcleos familiares e domicílio, não promoveu uma alteração na essência do processo de trabalho que são as “tecnologias de trabalho”. Tecnologias, aqui, são entendidas como o conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Este conhecimento pode estar materializado em máquinas e instrumentos, ou em recursos teóricos e técnicas estruturadas, como tecnologias duras e leve-duras, respectivamente, lugares próprios do “trabalho morto”. Por outro lado, este conhecimento pode estar disperso nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu “trabalho vivo em ato”, como na produção de relações. Esta função criativa e criadora é operada por “tecnologias leves”, território onde se inscreve o trabalho cotidiano.

Para operar mudanças no exercício cotidiano do cuidado em saúde de forma a superar o modelo biomédico e fortalecer a “porta de entrada”, a saúde coletiva deve modificar o processo de trabalho, fazendo-o operar de forma que valorize o campo relacional e intersubjetivo, mesmo que, para a produção do cuidado seja necessário o uso das outras tecnologias para responder às necessidades das pessoas que procuram os serviços (FRANCO; MERHY, 2007a; MERHY; FRANCO, 2003). E na concepção dos autores, o acolhimento ao usuário, considerado “tecnologia leve” pelo seu caráter relacional, se constitui uma ferramenta que, por meio da escuta qualificada, do compromisso de resolver os problemas de saúde, da criatividade posta a serviço do outro e, ainda, da capacidade de estabelecer vínculo, formam a “argamassa” da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo, ampliação do acesso aos serviços de saúde, com alteração do fluxo assistencial, potencialização do trabalho em equipe e da produção do cuidado (ASSIS et al., 2010; FRANCO; MERHY, 2007a; MERHY; FRANCO, 2003; GUERRERO et al., 2013).

O acolhimento, no âmbito da saúde pode ser definido como diretriz operacional, que por meio de uma relação acolhedora, com escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, possibilita: a) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo o acesso universal; b) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver os problemas de saúde; e c) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (FRANCO, BUENO; MERHY, 2007; CECÍLIO; MERHY, 2003; BRASIL, 2010).

As experiências de implantação do acolhimento nos municípios de Chapecó-SC e Betim-MG mostraram que o acolhimento nestes cenários se constituiu em uma importante ferramenta para reorganização do processo de trabalho, pois possibilitou uma escuta qualificada das necessidades dos usuários; aumentou o acesso e a resolubilidade; e proporcionou maior interação da equipe no ambiente de trabalho. Outro atributo foi à ampliação da atuação de profissionais não médicos, promovendo a quebra da verticalidade da organização do trabalho e maior interação dos médicos com a equipe (PANIZZI; FRANCO, 2004; FRANCO, BUENO; MERHY, 2007).

### **3. MÉTODO:**

#### **3.1 Natureza da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a partir da abordagem de pesquisa-ação, aqui denominada de pesquisa-intervenção.

A investigação qualitativa parte do pressuposto de que a teoria e a prática são indissociáveis e permite compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre os indivíduos, instituições e movimentos sociais; processos históricos, sociais e de implementação de políticas sociais (MINAYO, 2013).

E a pesquisa-intervenção, é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2011).

#### **3.2 Contexto da intervenção <sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Utilizou-se o tempo verbal presente, pois ainda que algumas mudanças já tenham sido realizadas, o processo de implantação do acolhimento está em curso.

O cenário da implantação do acolhimento é a Unidade de Saúde da Família (USF) Alto da Cachoeirinha, localizada no bairro Cabula VI, que faz parte do distrito Cabula-Beirú, do Município do Salvador-BA.

Salvador é a capital do estado da Bahia e está localizada na região litorânea, ocupando uma extensão territorial de 692.820 Km<sup>2</sup>. Tem sua rede de Atenção Básica à Saúde (ABS), composta por 111 unidades de saúde, sendo 50 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem Saúde da Família e 61 com a ESF, distribuídas em 12 distritos sanitários. A cobertura de Saúde da Família é equivalente a 29,27% (BRASIL, 2016a e SALVADOR, 2014).

A saúde bucal no âmbito da atenção básica no referido município está presente em 36 UBS sem Saúde da Família e em 61 UBS com ESF. Totalizando assim, uma cobertura de 25%, sendo de 12,5% na ESF (BRASIL, 2016a e SALVADOR, 2014).

A USF Alto da Cachoeirinha, inaugurada em 2012, em termos de infraestrutura tem condições básicas para oferta da atenção, compondo os seguintes serviços: recepção, Arquivo Médico e Estatístico (SAME), Farmácia Básica, vacinação, curativos de pequeno porte e outros procedimentos, Consultórios Médicos, de Enfermagem e Odontologia, entre outros. A estrutura é conjunta com o Centro de Especialidades Odontológico, possuindo mesmo acesso, mas com recepções distintas.

A unidade de saúde funciona das 8:00 às 17:00 horas e não fecha no horário de almoço. A recepção é considerada “porta de entrada” da unidade, constituindo-se em espaço de expressão de necessidades dos usuários. No entanto, a falta de privacidade faz com que não seja um espaço adequado para a escuta dos usuários. Percebe-se que o agente administrativo incorpora várias atribuições como: escuta dos usuários; identificação de suas necessidades e direcionamento dos mesmos, de acordo com os serviços ofertados na unidade ou na rede de atenção; agendamentos de consultas; organização de prontuários; entrega e recebimento de documentos. Nos momentos de maior fluxo de usuários na unidade ocorre uma sobrecarga de trabalho, de modo que trabalhadores de outros setores, muitas vezes, acabam se deslocando de suas funções para cooperarem na recepção.

No período da presente pesquisa-intervenção, os trabalhadores eram responsáveis pela atenção em saúde aos usuários da área adscrita do Bairro Cabula VI e à população de um bairro próximo que não dispõe de unidade de saúde em seu território. Assim, com base nos



dados do mês de fevereiro de 2016, foram identificados 5.123 cadastros de usuários do Cabula VI e 7.569 de fora da área de abrangência.

A equipe de saúde dessa unidade é composta por quatro enfermeiras, quatro médicos, sete técnicas de enfermagem, duas odontólogas, uma auxiliar de saúde bucal, uma técnica de saúde bucal (que atua como Auxiliar de Saúde Bucal), uma agente administrativo, um encarregado de serviços gerais, uma farmacêutica e 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS só foram incorporados à equipe em outubro de 2015, pois faziam parte do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de outra unidade de saúde. Além desses atores, atuam também na unidade, docentes e estagiários dos cursos de Graduação em Enfermagem (da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública), Medicina (da Universidade Estadual da Bahia) e Odontologia (da UNIME).

A organização do processo de trabalho das equipes é regulada, prioritariamente, pela distribuição de fichas para consultas, no início da manhã em dias específicos, de acordo com cada profissional. Os usuários com consultas agendadas para os programas já estabelecidos na Unidade, como pré-natal, planejamento familiar, puericultura, hipertensão e diabetes, também são atendidos pela ordem de chegada, nem sempre ocorrendo à priorização do atendimento de acordo com os critérios de vulnerabilidade de cada indivíduo. No serviço, são disponibilizados medicamentos, vacinas, curativos e procedimentos (afecção de pressão, testes do pezinho, entre outros).

No serviço de odontologia da USF do Alto da Cachoeirinha são ofertados os seguintes procedimentos estabelecidos na Portaria nº 267 de 06 de março de 2001 (BRASIL, 2001): 1º consulta, consultas de urgência, profilaxia, raspagem, alisamento e polimento supragengivais, restauração, extração, sutura, remoção de sutura, acesso a polpa dentária, drenagem de abscesso, aplicação tópica de flúor, escovação assistida, aplicação de selante, pulpotomia, tratamento de alveolite e outras urgências. E aqueles usuários com necessidade de atendimento especializado (tratamento periodontal, extrações cirúrgicas, reabilitação com prótese, tratamento endodôntico, tratamento com odontopediatra, e atendimento com especialista em pacientes especiais), são encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), mediante os critérios estabelecidos no protocolo da rede municipal de saúde.

No âmbito das ações coletivas, são ofertadas: atividades de educação em saúde, escovação assistida, aplicação de flúor, e exames epidemiológicos direcionados, principalmente, para os grupos de gestantes, grupo de adultos e idosos, e escolares (crianças e adolescentes).

Nesses grupos, as atividades de educação em saúde são desenvolvidas a partir de uma plataforma de trabalho conjunto, envolvendo a ESB, ESF, estagiários de enfermagem e odontologia e seus respectivos docentes, nas quais se identificam uma intersecção de competências, cooperação e interação entre os trabalhadores. Estas características apontam para construção de um trabalho interdisciplinar. No entanto, quando se trata de questões mais específicas, direcionadas ao atendimento individual dos usuários, como discussão de casos para construção de um projeto terapêutico singular, observa-se que ocorre em momentos pontuais. Indicando uma necessidade de investimento de ações com esse objetivo e com o intuito de compartilhar informações para que outros atores do serviço se apropriem da saúde bucal.

O acesso dos usuário aos serviços ambulatoriais de odontologia ofertados acontece, principalmente, através de marcação de consulta em um dia específico e de atendimento em situação de urgência.

No presente estudo, adotou-se a nomenclatura demanda induzida para identificar a clientela que se dirige ao serviço em um dia específico para agendamento do tratamento completo em saúde bucal, por entender que elas comparecem ao serviço na data específica em que ocorre a disponibilização da oferta. Essa nomenclatura foi baseada no estudo de Castro, Travassos e Carvalho (2005), que sugerem a existência do efeito de demanda induzida pela disponibilidade de oferta de leitos hospitalares.

A grande quantidade de usuários em busca de tratamento odontológico completo, contribui para a formação de filas madrugadoras nos dias de agendamento de consulta. A organização desses agendamentos ocorria por meio da distribuição de fichas com base em critérios administrativos e não técnicos, não havendo escuta qualificada dos usuários e nem priorização dos casos, de acordo com a gravidade. Foi observado ainda que existiam usuários que adentravam o serviço de saúde bucal, mas que também apresentavam outros problemas de saúde necessitando de um cuidado integral, que só eram orientados e encaminhados no momento da primeira consulta odontológica.

Os usuários que comparecem ao serviço em busca de atendimento de urgência fazem parte da demanda espontânea, nomenclatura que diz respeito à demanda que busca qualquer atendimento não programado e que representa uma necessidade momentânea do usuário (BRASIL, 2013). Em relação ao acesso dessa demanda, foram identificados os seguintes entraves: escuta baseada na queixa conduta; dificuldade dos diversos trabalhadores em realizar uma escuta qualificada para diferenciar os usuários com demanda por atendimento odontológico de urgência que requerem atendimento imediato, daqueles que podem aguardar a ordem de chegada, ou daqueles que podem realizar agendamento, sendo tal escuta centralizada no cirurgião dentista; usuários considerados prioridade na ordem do atendimento (idosos, gestantes, crianças de até dois anos, pessoas com deficiência, entre outros), às vezes tinham seu direito cerceado; usuários do serviço de saúde bucal com problemas sistêmicos necessitando de um cuidado integral; e poucos espaços coletivos para reflexão, análise e troca de saberes entre os trabalhadores, o que contribui para um trabalho fragmentado.

### **3.3 Participantes da pesquisa - intervenção**

Participaram das oficinas os sujeitos que exercem suas práticas no cenário da USF Alto da Cachoeirinha: gerente da USF; agente administrativo; profissionais da equipe de Saúde Bucal (CD, ASB e TSB); docente de odontologia; médicos; enfermeiras; técnicas de enfermagem; agente de serviços gerais; bem como um representante dos usuários da área adscrita à unidade de saúde, sendo uma liderança local. Pois, entende-se que nesse processo é importante a participação dos diferentes olhares, saberes e práticas para que possam refletir sobre a realidade em que atuam.

Para realização das rodas de conversas foram organizados três grupos, cuja seleção dos participantes de cada grupo aconteceu a partir da compatibilidade de horários de suas agendas com o da realização de cada roda. Do Grupo 1, participaram ACS (n=8); do Grupo 2: um médico, duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem (n=4); e do Grupo 3: uma odontóloga, um docente de odontologia, uma ASB, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, a gerente e a assistente administrativo (n=7).

### **3.4 Estratégias de intervenção**

#### **3.4.1 Observação das práticas**

A observação das práticas foi realizada em dois momentos: antes da implantação do acolhimento e após a implantação. Cada momento durou uma semana. O primeiro momento permitiu visualizar comportamentos, atitudes, ações desenvolvidas, diálogos entre trabalhadores e usuários e entre a equipe de saúde. No segundo momento, observou-se a organização da demanda espontânea e induzida e a interação e diálogo entre os trabalhadores. Nos dois momentos, foram utilizados roteiros norteadores e os dados observados foram registrados em um diário de campo.

### **3.4.2 Rodas de conversas**

As rodas de conversas consistem em um método de participação coletiva que possibilita: a comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, discussão de interesses e aspectos da realidade); tomada de decisões (prioridades, projetos e contratos); a elaboração de contrato e de projetos de intervenção (análise da escuta e das informações); e organização de processos de trabalho (CAMPOS, 2007; BRASIL, MAGALHÃES; XIMENES NETO, 2012).

A participação dos sujeitos na roda teve como condicionante o desejo dos participantes e a disponibilidade de tempo nas agendas de trabalho, de forma que se configurou em três grupos, citados anteriormente.

O instrumento utilizado para a obtenção do material consistiu em um roteiro norteador, contendo algumas questões abertas. As questões contemplaram aspectos como: benefícios da implantação do acolhimento, relação com os usuários, relação com outros trabalhadores, percepções e vivências, problemas, dificuldades e desafios. Em momento posterior, as narrativas foram transcritas e compiladas por temas.

### **3.4.3 Oficinas pedagógicas**

Foram realizadas seis oficinas pedagógicas. Participaram dessas oficinas: agente administrativo; profissionais da equipe de Saúde Bucal (CD, ASB e TSB); médicos; enfermeiras; técnicas de enfermagem; agente de serviços gerais; bem como um representante dos usuários da área adscrita à unidade de saúde, sendo uma liderança local.

### **3.4.4 Análise e explicação da realidade empírica: a opção pela análise de narrativas**

A análise de narrativa foi utilizada no processo de interpretação dos discursos dos participantes das rodas de conversas, que foram realizadas com os trabalhadores, após a implantação do acolhimento e das falas registradas nos momentos da observação e oficinas pedagógicas.

Esse método foi escolhido por possibilitar compreensão e envolvimento das pessoas com o processo, tomando como baliza as ponderações de Caprara e Veras (2005), sinalizando que a narrativa oferece múltiplos estágios de compreensão do expresso e do não expresso no discurso. A interpretação simples e profunda favorece o entendimento das partes do texto em relação ao todo e vice-versa e propicia a reflexão sobre os diferentes temas surgidos a partir das narrações.

#### **3.4.5 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, através da Plataforma Brasil. Iniciando-se os trabalhos de campo, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UEFS e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Além disso, participaram do estudo aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As informações coletadas por meio do material empírico foram digitadas em um banco de dados e após sua utilização foram destruídas. Foi garantido o anonimato das informações, buscando sempre respeitar a integridade moral, intelectual, social e cultural dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Este trabalho teve como possíveis benefícios promover melhorias no acesso dos usuários do serviço de saúde bucal à USF Alto da Cachoeirinha do município de Salvador-BA; potencializar a atuação dos trabalhadores em equipe; e promover reflexões acerca do tema.

Os possíveis riscos estavam relacionados ao possível stress/conflitos dos trabalhadores devido ao processo de implantação do acolhimento. Salienta-se, que os sujeitos foram informados quanto à possibilidade de desistirem de participar da pesquisa a qualquer momento.

## **4. RESULTADOS DE UM PROCESSO DE APRENDIZAGEM COLETIVA**

### **4.1. O processo de implantação do Acolhimento em Saúde Bucal na USF Alto da Cachoeirinha**

#### **4.1.1 Planejamento e acolhimento coletivo: proposta construída pela equipe**

Segundo Parente (2011), o planejamento é uma odologia (odos= caminho e logos= estudo/forma), ou seja, um estudo dos caminhos e dos meios para se chegar bem a certo lugar. Para o autor, no planejamento coletivo são multiplicadas as forças e possibilidades. Além de considerar que um trabalho construído com o maior número de pessoas, tende a ser qualitativamente, melhor do que aquele que apenas foram instituídos por outros sujeitos ou organizações.

O planejamento do acolhimento às demandas induzidas foi dividido nas seguintes etapas: 1) discussão acerca da temática do acolhimento e dos tipos de modelagem; 2) definição das ações a serem ofertadas; 3) discussão acerca do fluxo a ser seguido pelos usuários do serviço de saúde bucal com problemas sistêmicos, necessitando de um cuidado integral; 4) definição das atribuições de cada ator; 5) adaptação da ficha de levantamento epidemiológico municipal; 6) construção de uma ficha para avaliação de satisfação dos usuários; 7) operacionalização do acolhimento.

A modelagem adotada pela equipe foi de um acolhimento coletivo cujas ações ofertadas foram delineadas com base nos dados do SB BRASIL 2010 e nos agravos mais prevalentes dos usuários que acessam o serviço de saúde bucal (cárie, gengivite e a periodontite), identificados no cotidiano dos trabalhadores. Agravos sistêmicos como hipertensão também foi destacado. A literatura mostra uma prevalência de hipertensão de 25,7%, na população de Salvador, a partir dos 18 anos (BRASIL, 2016b); e a prevalência de Diabetes Mellitus em adultos com 35 anos ou mais de idade chega a 10,2% (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016c).

Embasados nessas informações a equipe decidiu realizar busca ativa de hipertensos e identificação de hipertensos descompensados, por meio da aferição da pressão arterial com o

propósito de ofertar um cuidado integral. Também planejou a oferta de ações de prevenção como escovação assistida, aplicação tópica de flúor, além dos exames epidemiológicos e agendamento para a atenção ambulatorial odontológica com base em critérios de priorização (abcesso, dor espontânea e contínua, pericoronarite e abcesso periodontal). Para realização do exame epidemiológico os odontólogos adaptaram à realidade local, as fichas de diagnóstico comunitário da rede municipal.

A implantação do acolhimento coletivo aconteceu em dia específico, no início do funcionamento da unidade e contou com a participação de odontólogos, ASB, ACS, técnica de enfermagem e estagiários de odontologia. Foram ofertadas 50 vagas para tratamento completo de odontologia além da disponibilização das seguintes atividades: 1) sala de espera - espaço democrático para pactuação das ações propostas e também espaço de informação em saúde; 2) escovação assistida e aplicação de flúor; 3) aferição da pressão arterial 4) exame epidemiológico para priorização da ordem de agendamento considerando critérios de vulnerabilidades; 5) avaliação da satisfação do usuário acerca da estratégia do acolhimento coletivo.

Dentre os 50 usuários agendados, 48 participaram das ações ofertadas. Cerca de 10 usuários apresentaram níveis tensionais elevados, o que indicou uma necessidade de cuidado ampliado e foram orientados a realizarem acompanhamento dos níveis tensionais e agendamento de consulta de HiperDia.

Na presente experiência houve a permanência da fila. A estratégia de distribuição de fichas foi necessária para delimitar o quantitativo de usuários, já que o serviço, ainda não estava organizado como a ESF, e a oferta era disponibilizada aos usuários da área adscrita e de outras localidades. E no período da implantação do acolhimento, outro aspecto que contribuiu para delimitar ainda mais o acesso dos usuários foi o fato de que apenas um consultório odontológico estava funcionando devido a problemas em equipamentos.

#### **4.1.2 Acolhimento às demandas espontâneas de saúde bucal**

A construção do acolhimento às demandas espontâneas também aconteceu a partir do planejamento coletivo que foi dividido em momentos: 1) discussão sobre os entraves no processo de trabalho da equipe multiprofissional que se reverberavam em dificuldades no acesso dos usuários de saúde bucal com demandas por atendimento de urgência; 2) rodas de conversa sobre a temática acolhimento; 3) construção: do fluxograma do serviço antes do

acolhimento; 4) de um novo fluxograma contemplando as propostas de mudança; 5) e de um protocolo baseado no Protocolo de Manchester e de uma ficha para registro de dados; 6) educação permanente sobre a classificação de risco das demandas espontâneas; 7) implantação do acolhimento às demandas espontâneas.

Na operacionalização do acolhimento às demandas espontâneas ocorreu escuta qualificada dos usuários na recepção e classificação de acordo com o risco e vulnerabilidade. A classificação de risco consistiu na identificação e diferenciação dos usuários que: não necessitavam de atendimento imediato e podiam ser acolhidos e encaminhados para o acolhimento em saúde bucal (casos verdes); necessitavam de atendimento naquele dia, mas podiam aguardar segundo a ordem de chegada (casos amarelos); necessitavam de atendimento imediato (casos vermelhos). Os casos vermelhos e amarelos receberam uma ficha e foram encaminhados para sala de procedimento onde realizaram aferição da pressão arterial e medição de glicemia (em caso de diagnóstico de diabetes). As informações coletadas foram registradas na ficha de acolhimento e anexadas ao prontuário. Os casos vermelhos foram atendidos imediatamente e os amarelos aguardaram e foram atendidos segundo a ordem de chegada. Usuários idosos, gestantes, crianças menores de 2 anos e pessoas com deficiência também foram priorizados na ordem de atendimento.

Dentre os usuários acolhidos com demandas espontâneas, 57% foram casos vermelhos, 32% foram amarelos e 11% apesar de terem sido encaminhados como urgência eram casos verdes e foram atendidos, mas poderiam ter sido acolhidos e encaminhados para o acolhimento em saúde bucal.

Em relação a classificação de risco e priorização verificou-se que, inicialmente, alguns trabalhadores demonstraram segurança, enquanto outros se mostraram inseguros. Isso também ocorreu no contexto de uma unidade de saúde, na experiência do Acolher Chapecó relatada por Panizzi e Franco (2004). Os referidos autores explicitaram que o exercício cotidiano de realizar a escuta vai dando a estes profissionais maior segurança, elevando sua capacidade decisória.

## **4.2 Análise das narrativas das rodas de conversas**

### **4.2.1 Acolhimento em saúde bucal: compreensão dos benefícios**



Trabalho em equipe segundo Ribeiro, Pires e Blank (2004), consiste em conectar diferentes processos de trabalho, com base no trabalho do outro e valorização da participação deste na produção de cuidados. Elementos do discurso do trabalhador 4, do grupo 2 enfatizaram a capacidade do “dispositivo técnico” acolhimento em contribuir para a conexão entre os processos de trabalho e integração dos trabalhadores, proporcionando maior vínculo e união entre os mesmos, na medida em que buscaram promover um cuidado integral em saúde para o usuário.

Eu acho que esse acolhimento ajuda a integrar a equipe, a aumentar o vínculo entre profissionais. Porque você trabalha com uma equipe multidisciplinar, a equipe toda interligada. Um problema vai para o outro, e aí, tentando ajudar o outro, para melhorar [...] De qualquer forma, às vezes a gente tem um paciente com um problema de saúde bucal, que está com a TA elevadíssima, aí vem o dentista e passa a situação para o médico clínico, o médico já vai passar a situação para um enfermeiro [...] e assim, a equipe toda vai integrar. Então, isso faz com que a equipe fique mais unida. Então, isso, de qualquer forma, eu acho que os profissionais estão mais integrados. Eu acho que está mais... a equipe mais formada, mais unida (Trab. 4, grupo 2).

O trabalhador 5, grupo 1, reconhece que a equipe já está investindo na busca por um melhor atendimento ao usuário: “[...] pelo que eu tenho visto do trabalho, eu acredito que na parte profissional dos dentistas, estamos tendo uma preocupação em orientar e melhorar o serviço. Já nessa preocupação eles estão [...]”, colocando e envolvendo os outros profissionais. Então, esta é a parte positiva, estar envolvendo os outros profissionais, estar orientando, estar passando uma orientação geral para os profissionais receberem.

O trabalhador 6, grupo 3, se reporta a interação da odontologia com as outras categorias e afirma que “[...] foi bom, a percepção que eu tenho é da melhora do relacionamento interpessoal, interdisciplinar... Foi bom” (Trab. 6, grupo 3).

Entre as mudanças disparadas a partir do acolhimento coletivo, observa-se a reorganização do serviço, com ampliação da oferta de serviços e otimização do atendimento, conforme se verifica na fala da trabalhadora 2, grupo 3: “[...] Acho que foi a organização do serviço. Achei muito válido, porque em um dia a gente fez atividade educativa, escovação, levantamento epidemiológico e também a marcação [...]. Acho que otimiza o serviço, acelera o serviço [...]”.

As falas a seguir, demarcam a implantação do acolhimento com classificação de risco para às demandas espontâneas, pois se apresentaram como “dispositivo potente” para

qualificar a escuta dos trabalhadores em relação às demandas de saúde bucal e proporcionar aos trabalhadores maior segurança, elevando sua capacidade decisória, otimizando a força de trabalho, confluindo para o cumprimento dos princípios que regem o SUS, no que diz respeito à equidade e priorização dos pacientes que necessitam de atendimento imediato (PANIZZI; FRANCO, 2004; RONCATO; ROXO; BENITES, 2012), conforme sintetizado nesta representação: “otimizou, está mais rápido, a gente já se sente mais segura para orientar a pessoa”. Trabalhadora 5, grupo 3: “Eu também concordo, que melhorou bastante. Na recepção o pessoal não sabia como dizer o que o usuário estava sentindo, já mandava fazer a ficha e enviava. Agora não, sabe dizer se realmente é dor, se não é [...] uma dor que pode ser atendida logo ou não” (Trab 2, grupo 3).

Evidências de que mudanças na produção do cuidado em saúde estão ocorrendo com base no protocolo e fluxo de conexões, desenhado pelos trabalhadores foram expressas neste discurso: “melhorou [...] eu já vi o pessoal fazendo encaminhamento, fazendo o monitoramento da pressão, indo verificar a glicemia, os casos de urgência [...]. Pelo menos, assim, pode não está 100%, mas pelo menos algumas pessoas tem tentado colocar isso em prática”. (Trab. 3, Grupo 2). Segundo Franco (2013), o cuidado em saúde que se dá em fluxos de conexões é o aspecto fundante das redes rizomáticas, que atravessam as linhas de cuidado.

Entre os aspectos relevantes relacionados à implantação do acolhimento em saúde bucal foi citada a integralidade do cuidado, na medida em que, ocorre um estímulo para que o usuário cuide não só dos problemas bucais: [...] Teve gente que já chegou que nunca tinha aferido a pressão, e que já aconteceu de ter uma pressão alterada ou suspeita já da pessoa ser hipertensa mesmo e ninguém saber. Então, na realidade, após esse acolhimento, algumas pessoas estão sendo beneficiadas. [...] a odontologia, a recepção, a triagem junto com as meninas, acho que “[...] melhorou nesse sentido para o paciente” (Trab. 1 grupo 2). A integralidade, aqui, está relacionada à condição integral de compreensão do ser humano. Ou seja: o sistema de saúde deve está preparado para ouvir o usuário e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa. Assim, a temática da integralidade converge também para um modelo de saúde concebido a partir de tecnologias relacionais do tipo acolhimento, que pode ser apreendido como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso da busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta) (SANTOS e ASSIS, 2006).

#### 4.2.2 Acolhimento em saúde bucal: limites e desafios

Sobre o acolhimento, sabe-se que uma de suas premissas é que propõe atender a todas as pessoas que procuram as unidades apresentando uma demanda, garantindo acesso universal (ASSIS et. al, 2010). Na presente experiência houve delimitação do número de vagas com distribuição de fichas. E essa é a crítica que o trabalhador traz no seu discurso.

[...] eu acho que é difícil o atendimento aqui. E eu acho também que o acolhimento não resolveu essa dificuldade. Por quê? Coincidiu que foram 50 vagas [...] Porque, se acontecer nas próximas marcações de terem 100 pessoas, 150, para 50 vagas [...] Estou lá na recepção, eu vejo o tempo todo chegando muita gente procurando, e a gente dá informação que não tem vaga, que não tem vaga, em função de todos os problemas que tem aqui, e que atrasa. (Trab. 1, grupo 2).

A partir de uma análise do contexto, explicita-se que essa limitação do acesso está associada a questões relacionadas a problemas como: a falta de equiparação entre as equipes de saúde bucal e as de saúde da família. Nesse sentido, é um desafio ainda maior para as equipes de saúde bucal da unidade, pois o número de pessoas vinculadas é o dobro em relação aos outros trabalhadores. Sendo que as demandas individuais curativas em saúde bucal (restaurações, exodontias, raspagens, entre outras), são resolvidas apenas pelos trabalhadores de saúde bucal, ao contrário de outras demandas, compartilhadas por outros profissionais (SANTOS; ASSIS, 2006). No contexto deste estudo, a equipe também precisa prestar cuidado em saúde aos usuários de outro bairro que não possui unidade de saúde no seu território. Essa situação gera questionamentos: “[...] porque cada equipe não tem o médico? Cada equipe não tem a enfermeira? Porque só um dentista para duas equipes? Por quê? A marcação é menos, para vocês? A atividade é menos? A demanda é menos?” (Trab. 3, grupo 1).

Outra dificuldade demarcada nas vozes a seguir, são os problemas nos equipamentos que geram remarcações, com consequente demora na conclusão do atendimento dos usuários agendados e adiamento de novas marcações:

[...] o aparelho quebrou. Ai está com um aparelho só funcionando para as duas... Poderiam atender dois pacientes, vai atender a um só. Então dificulta o trabalho, dificulta as outras marcações [...] Então, [...] se não tem estrutura, não tem como fazer nosso trabalho. Tem que trabalhar como pode. O paciente chega pra fazer um tratamento e não tem recurso. Você vai tentar fazer alguma coisa para amenizar aquilo ali, mas o principal não vai ser feito por falta de recurso. (Trab. 3, grupo 1).

[...] o que eu percebo na saúde bucal, são os equipamentos quando eles dão uma parada, eles demoram de ser [...] Porque são peças [...] às vezes o micromotor, o contra ângulo, a turbina [...] Então, preocupa muito... Quando eu cheguei “está tudo bem? Está tudo bem. Quer dizer, nunca está tudo [...] Autoclave [...] ficou quebrada, o raio-x também parou, a peça foi condenada

[...] Eles quebram fácil, porque eles são muito usados, então eles quebram, a manutenção vem, mas às vezes não dá conta. Uma coisa que demora um pouco no tratamento é a questão dos equipamentos. Isso não é uma realidade só nossa não, é uma realidade de toda unidade de saúde (Trab. 1, grupo 3).

A problemática relacionada aos equipamentos odontológicos foi muito enfatizada pelos trabalhadores, como um dos principais entraves relacionado ao acesso dos usuários à assistência ambulatorial em saúde bucal. No cerne dessa questão se faz necessário explicar que o cirurgião-dentista na atenção básica lida com diversas tecnologias na construção do cuidado. Devido às características próprias de sua prática, tal profissional nunca poderá prescindir das “tecnologias leve-duras e das tecnologias leves”, já que opera também no espaço do encontro com o usuário. Porém, encontra-se dependente das tecnologias duras, como os instrumentais e equipamentos presentes no consultório odontológico. É o somatório destas tecnologias que compõe o cuidado (PINHEIRO e OLIVEIRA, 2011).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: o início de uma nova etapa....**

O acolhimento de saúde bucal na USF Alto da Cachoeirinha está em processo de construção. Mas, os resultados iniciais mostraram que o acolhimento é uma importante ferramenta para análise e reorganização do trabalho em equipe, proporcionando um trabalho mais interativo entre os diferentes trabalhadores, seus saberes e práticas, pois valoriza a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, compondo uma co-responsabilização entre as pessoas que formam a equipe de saúde.

Tanto o acolhimento coletivo das demandas induzidas, quanto o direcionado às demandas espontâneas em saúde bucal possibilitaram a interação entre os profissionais, implicando os diferentes sujeitos. Também contribuíram para uma escuta mais qualificada; um atendimento mais humanizado; reorganização do acesso com uma maior oferta de ações; otimização do atendimento; e um cuidado baseado no princípio da equidade e integralidade da atenção.

Em relação ao acesso, apesar do acolhimento ter sido apontado por diversos autores como diretriz capaz de ampliar o acesso e eliminar fichas e reduzir as filas, na presente experiência isso não aconteceu. Foram apontados como um dos limites à dependência das tecnologias duras (canetas de alta e baixa rotação, compressor, autoclave, entre outros), para ofertar atendimento clínico ambulatorial. Pois, em situações de quebra ou ausência de alguma dessas tecnologias ocorreu uma diminuição ou paralização do atendimento, que gerou demora na conclusão do tratamento clínico dos usuários agendados; e demora na disponibilização de novas ofertas de atendimento. Além disso, verificou-se uma baixa resolutividade das demandas por atendimento odontológico de urgência em decorrência da inviabilidade de se realizar procedimentos clínicos odontológicos, ficando o atendimento restrito apenas a prescrição de medicamentos.

Outro aspecto apontado como limitante do acesso foi a não equiparação da equipe de saúde bucal com a de saúde da família, fazendo com que as equipes existentes sejam responsáveis pelo dobro da população que as equipes de saúde da família são responsáveis. Salienta-se ainda que a baixa cobertura de saúde bucal no município faz com que as equipes tenham que ofertar acompanhamento odontológico contínuo, tanto aos usuários da área adscrita, como de outras localidades, gerando uma grande demanda que dificulta inclusive o vínculo e as resoluções dos problemas.

Reconhece-se que as autoridades responsáveis têm investido no aumento da cobertura da Saúde da Família em Salvador. Isso pode ser confirmado ao se verificar que nos últimos cinco anos houve um aumento significativo da cobertura, passando de 17,84% para 29,14%. E em relação à saúde bucal houve um aumento do número de equipes de 97 para 158, sendo atualmente a cobertura equivalente a 12,5 % (BRASIL, 2016 e SALVADOR, 2014).

A partir do exposto, infere-se que a melhoria do acesso com futura eliminação das fichas e das filas perpassa por uma equiparação das equipes de saúde bucal com as equipes de saúde da família, associada à ampliação de cobertura da Saúde da Família com equipes de saúde bucal no município em questão.

Os desafios da equipe de saúde podem ser apontados, como: avançar no processo de implantação do acolhimento no serviço e na organização do serviço segundo a ESF; aprofundar o diálogo e a interação ente os trabalhadores; promover participação social; e

continuar implicando os sujeitos e perseguindo mudanças. Uma nova etapa, um novo momento.

## REFERÊNCIAS:

ASSIS, M. M. A. et. al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.10, n.2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

ASSIS, M. M. A. et. al. (Orgs). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 182 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1444**, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n° 601, 29 de dezembro de 2000, seção 1, p. 85. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1721.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 267**, DE 06 DE MARÇO DE 2001. Publicada no DOU de 07 de março de 2001, seção 1, p. 67. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1725.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União n° 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, p. 71. Disponível em:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html). Acesso em: 26 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010, 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2488**, de 21 de outubro de 2011. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário oficial, n° 204, de 24 de outubro de 2011, Seção 1. Disponível em:< <http://www.fonosp.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2011/11/portaria-248820111.pdf>>. Acesso em: 14 fev. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. v. I, n. 28, 62 p.

BRASIL, R. W. N; MAGALHÃES, J. F.; XIMENES NETO, F. R. G. Análise das contribuições do método da roda no gerenciamento de um Centro de Saúde da Família. **RAS**, São Paulo, v. 14, n.54, p. 27-36, Jan-Mar, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Indicadores de risco e de proteção. Prevalência de hipertensão arterial segundo Capital/Região (capitais): Região Nordeste .Capital: Salvador. **Período:** 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g02.def>. Acesso em: 01 de mar. 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Indicadores de risco e de proteção. Prevalência de diabete melito segundo Capital/Região Nordeste .Capital: Salvador. **Período:** 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g01.def>>Acesso em: 01 de mar. 2016c.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15(Supl. 3), p. 3569-3578, nov. 2010.

BOARETO, P. P. **A inclusão da Equipe de Saúde Bucal, na Estratégia de Saúde da Família (ESF)**. 2011. 32f. Monografia. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), UFMG, Minas Gerais, 2011.

CAMPOS G. W. S. **Saúde Paidéia**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 185p.

CAPRARA, A.; VERAS, M. S. C. Hermeneutics and narrative: mothers' experience of children affected by epidermolysis bullosa. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, v.9, n.16, p.131-46, set.2004/fev.2005.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. Educ. Saúde (online)**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 85-112, 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000400005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400005&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 08 de mar. 2016.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.2, p. 277-284, abr. 2005.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO R, MATTOS R. A. (org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p. 197-210.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Revista Latino Americana de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p. 262-268, março/abril. 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da família (PSF). Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial In: MERHY E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J. J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007a. p. 55 -124.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E; O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. In: MERHY E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J. J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3.ed.São Paulo: Hucitec, 2007. p. 37-54.

FRANCO, T. B. O Trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Tabalho produção do cuidado e subjetividade em saúde**. 1.ed.São Paulo: Hucitec, 2013. p. 243-251.

FRANCO, M. S. Os modelos organizativos e seus sentidos da dignidade da Saúde. IN: SOUZA, M.F. DE; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família no Municípios: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p.573-574.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n.1, p. 132-40, jan/mar. 2013.

MANOEL, R. A. **Coordenar ou gerenciar equipes? O processo grupal como possibilidade para o trabalho coletivo nas equipes de saúde da família**. 2012. 235 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/98416>. Acesso em: 10 mar. 2016.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.27, n. 65, Set/Dez de 2003.

MERHY, E. E. ; FRANCO, T. B. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização“ do mercado na saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Tabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. 1.ed.São Paulo: Hucitec, 2013. p. 68-94.



MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 404p

PANIZZI, M; FRANCO, T. B. A implantação do Acolher Chapecó reorganizando o processo de trabalho. In: FRANCO et al. **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial. Com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 79-110.

PARENTE, J. R. F. Planejamento participativo em saúde. **S a n a r e**, Sobral, v.10, n.1, p.54-61, jan./jun. 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.35, n.1, p.103-109, fev. 2001.

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, v.15, n.36, p. 187-198, jan./mar. 2011.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, mar./abr. 2004.

RODRIGUES, A. A. A. O.; SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 n.3, p.907-915, maio. 2010.

RONCATO, P. A. Z. B.; ROXO, C. O.; BENITES, D. F. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **Revista da AMRIGS**. Porto Alegre, v.56, n.4, p.308-313, out./dez. 2012.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Salvador-Ba, 2014.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 53-61. jan./mar. 2006. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100012)>. Acesso em: 24 fev. 2016.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 18ª.ed. São Paulo: Cortez, 2011. 136p.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: Promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, n.3, 2006. 237 p.