

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Carlos Henrique Uzêda Pereira de Souza

**Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família durante a pandemia de Covid 19: a  
experiência das Equipes de Saúde Bucal enfrentando o desconhecido**

Rio de Janeiro

2023

Carlos Henrique Uzêda Pereira de Souza

**Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família durante a pandemia de Covid 19: a  
experiência das Equipes de Saúde Bucal enfrentando o desconhecido**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Laura Brandão.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Reception in the Family Health Strategy during the Covid 19 pandemic: the experience of Oral Health Teams facing the unknown.

S729a Souza, Carlos Henrique Uzêda Pereira de.  
Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família durante a pandemia de Covid 19: a experiência das Equipes de Saúde Bucal enfrentando o desconhecido / Carlos Henrique Uzêda Pereira de Souza. -- 2023.  
59 f. : il.color, mapas.

Orientadora: Ana Laura Brandão.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.  
Bibliografia: f. 47-52.

1. COVID-19. 2. Acolhimento. 3. Estratégia de Saúde da Família. 4. Saúde Bucal. 5. Ética. I. Título.

CDD 616.2

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348  
Biblioteca de Saúde Pública

Carlos Henrique Uzêda Pereira de Souza

**Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família durante a pandemia de Covid 19: a  
experiência das Equipes de Saúde Bucal enfrentando o desconhecido**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 27 de novembro de 2023.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Rita de Cássia Macedo  
Fundação de Apoio à Pesquisa do Rio Grande do Norte

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vanessa Costa e Silva  
Fundação Oswaldo Cruz

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Laura Brandão (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por não me deixar desistir e perder a fé em meu caminho na Saúde Pública, onde encontrei minha realização profissional e um dos maiores sentidos da minha vida.

A minha orientadora **Ana Laura** que com maestria, sensibilidade e paciência esteve ao meu lado em todos os momentos me fazendo acreditar que posso cada vez mais.

As minhas amigas de equipe, **Aninha, Isabel, Jaqueline, Marilza, Noemi e Pamela**, mulheres guerreiras, de profissionalismo ímpar, com as quais atravessei a experiência da pandemia por Covid-19 no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família e que tantos ensinamentos e sentimentos compartilhamos.

As equipes de saúde bucal do Centro Municipal de Saúde Alice de Toledo Tibiriçá que contribuíram carinhosamente e decisivamente para esta pesquisa, trazendo suas percepções do momento que vivemos juntos na pandemia.

A todo corpo de professores do mestrado profissional por todos os ensinamentos repassados que me tornaram uma pessoa melhor e mais consciente de meu papel nos serviços de saúde.

A **Maria Rita de Cássia**, amiga de tantos anos e parceira da vida.

Aos colegas de turma, profissionais incríveis da nossa rede municipal, com os quais troquei conhecimentos e humanidades. Atuar na ESF traz muitos desafios e nós, através de novos conhecimentos, reforçamos a luta por um SUS de qualidade.

A minha família e amigos que me apoiaram e me estimularam a percorrer esta trajetória até aqui.

“São demais os perigos desta vida para quem tem paixão...”

(Moraes, 1956).

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi trazer a experiência do acolhimento durante a pandemia por Covid-19 sob a ótica das equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família em duas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro. Com a chegada da pandemia no ano de 2020, foram necessárias mudanças no processo de trabalho da ESF e o acolhimento foi uma ferramenta essencial para a condução dos casos sintomáticos e não sintomáticos na Atenção Primária. Refletir sobre o acolhimento na ESF no contexto da pandemia por Covid-19, seus desafios, as potencialidades identificadas e como as unidades e suas equipes de saúde responderam diante das transformações percebidas e vivenciadas trazidas por essa nova realidade sanitária. As equipes de saúde bucal que, buscando ofertar modelos de qualidade no acolher dos indivíduos, viram suas práticas saírem do consultório para se integrarem às outras equipes na perspectiva da interprofissionalidade. A metodologia utilizada foi a de entrevistas semiestruturadas com as equipes de saúde bucal. Como resultados foram descritas as experiências do acolhimento durante a pandemia, as possibilidades de mudanças no paradigma de atuação das equipes de saúde bucal e das relações interprofissionais das equipes da ESF.

Palavras-chave: acolhimento; estratégia de saúde da família; Covid-19.

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to bring the experience of reception during the Covid-19 pandemic from the perspective of the oral health teams of the Family Health Strategy in two health units in the city of Rio de Janeiro. With the arrival of the pandemic in 2020, changes were necessary in the ESF's work process and reception was an essential tool for managing symptomatic and non-symptomatic cases in Primary Care. Reflect on reception in the ESF in the context of the Covid-19 pandemic, its challenges, the potential identified and how the units and their health teams responded to the perceived and experienced transformations brought about by this new health reality. The oral health teams that, seeking to offer quality models in welcoming individuals, saw their practices leave the office to integrate with other teams from the perspective of interprofessionality. The methodology used was semi-structured interviews with oral health teams. As results, the experiences of reception during the pandemic were described, the possibilities of changes in the paradigm of action of oral health teams and the interprofessional relationships of the ESF teams were described.

**Keywords:** reception; family health strategy; Covid-19 pandemic.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa conceitual.....	12
Figura 2 -	Mapa das áreas programáticas do município do Rio de Janeiro.....	31
Figura 3 -	Mapa dos bairros da coordenação de atenção primária da AP 3.3.....	32
Quadro 1 -	Classificação de risco protocolo de Manchester.....	24
Quadro 2 -	Classificação de risco do ministério da saúde.....	25
Quadro 3 -	Perfil dos profissionais entrevistados.....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
AP 3.3	Área Programática 3.3
APS	Atenção Primária à Saúde
Cap 3.3	Coordenação de Atenção Primária 3.3
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF	Clínica da Família
CFDPFF	Clínica da Família Deputado Pedro Fernandes Filho
CMSATT	Centro Municipal de Saúde Alice de Toledo Tibiriçá
Conasp	Conselho Consultivo de Administração Previdenciária
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Esb	Equipe de saúde bucal
Esf	Estratégia de saúde da família
Eqsf	Estratégia de saúde da família
Iapas	Instituto de Administração da Previdência Social
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PACS	Programa de agentes comunitários de saúde
PIASS	Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Primária
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SAPS	Secretaria de Atenção Primária
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA</b> .....	10
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	13
2.1	OBJETIVO GERAL.....	13
<b>2.1.1</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	13
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
3.1	O ACOLHIMENTO.....	21
<b>3.1.1</b>	<b>O acolhimento e a saúde bucal</b> .....	25
3.1.1.1	O acolhimento e a pandemia de Covid-19.....	27
<b>4</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	30
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	30
<b>4.1.1</b>	<b>Caracterização do cenário do estudo</b> .....	30
4.1.1.1	Participantes do estudo.....	33
4.1.1.1.1	<i>Técnica de investigação e análise</i> .....	33
<b>5</b>	<b>RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA</b> .....	35
<b>6</b>	<b>PROCEDIMENTOS ÉTICOS</b> .....	36
<b>7</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	37
7.1	CARACTERIZAÇÃO DOS RESPONDENTES.....	37
<b>7.1.1</b>	<b>Análise das entrevistas</b> .....	39
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	46
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	47
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - (TCLE)</b> .....	53
	<b>APÊNDICE B - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – TAI...</b>	58

## 1 INTRODUÇÃO

Com a chegada da pandemia por Covid-19 em março de 2020, novas dinâmicas foram impostas às unidades de atenção primária à saúde para a oferta da assistência. Acesso e acolhimento nos serviços de saúde foram readaptados para que contemplassem a nova e desconhecida realidade sanitária mundial. Diante da pandemia de Covid-19, a Atenção Primária à Saúde (APS) ratificou sua importância na resposta global a doença, sendo a porta de entrada universal para os cuidados de usuários com sintomas leves e coordenando a regulação dos encaminhamentos de casos mais graves para os serviços de maior complexidade (PURIFICAÇÃO et al., 2020).

Segundo Giovanella et al (2020) os países com sistemas de saúde baseados em uma APS robusta, tiveram a possibilidade de ter um desempenho mais satisfatório no enfrentamento da pandemia. O modelo brasileiro, com suas equipes de saúde da família e enfoque territorial, apresentou impactos positivos na saúde da população e tem papel importante na rede assistencial de cuidados, além de poder contribuir vigorosamente para a abordagem comunitária, necessária no enfrentamento de qualquer epidemia.

Como eixo norteador da oferta de serviços, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi oficialmente implantada no ano de 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) como um programa e, posteriormente em 1998, alçada à condição de estratégia de reorganização do modelo assistencial no âmbito da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2011). A ESF tem sido uma das políticas públicas do SUS mais bem sucedidas no Brasil. Apesar dos grandes desafios para a sua implementação e fortalecimento, exposta a desvalorização dos governantes nos últimos anos, tem contribuído de forma decisiva para a melhoria das condições de saúde da população (WAGNER et al., 2018).

A ESF tem conseguido avançar nos princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade através de suas ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde pautadas no território, com foco nas famílias, equipe multiprofissional, acolhimento e vínculo (GIOVANELLA et al.,2020).

O acolhimento é uma ferramenta de trabalho que compõe a assistência aos usuários nos serviços de saúde, com responsabilização dos profissionais envolvidos pela escuta qualificada de suas necessidades de saúde e o propósito de alcançar uma assistência resolutiva e articulada com os demais serviços para a continuidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Na Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento representa uma ação que ocasiona a mudança da relação entre o paciente e o profissional e reconhece o usuário como participante ativo no desenvolvimento da saúde, tornando essa ação um instrumento para conhecer o paciente e suas limitações e avaliar o serviço prestado (LAZZAROTTO E CASTRO, 2017).

No cotidiano das unidades de saúde o acolhimento aos usuários pode se manifestar de diversas formas, admitindo dinâmicas diferenciadas conforme as características do território, da capacidade de recursos humanos e de situações epidemiológicas. A pandemia causada pela doença do novo coronavírus 2019 (COVID-19), conforme declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020 (OMS, 2020), surge como um grave problema para o sistema mundial de saúde.

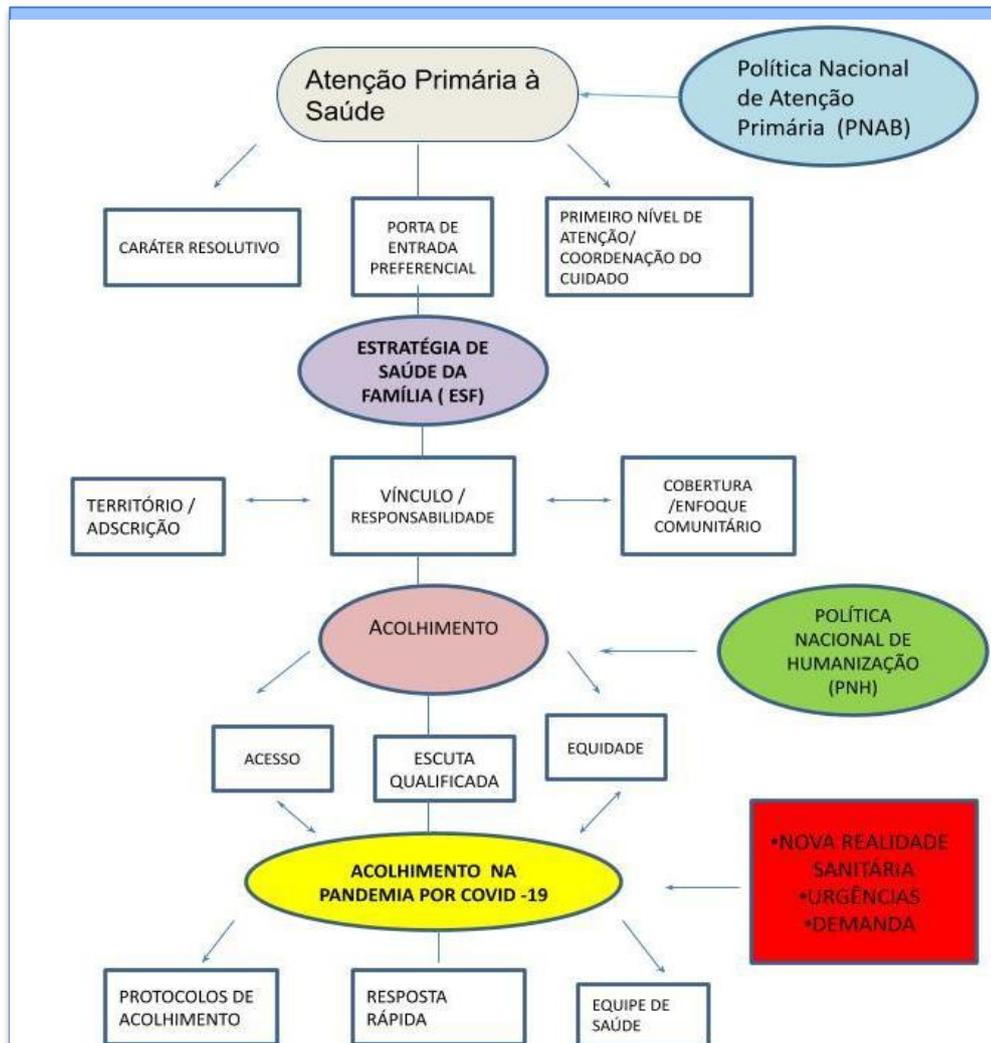
No Brasil, a pandemia trouxe vários desafios para realização do acolhimento nas unidades de APS, demandando constantemente a criação de protocolos e uma série de estratégias como forma de enfrentamento ao aumento significativo por atendimentos e seus desdobramentos, assim como combater a desassistência a diversos grupos de usuários em condições crônicas de agravos de saúde.

Diante das experiências ocorridas entre março de 2020 e fevereiro de 2022, quando a saúde bucal teve de rever suas práticas enfrentando uma realidade totalmente desconhecida, tornou-se relevante pesquisar sobre o acolhimento das equipes de saúde bucal nas unidades da Estratégia de Saúde da Família no contexto da pandemia por Covid-19, que respondesse a algumas perguntas norteadoras, tais como: quais foram os desafios impostos pela pandemia no acolhimento da saúde bucal? Quais as potencialidades identificadas nesses processos de mudanças face à pandemia? Como as unidades e suas equipes de saúde responderam a cada etapa do processo de enfrentamento da Covid-19, inclusive com a chegada das vacinas, no intuito de promover o acolhimento cada vez mais qualificado e que respondesse às necessidades da população?

Ao analisar as experiências dinâmicas da saúde bucal na ESF durante a pandemia por Covid-19 e levando em conta todo o saber já concebido e estruturado para a prática do acolhimento, é que podemos refletir constantemente sobre essa ferramenta, buscando a implantação de novas práticas de saúde, assim como o seu aperfeiçoamento e sua qualificação.

A seguir apresento o Mapa Conceitual da proposta do estudo onde o acolhimento na pandemia por Covid-19 foi objeto norteador do projeto da pesquisa.

Figura 1 - Mapa Conceitual



Fonte: Próprio autor, 2022.

## **2 OBJETIVOS DA PESQUISA**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o acolhimento durante a pandemia de Covid-19 em duas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, segundo as percepções dos profissionais da saúde bucal das equipes de saúde da família.

#### **2.1.1 Objetivos Específicos**

- Identificar os desafios do acolhimento realizado por profissionais da equipe de saúde bucal durante o enfrentamento da pandemia de Covid-19.
- Identificar as potencialidades trazidas pelos profissionais da Saúde Bucal ao acolhimento durante a pandemia de Covid-19.
- Reconhecer as lições aprendidas na realização do acolhimento segundo a percepção dos profissionais das equipes de saúde bucal no contexto da pandemia de Covid-19.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para iniciarmos as reflexões a respeito do acolhimento, objeto norteador deste estudo, algumas contextualizações nos levam ao seu processo de evolução no Sistema Único de Saúde (SUS) onde a prática do acolhimento nos serviços de saúde vem se desenvolvendo ao longo dos anos e já acumula várias experiências em todo o Brasil.

Durante os anos de 1970, foi construída uma sólida estrutura privada de atenção médica, privilegiando a medicina curativa. A rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado e os recursos para saúde pública eram mínimos. O sistema previdenciário sofreu mudanças institucionais, separando o componente benefício da assistência médica. Com a criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), foram organizados o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS) (LABATE e ROSA, 2005). Nesta mesma década houve a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que se iniciou na região Nordeste e alcançou, em 1979, sua abrangência nacional sob a forma de um amplo programa de medicina simplificada, aumentando expressivamente o número de Unidades Básicas de Saúde (MENDES, 2012).

Uma busca de alternativas à organização social das práticas de saúde no Brasil também foram identificadas em meados dos anos 70, quando se iniciaram, entre os docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, as discussões acerca dos limites e possibilidades das propostas de reforma do ensino e da prática médica. A crítica da Medicina Preventiva., apresentada por Antônio Sérgio Arouca, em 1975, marcou a formação de muitos jovens estudantes e professores de Medicina que, através da leitura que o autor fez do movimento preventivista, começaram a pensar criticamente sobre as determinações econômicas, sociais e políticas que marcavam o exercício da Medicina, especialmente no contexto brasileiro, no qual ocorria a capitalização e privatização da assistência médica previdenciária, eixo da política de saúde do regime autoritário (AROUCA, 1975).

Quase que simultaneamente, a professora Maria Cecília Donnangelo concluiu sua tese de livre-docência, publicada no livro Saúde e Sociedade (DONNANGELLO, 1976), obra que culminou uma reflexão iniciada pela autora à propósito das relações entre Medicina e Sociedade (seu livro anterior), no qual retrata a história da Previdência Social no Brasil e analisa as características da luta política e ideológica que se travava então na área médica, cenário de

expansão do movimento sindical em luta contra a hegemonia dos liberais. e empresários da saúde. A reflexão de Donnangelo sobre as determinações sociais da prática médica, foi o ponto de partida para os estudos que vieram a se desenvolver acerca do processo de trabalho médico (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1986).

Em 1981, foi criado no Brasil o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com a proposta de reorganizar a assistência médica, sugerir critérios para alocação de recursos no sistema de saúde, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento de assistência médico-hospitalar. Um ano após sua criação o CONASP propõe, o plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. As políticas de saúde passam a ser descentralizadas, universalizadas e hierarquizadas através do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que, em 1985, passou a se chamar Ações Integradas de Saúde (AIS) e aceleraram a ampliação da rede de Atenção Básica à Saúde uma vez que suas ações passam a incorporar cada vez mais municípios (CORDEIRO,1991).

Este plano do CONASP é então reconhecido como uma proposta de planejamento estratégico na área da saúde e representava o início da incorporação dos setores público e privado nas atividades de planejamento, rompendo com a concepção dominante da dicotomia entre serviços/ações preventivas e curativas, ainda que o enfoque do planejamento se vinculasse estritamente à capacidade instalada de assistência individual (CORDEIRO,1991).

Na esfera internacional, em setembro de 1978, aconteceu, em Alma-Ata, a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde com a proposta de atenção primária em saúde como estratégia para ampliar o acesso aos serviços de saúde, com igualdade de condições para todos até o ano 2000. As prioridades propostas foram a promoção e prevenção da saúde com profissionais cuja formação envolvesse uma percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade (LABATE e ROSA, 2005).

A atenção primária à saúde na Declaração de Alma-Ata foi entendida como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária orientado por princípios de solidariedade e equidade despertando para a compreensão da saúde como direito humano e para a necessidade de se abordarem os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2014).

Após a implantação das AIS a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) promoveram uma reunião para a sua avaliação. O encontro reforçou a posição do movimento sanitário no sentido

de se promover a unificação do sistema de saúde. Em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, propôs reforma administrativa e a unificação das instituições e serviços de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde. No ano de 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, que substituiu paulatinamente as AIS (SOUZA, 2001).

O SUDS foi viabilizado pelo pacto de governadores dos estados com a construção de espaços político-institucionais onde algumas propostas tentavam superar os limites da política de saúde vigente. Os esforços na direção de mudança na organização dos serviços resultaram na implantação dos Distritos Sanitários em vários estados e municípios como uma estratégia de reorganização dos serviços que adotava a perspectiva sistêmica, enfatizando a base territorial como critério fundamental para a definição da população coberta e do perfil de oferta dos serviços, levando-se em conta a articulação dos diversos níveis de complexidade e, principalmente, o perfil da demanda e a identificação das necessidades de saúde da população (ARAÚJO; TEIXEIRA, 1989; MENDES, 1993).

A promulgação da nova Constituição Brasileira em 1988 estabelece o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, onde todo brasileiro passa a ter a garantia por lei do acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1991).

Durante a implementação do SUS, a atenção primária à saúde (APS) passou a ser denominada de atenção básica à saúde assumindo o papel de porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na Constituição Federal de 1988 (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2014).

A Atenção Primária (APS) é atualmente considerada internacionalmente como a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde, traduzida como um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas.

Com o fortalecimento da Atenção Primária no Brasil, os Centros e postos de saúde destinados a prestar serviços básicos à população, experimentaram um crescimento bastante expressivo na produção de serviços e no aumento da cobertura assistencial. Esse foi um dos ganhos oriundos do processo de descentralização da saúde previdenciária e da subsequente municipalização do sistema de saúde brasileiro. A oferta de serviços promoveu fundamentalmente a prestação de atendimento médico ambulatorial nas especialidades básicas

(clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia) e a oferta de ações de caráter preventivo, segundo a lógica das ações programáticas em saúde (CAMPOS, 2003).

As demandas por atendimento organizadas na modalidade de pronto atendimento, sempre em número insuficiente e sem nenhum vínculo entre as equipes e os indivíduos trazem como consequência a ausência dos preceitos da atenção primária, que preconiza a integração das ações curativas com as de promoção e de prevenção à saúde, persistindo as filas de pacientes, desde a madrugada, em busca de “uma ficha” para atendimento com um especialista (CAMPOS, 2003).

Diversos avanços foram identificados no SUS na direção da descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde, ampliando os níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social influenciados pelo debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e ao desenvolvimento do controle social. Os modos de atenção que na maioria das vezes são baseados na relação queixa-conduta, acaba por automatizar o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo o olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que promove a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2004).

Como forma de se contrapor ao modelo médico assistencial hegemônico e a cultura organizacional de uma prática fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos, algumas propostas foram criando as condições para que o sistema de saúde se aproximasse mais dos indivíduos, tornando-se mais humano, solidário e resolutivo. Os princípios de territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local, promoção à saúde, estiveram presentes nas agendas dos técnicos e dos movimentos sociais ligados ao setor na busca de mudanças no acolhimento das unidades de saúde (CAMPOS, 2003).

As tentativas de aproximação entre a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços, enquanto um movimento organizado institucionalmente ganhou força nos anos de 1980. No Brasil, o debate sobre esta articulação foi contemplado durante o II, III e IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, abrindo espaço para discussões tanto no que diz respeito à sua contribuição para a análise dos problemas de saúde, quanto no âmbito do planejamento e organização de sistemas e serviços (TEIXEIRA, 1992).

A implantação de novas práticas e novos modelos assistenciais é então discutida por Paim (1992) como proposta de transição para um novo modelo, onde a oferta organizada e programada de serviços seria o espaço de articulação do enfoque epidemiológico que viesse a

suplantar as ações dirigidas ao atendimento da chamada demanda espontânea, bem como as ações realizadas a partir da implantação dos programas especiais dirigidos a grupo populacionais específicos (PAIM e TEIXEIRA, 1992).

Nesse contexto surgem posteriormente as bases conceituais para a formulação de propostas que se tornaram conhecidas como o modelo em defesa da vida, cujos pilares são a preocupação com o acolhimento e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população que demanda os serviços (CAMPOS, 1994; MERHRY, 1994; CECÍLIO, 1994).

O processo de construção do SUS a partir da aprovação das Leis 8080 e 8142 e o desencadeamento da municipalização, a partir de 1993, significou uma grande expansão dos espaços introduzindo mudanças na organização dos serviços e nas práticas de saúde (TEIXEIRA e SOLLA, 2006). O processo de transferência gradual da responsabilidade de gestão pela atenção primária da saúde aos gestores municipais através da Norma Operacional Básica - NOB 93, com implantação dos Programas de Saúde da Família, constituíram o eixo norteador de mudanças no modelo assistencial do SUS (CORDEIRO, 1996; BRASIL, 1998).

Mendes (2002) e Paim (2004), apontam que “a concepção da Saúde da Família no Brasil torna evidente a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementaridade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) ainda que no âmbito da APS”.

Teixeira (2003) reconhece que a Saúde da Família, inicialmente formulada como um programa “vertical” a ser implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se colocava a necessidade de interromper o ritmo de expansão da epidemia de cólera no início dos anos de 1990, foi redefinida, por um conjunto de diversos atores políticos, ao nível estadual e posteriormente federal, que viram nas iniciativas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção em larga escala (TEIXEIRA, 2003).

Nesse contexto, à partir de 1994 e, principalmente nos anos de 1998 a 2002, a Saúde da Família deixou de ser um programa para operacionalizar uma política com foco na atenção básica em populações excluídas do acesso a serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS e instrumento de uma política de

universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho na saúde (TEIXEIRA, 2003).

No ano de 2003, a expansão da Estratégia de Saúde da Família recebe o apoio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), uma negociação do Ministério da Saúde com financiamento internacional por um período de sete anos, visando a organização e o fortalecimento da atenção básica nos grandes centros urbanos, em municípios com mais de cem mil habitantes (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

Em alguns destes centros urbanos o PSF começou a focalizar as populações mais carentes, com maior rede e complexidade de serviços instalados, mantendo-se paralelamente o modelo de atenção básica tradicional, organizado para atender à demanda espontânea ou aos programas assistenciais específicos. Outros municípios, no entanto, em que o PSF alcançava maior cobertura populacional, sua implementação proporcionou grandes mudanças na organização do sistema municipal de saúde e no modelo de atenção (ESCOREL ET AL., 2002).

Levando em consideração o contexto destas evidências, o Ministério da Saúde elabora a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), editada pela portaria ministerial nº 648/GM, de 28 de março de 2006, reconhecendo a Saúde da Família como modelo de reorganização da atenção básica, reforçando que a expansão deste modelo deve garantir a integração da rede de serviços de saúde municipal ao detalhar modalidades de implantação e incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006).

No esteio do Pacto pela Saúde esta portaria revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante – UBS com ou sem ESF (MELO ET AL, 2018).

Os anos 2000 foram marcados por uma grande expansão das ESF e pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), porém dificuldades de infraestrutura, de subfinanciamento e na contratação de médicos persistiram, comprometendo a mudança gradual do modelo assistencial (GIOVANELLA ET AL, 2020)

Nos anos de 2011 e 2017 a PNAB é reeditada caracterizando avanços e retrocessos. Na edição de 2011 iniciativas como o Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que alocava mais recursos as equipes que apresentassem melhor desempenho assistencial e o Programa Mais

Médicos (PMM) que ajudou a melhorar a fixação e a permanência de médicos nas ESF em áreas socialmente mais vulneráveis, contribuindo para o crescimento da cobertura da ESF.

Neste período foi criado o E-SUS, um prontuário eletrônico gratuito para os municípios e se constituíram as diferentes modalidades de equipes (ribeirinhas, fluviais e de consultório na rua) como forma de diversificar o escopo das ações de saúde voltadas para estes segmentos da população. Observa-se que tais iniciativas aumentaram o orçamento federal na atenção primária notadamente no PAB Variável e em recursos de investimento (PINTO, 2012).

No ano de 2016 inicia-se uma discussão para mudanças na PNAB com propostas de diminuição do número de agentes comunitários nas equipes ESF. A PNAB 2017 permitiu estabelecer equipes de Saúde da Família (SF) com apenas um ACS e equipes de Atenção Primária (eAP) sem ACS. A possibilidade de ausência do ACS afeta um dos pilares do modelo assistencial que caracteriza a ESF em seu componente comunitário e de promoção da saúde (GIOVANELLA ET AL., 2020)

Com novas regras de financiamento federal do SUS no ano de 2017, surgem propostas para a adoção de apenas dois grandes blocos de financiamento, um de custeio e outro de investimento em detrimento dos seis grandes blocos anteriores, dentre eles o bloco da AB. Além disso, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520 em 2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação (MELO et al., 2018)

Um novo modelo de financiamento da APS, ao substituir o Piso de Atenção Básica fixo e o variável para incentivo às equipes SF e ao NASF por um pagamento por capitação ponderada, calculado pelo número de pessoas cadastradas as equipes, pode ter efeitos drásticos no modelo assistencial da ESF. O PAB fixo possibilita a implementação de ações previstas nos Planos Municipais de Saúde, que são mais direcionados às realidades locais. No modelo até então vigente, as ações das equipes dirigem-se a toda população do território, representando em grande número de municípios os únicos serviços de saúde disponíveis à população (PINTO, 2012.)

Segundo Melo (2018), os elementos da PNAB 2017 ao serem analisados dentro da conjuntura do governo e do país identificaram um desmonte da ESF ao invés do enfrentamento dos seus problemas, limites e desafios. A concentração de poder nos gestores formais do SUS nesse processo evidencia também que a gestão governamental tripartite do SUS, com pouca participação da sociedade civil e dos trabalhadores, produziu com esta versão da PNAB uma cisão nas bases de sustentação do SUS, em um cenário em que esta grande política pública foi gravemente ameaçada (MELO et al., 2018).

### 3.1 O ACOLHIMENTO

A diretriz do acolhimento foi introduzida nos serviços do SUS em meados da década de 1990, buscando, além de ampliar o acesso, viabilizar mudanças no desenvolvimento do trabalho em saúde, ao modificar as relações entre trabalhadores, gestores e usuários para a promoção de vínculos, corresponsabilização e resolubilidade. Entretanto, o debate em torno do acolhimento se intensificou a partir dos anos 2000 na busca de diretrizes e formas de inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierar-quização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema (FRANCO et al, 1999).

Segundo Franco (1999), oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da ideia básica do acolhimento, que se construiu como diretriz operacional, propondo uma inversão na lógica de organização e do funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

O conceito de humanização faz referência ao resgate do respeito à vida humana, levando-se em consideração as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas contidas em todo relacionamento humano (BRASIL, 2001). Segundo Fortes (2004), as práticas humanizadas de atenção e cuidado vêm sendo discutidas no contexto mundial e tiveram como marco histórico a Declaração de Alma-Ata, que reafirma a saúde como um completo bem estar físico, mental e social, não se restringindo a ausência de doenças e que deve ser compreendida como um direito fundamental de todo cidadão. No Brasil, este processo formalizou-se com a promulgação da constituição de 1988 e com a criação SUS, responsáveis por reordenar teoricamente e operacionalmente as práticas de humanização nos serviços e romper com os velhos paradigmas do modelo biomédico de cuidado (RIOS, 2008).

Após os primeiros 15 anos da criação do SUS constatou-se que embora o sistema carregasse na sua formulação os princípios e diretrizes do que poderia ser a grande política de humanização nacional, inúmeras situações dentre as quais podemos citar as longas filas de espera, a falta de qualificação dos profissionais e a falta de recursos, demonstram uma extensa distância entre a proposta humanizadora e a realidade do país (SIMÕES et al, 2007).

Ao tematizar a humanização da assistência no debate da saúde pública brasileira e reconhecer as falhas no sistema, o Estado optou por implantar a Política Nacional da

Humanização (PNH) com o objetivo de promover a valorização dos vários sujeitos nos processos de produção das práticas sanitárias, abrindo-se para as questões fundamentais sobre os modelos de gestão e de atenção da saúde que orientaram a construção da PNH como mais um instrumento para garantir o direito constitucional à saúde para todos de forma digna, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida. (SIMÕES et al., 2007; BRASIL, 2004).

A PNH apresenta como escopo principal a possibilidade de acolhimento apropriado e escuta qualificada de usuários, gestores e colaboradores. A política tem por princípios a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, bem como, o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos. Orienta-se pelas diretrizes do acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência, clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e a defesa do direito dos usuários (RAIMUNDO, CADETE, 2012; BRASIL, 2013).

A escuta qualificada é um instrumento facilitador e transformador, estratégico no desenvolvimento da autonomia e inclusão social, essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado integral, tornando possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (FURTADO; ONOCKO, 2005).

Nesta perspectiva, a escuta qualificada possibilita o encontro com a subjetividade do indivíduo, e pode ser definida como o ato de estar sensível ao que é comunicado e expresso através de gestos e palavras, ações e emoções. Portanto, se desenha como uma importante ferramenta para que as diretrizes orientadoras da PNH possam, de fato, nortear a produção e gestão dos cuidados e dos processos de trabalho nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde (SANTOS, 2014).

Existem múltiplos sentidos e significados atribuídos ao acolhimento, porém ressaltamos como de grande importância a noção de acolhimento adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. De forma geral podemos afirmar que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas (BRASIL, 2013).

O acolhimento se apresenta no contexto das tecnologias leves, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional e que vai influenciar fortemente o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras. Além disso, o acolhimento pode

facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, sobretudo quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas (BRASIL, 2013).

Acolher é posicionar-se junto ao problema do outro, o qual sempre é legítimo independente de sua natureza e se apresenta como demanda para os trabalhadores da saúde. Demanda esta que deve ser atendida de maneira qualificada e baseada na escuta daquilo que o usuário traz, pois essa atitude valoriza a singularidade dos sujeitos que procuram os serviços, o que confirma que o acolhimento deve ser, para o serviço de saúde, uma diretriz norteadora do seu funcionamento (PACHE, 2009).

O acolhimento opera os processos de trabalho em saúde buscando atender a todos que procuram os serviços de saúde, assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, com resolutividade e responsabilização.

O acesso aos serviços de saúde deve ser construído através do compromisso entre usuários e profissionais de saúde na direção da construção de alianças éticas com a produção da vida em um processo que estimula a co-responsabilização, evitando que este seja organizado a partir de filas por ordem de chegada, onde o acolhimento se faz por meio de triagem, de forma burocrática e sem sistematização de um processo de avaliação dos riscos, agravos e de vulnerabilidade dos usuários (BRASIL, 2004).

Uma das tecnologias utilizadas no acolhimento é a da Avaliação com Classificação de Risco, que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Exerce-se então uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2004). Esta ferramenta busca garantir atendimento imediato com grau de risco elevado, informar ao paciente que não corre risco imediato, informar o tempo provável de espera e aumentar a satisfação dos usuários (BRASIL, 2009).

Existem dois protocolos de classificação de risco que são atualmente mais conhecidos, o protocolo de Manchester e o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde que apresentam algumas diferenças.

O protocolo de Manchester foi criado nos anos de 1990 na Inglaterra e classifica os pacientes através de cores após uma avaliação que inclui verificação de seus sinais, sintomas e nível da dor, que representam, assim, a gravidade do quadro e o tempo de espera (urgência) para atendimento de cada paciente (ANDRADE, 2015). A Classificação de Risco deve ser

executada por um profissional de nível superior devidamente capacitado, que, geralmente, é o enfermeiro. Após essa avaliação, os pacientes são identificados por um dos níveis estabelecidos pelo sistema de cores, da seguinte forma:

Quadro 1: Classificação de Manchester.

<b>Vermelha:</b> necessidade por atendimento imediato (emergência), não podendo existir tempo de espera.
<b>Laranja:</b> o quadro foi identificado como muito urgente, e necessita de atendimento praticamente imediato. O tempo de espera para a cor laranja é de até 10 minutos.
<b>Amarela:</b> o quadro é urgente, mas pode aguardar para atendimento, nesse caso o tempo de espera é de até 60 minutos.
<b>Verde:</b> caso pouco urgente que pode aguardar atendimento por até 120 minutos, ou ser encaminhado para outros serviços de saúde.
<b>Azul:</b> caso não urgente e pode aguardar atendimento, ou ser encaminhado para outros serviços de saúde. O tempo de espera para a cor azul é de até 240 minutos.

Fonte: Próprio autor, 2023.

Em uma relação humanizada, a Classificação de Risco Protocolo de Manchester auxilia na organização da ordem dos atendimentos, permitindo que os pacientes sejam acolhidos e possam ser atendidos conforme o nível de gravidade (ANDRADE, 2015).

A classificação de risco segundo o ministério da saúde está inserida na PNH e se apresenta também em cores, porém sem precisar uma estimativa do tempo de espera pelo atendimento conforme os seguintes níveis:

Quadro 2. Classificação de Risco segundo o Ministério da Saúde.

Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.
Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.
Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente.
Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade (ordem de chegada)

Fonte: Próprio autor, 2023.

Como instrumento para promover a equidade nos serviços de saúde e atendimento resolutivo com maior satisfação dos usuários, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho (BRASIL, 2009).

### **3.1.1 O acolhimento e a saúde bucal**

A assistência odontológica no Brasil historicamente é caracterizada pela livre demanda do paciente/usuário e baseada em ações curativas e/ou mutiladoras em uma ótica tipicamente flexneriana. A formação odontológica ainda é centrada em um modelo biologicista, curativo e organizado em espaços privados (consultório/clínica odontológica), de acesso individual e segmentado. Estas características, que definem as práticas no setor privado, são reproduzidas, de modo geral, nos serviços públicos de saúde (MARTELLI et al., 2010).

No ano de 1960 a publicação do “Manual de odontologia sanitária” por Mário Chaves, fruto da prática desenvolvida por profissionais da área odontológica em saúde pública no Brasil, na década dos anos de 1950, marcou profundamente a teoria e a prática das intervenções de saúde pública no campo odontológico no país e na América Latina. Dois anos depois, foi publicada a versão espanhola dessa obra pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), que a consagrou definitivamente (NARVAI, 2006).

Segundo Chaves (1960) a odontologia sanitária é considerada um ramo da Saúde Pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral por meio do trabalho organizado dentro do território da comunidade, com a comunidade e para a comunidade, com o propósito de resolver os problemas e obter as melhores condições possíveis de saúde bucal.

A principal ferramenta teórica da odontologia sanitária foi o chamado Sistema Incremental que visava o completo atendimento dental de uma dada população, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas (PINTO, 1989).

Este método foi amplamente utilizado em escolares e transformado em padrão a ser reproduzido no Brasil de forma acrítica. Após alguns anos, a odontologia sanitária se viu reduzida aos programas odontológicos escolares, em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico (DINIZ, 1987).

Segundo Narvai (2006) a odontologia sanitária teve a tarefa histórica de produzir uma prática odontológica que rompesse com a odontologia de mercado hegemônica, caracterizada pela prática de serviços ao indivíduo doente, e realizada exclusivamente por um sujeito individual no restrito ambiente clínico-cirúrgico, sobre o qual o dentista constrói a sua clínica e sua organicidade ao modo de produção capitalista, transformando os cuidados de saúde em mercadorias e solapando a saúde como bem comum, prática que predomina no setor privado, mas segue exercendo grande influência sobre os serviços públicos.

Para Narvai e Frazão (2006), a saúde bucal coletiva das populações não é um resultado da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta. Sendo um processo social, cada situação é única, singular, histórica, não passível portanto de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios e apresentam suas especificidades.

No ano de 1989, Pinto lançou seu livro “Saúde bucal: odontologia social e preventiva” que se tornou obra de referência da área. O autor organizou, sistematizou e atualizou as bases teóricas sobre as quais se deveriam assentar o planejamento e a programação das ações de saúde pública na área odontológica.

Em substituição a toda forma de “tecnologismo” e “biologismo” presentes nas formulações específicas da área de odontologia social e preventiva, um relevante aporte teórico foi formulado por Botazzo (2000) em “Da arte dentária” com a proposição de *bucalidade*.

Para esse autor a *bucalidade* corresponde a um arranjo teórico-metodológico no qual são essenciais os *trabalhos bucais* identificados como sendo *manducação*, *linguagem* e *erotismo*, e definidos respectivamente como *consumo do mundo* para sobreviver no plano natural (*manducar*), como *produção e consumo de palavras (linguagem)*, e como *relação amorosa e produção de atos bucais sexuais (erótica)* (BOTAZZO, 2000).

Botazzo enfatiza que a saúde não se esgota na forma clínica e que a teoria odontológica não dá conta de recuperar o homem por inteiro, abrindo-se, em decorrência, infinitas possibilidades de produzir conhecimentos e práticas a partir do referencial da *bucalidade* (NARVAI, 2006).

Os avanços das políticas de saúde no Brasil e a expansão da Estratégia de Saúde da Família trouxeram, a partir do ano 2000, a inclusão das equipes de saúde bucal na ESF, viabilizando a integração dos cuidados de saúde bucal nas ações da Atenção Primária à Saúde

(NASCIMENTO et al., 2013). Em 2004, a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal - “Brasil Sorridente” - tornou a saúde bucal uma das quatro áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo grandes transformações na saúde bucal do Brasil (PUCCA JÚNIOR et al., 2015). Alia-se ao contexto, a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), com a valorização das dimensões subjetivas e sociais em todas as práticas no SUS (BRASIL, 2004).

Dentre os princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) está o acolhimento, que pressupõe que o serviço de saúde seja organizado com foco no usuário, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade. (BRASIL, 2004).

O acolhimento implementado nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro segue as orientações da PNSB e preconiza que todo cidadão ao procurar os serviços de saúde seja acolhido em suas necessidades e absorvido pela equipe com escuta qualificada e foco na promoção da saúde (BRASIL, 2004).

Os avanços em relação ao financiamento para equipes de saúde bucal na ESF e a implantação de serviços e procedimentos de média e alta complexidade, caracterizam uma rede articulada de cuidado em diferentes níveis de atenção à saúde (PUCCA JÚNIOR et al., 2009). Estabeleceu-se, assim, uma nova perspectiva para a consolidação do conceito de integralidade do cuidado promovido pela ampliação e qualificação do escopo de ações em saúde bucal, com impacto tanto nas ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde quanto nos processos de trabalho nos serviços públicos (BARTOLE, 2008; SANTOS, 2006).

#### 3.1.1.1 Acolhimento e a Pandemia de COVID-19

O serviço de saúde público disponível no Brasil é um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, com seu eixo prioritário na rede de atenção primária à saúde, mas que apresenta problemas de subfinanciamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos seus serviços (MEDEIROS, 2018). Porém mesmo neste cenário que exige atenção e reestruturação, a APS brasileira, em particular, a ESF tem alcançado resultados promissores, que a destacam em âmbito internacional (SARTI et al., 2020).

No Brasil os impactos da pandemia de Covid-19 foram fortemente identificados, porém seriam maiores e com mais efeitos negativos se o Sistema Único de Saúde (SUS) não

comportasse uma rede de serviços que, no cotidiano, trabalha de forma comprometida e colaborativa para a diminuição das urgências e emergências em saúde (BELFORT et al., 2021).

O Rio de Janeiro em meio à crise econômica, política e sanitária acentuada desde a promulgação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que impõe políticas de austeridade ao sistema de seguridade social, com forte impacto na saúde, teve as características de sua crise ainda mais ressaltadas pelo novo coronavírus (SILVA e RUIZ, 2020).

No dia 17 de março de 2020 as unidades de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro recebem as primeiras orientações técnicas sobre as condutas a serem adotadas diante da pandemia de Covid-19. As unidades básicas de saúde (UBS), com suas equipes multiprofissionais, têm papel estratégico no cuidado às pessoas, em seus domicílios e territórios, estabelecendo a necessidade da definição de fluxos em uma Linha de Cuidado específica para Covid-19 que pudesse atender as pessoas no seu local de moradia, no domicílio, nas UBS e nos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (ENGSTROM et al., 2020).

A atenção primária nesse contexto de pandemia deve ser abrangente lançando mão de seus atributos e diretrizes como o acesso de primeiro contato, o vínculo longitudinal, a integralidade, coordenação da atenção, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (Barbara Starfield, 2002). Apesar da heterogeneidade na organização da APS no país, em seus recursos estruturais e processos de trabalho, implementar tais referenciais fortalece o papel da APS na prevenção e controle clínico-epidemiológico da epidemia por Covid-19 (ENGSTROM et al., 2020).

No acolhimento das UBS no município do Rio de Janeiro criou-se espaços de acolhimento, espera e triagem na porta de entrada e fluxo de acesso específico para usuários com sintomas respiratórios recentes, em locais específicos, separando-os dos casos mais graves e dos assintomáticos. A criação das “Equipes de Resposta Rápida (ERR)” formada por equipe multidisciplinar conforme a nota técnica concentraram e agilizam os atendimentos nas UBS (PMRJ, 2020).

Entre março de 2020 e fevereiro de 2022, com o advento da pandemia de Covid-19, as ESB desempenharam novas atribuições dentro das equipes por recomendações municipais, do Ministério da Saúde, da ANVISA, do Conselho Federal de Odontologia e de outras instituições de ensino. Os documentos publicados por essas instituições nortearam a atuação dos profissionais de saúde, incluindo o trabalho da equipe de saúde bucal da APS (CARLETTO e SANTOS, 2020).

Segundo a Nota Técnica nº 9/2020 da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde (SAPS/MS), os profissionais de saúde devem estar organizados e trabalhar em sintonia desde o acolhimento e triagem clínica até a avaliação de sintomas e definição de casos, para que os usuários não sejam desassistidos e sofram quaisquer riscos inerentes ao novo Coronavírus (SAPS/MS, 2020).

Os profissionais de odontologia, tanto da Atenção Primária quanto da Atenção Especializada, foram compor as equipes que realizavam ações de fast-track Covid-19, sendo fundamentais para reforçar as equipes para que os usuários com sinais e sintomas de síndrome gripal fossem acolhidos e atendidos no melhor tempo possível, com responsabilidade e efetividade. Desse modo, os profissionais de saúde bucal deram sua essencial contribuição para a superação desse quadro emergencial (SAPS/MS, 2020).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem na pesquisa qualitativa que segundo Minayo (2002) trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes que são entendidos como um conjunto de fenômenos humanos que fazem parte de uma realidade social.

O objeto da pesquisa qualitativa está no mundo das relações, das representações, e da intencionalidade. A pesquisa qualitativa é particularmente importante no campo da sociologia e antropologia e busca compreender elementos subjetivos e empíricos dos atores envolvidos, bem como dos contextos cultural, histórico, temporal e situacional que os mesmos estão inseridos (MINAYO et al., 2002).

Este estudo pauta-se pela análise das experiências, compartilhadas em grupo, dos profissionais das equipes de Saúde Bucal da ESF a partir do tema “acolhimento durante a pandemia por COVID-19”.

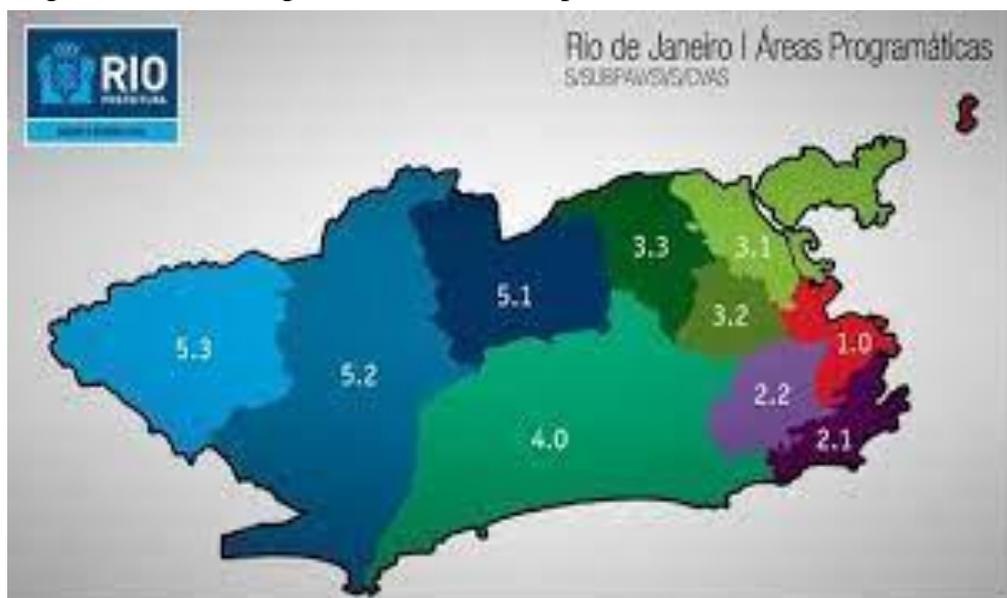
Pretende-se com essa estratégia a captação e exploração que define a pesquisa exploratória como aquela em que o investigador traz novas possibilidades de interpretação à medida que estudo progride e o pesquisador se aproxima dos participantes, do objeto e das ferramentas metodológicas (MINAYO et al., 2002).

#### **4.1.1 Caracterização do Cenário de Estudo**

O estudo foi realizado na cidade do Rio de Janeiro em duas unidades da Estratégia de Saúde da Família pertencentes à Área Programática 3.3 (AP 3.3).

A cidade do Rio de Janeiro é bastante heterogênea e apresenta diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdades na distribuição e utilização de recursos disponíveis, inclusive nos serviços de saúde. Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu geograficamente a cidade em 10 áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde (Figura 2) (PMS-RJ, 2010).

Figura 2 - Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro.



Fonte: Portal SUBPAV, 2010.

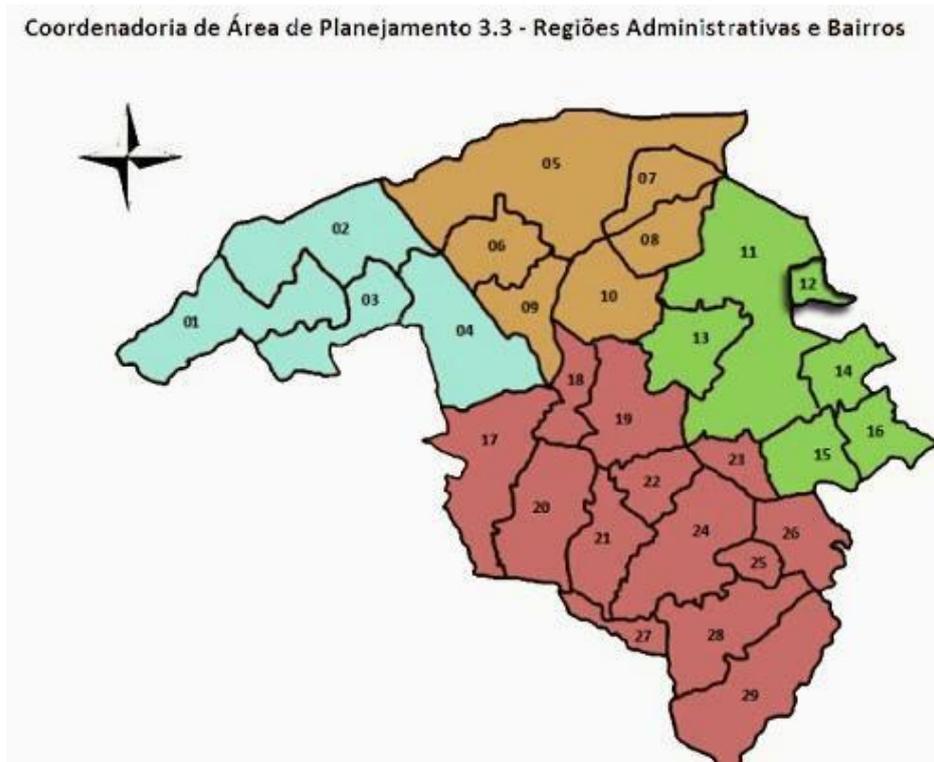
As dez áreas programáticas (AP) do município do Rio de Janeiro são: AP 1.0 - Centro e adjacências, AP 2.1 - Zona Sul, AP 2.2- Grande Tijuca, AP 3.1 - Região da Leopoldina, AP 3.2 - Grande Méier, AP 3.3 Região de Madureira – AP 4.0 Zona Oeste, AP 5.1 Região de Bangu, AP 5.2 - Região de Campo Grande, AP 5.3 - Região de Santa Cruz.

A AP 3.3 responde pela coordenação da saúde de 29 bairros da zona norte do Rio de Janeiro distribuídos em quatro regiões administrativas (Figura 2) com população de 942.638 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da AP 3.3 é de 0,597, sendo que o IDH da XIV Região Administrativa Irajá onde se refere às unidades de saúde pesquisadas é um pouco melhor, com valor de 0,610.

A região contempla em sua rede de atenção primária doze Centros Municipais de Saúde e vinte e duas Clínicas da Família, compostos por cento e oitenta equipes de saúde da família e sessenta e nove equipes de saúde bucal que representam 65,16% de cobertura de ESF.

Conforme a figura 3 os bairros que compõem a AP 3.3 são 01- Parque Anchieta, 02- Anchieta, 03- Ricardo de Albuquerque, 04- Guadalupe, 05- Pavuna, 06- Costa Barros, 07- Parque Colúmbia, 08- Acari, 09- Barros Filho, 10-Coelho Neto, 11- Irajá, 12- Vista Alegre, 13- Colégio, 14- Vila da Penha, 15- Vicente de Carvalho, 16- Vila Kosmos, 17- Marechal Hermes, 18- Honório Gurgel, 19-Rocha Miranda, 20- Bento Ribeiro, 21- Oswaldo Cruz, 22-Turiaçu, 23- Vaz Lobo, 24- Madureira, 25- Engenheiro Leal, 26 – Cavalcanti, 27- Campinho, 28- Cascadura e 29- Quintino Bocaiúva.

Figura 3 – Regiões administrativas da AP 3.3.



XIV R.A. Irajá; XV R.A. Madureira; XXII R.A. Anchieta; XXV R.A. Pavuna

Fonte: Coordenação de Atenção Primária - CAP 3.3/SMS, 2012.

As unidades escolhidas foram o Centro Municipal de Saúde Alice de Toledo Tibiriçá e a Clínica da Família Deputado Pedro Fernandes Filho, onde trabalhava o pesquisador, localizadas no bairro de Irajá, geograficamente muito próximas e com forte integração entre as equipes de saúde bucal.

Cada unidade possui 6 equipes de saúde da família, duas equipes de saúde bucal e uma equipe NASF compartilhada com as duas unidades, formada por um professor de educação física, uma psicóloga, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma assistência social.

#### 4.1.1.1 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram quatro odontólogos, três técnicas de saúde bucal (TSB) e quatro auxiliares de saúde bucal (ASB), todos com mais de 5 anos na ESF.

##### 4.1.1.1.1 *Técnica de investigação e análise*

A ferramenta metodológica foi realização de entrevistas semi estruturadas onde o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO,2008).

As perguntas do estudo foram desenvolvidas e aplicadas aos entrevistados de uma forma maleável, ou seja, esperava-se obter as respostas através de um diálogo que se estabelece entre pesquisador e entrevistado. Portanto, a ordem e a forma das perguntas formuladas podem ser mudadas conforme o desenrolar da entrevista. O que se deseja é aprofundar o contexto pessoal em que está inserido o entrevistado, com as especificidades dos seus pontos de vista em relação ao tema (FLICK, 2013).

Roteiro de Entrevista Semiestruturada:

##### Identificação do respondente:

- 1) Idade;
- 2) Sexo;
- 3) Ocupação profissional;
- 4) Tempo de atuação na ESB da ESF.

##### Perguntas:

- 1) Qual a Contribuição do acolhimento para o processo de trabalho da unidade no contexto da pandemia de covid -19?
- 2) Qual a sua visão dos profissionais relacionada à responsabilidade pelo acolhimento dos usuários.
- 3) Na sua percepção quais foram os principais desafios vivenciados pelos profissionais da equipe de saúde bucal durante o enfrentamento da pandemia de Covid-19?
- 4) Na sua percepção quais foram as potencialidades trazidas aos processos de trabalho pelos profissionais da Saúde Bucal ao acolhimento durante a pandemia de Covid-19?

- 5) Teve alguma lição aprendida na realização do acolhimento segundo a percepção dos profissionais das equipes de saúde bucal no contexto da pandemia de Covid-19? Se sim quais foram?

Foi aplicado roteiro de entrevista e as respostas foram codificadas, de modo a garantir o anonimato dos participantes e analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo, que permite qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos (BARDIN, 1977). Segundo a autora, a função primordial da análise do conteúdo é o desvendar crítico que descreve e justifica as etapas da análise de conteúdo de forma clara e concisa, tornando possível a sua reprodução diante da pesquisa realizada. As etapas são separadas em: pré análise, exploração do material, tratamento dos resultados e inferência e interpretação. Na pré análise o material é organizado, compondo o corpus da pesquisa, onde escolhem-se os documentos, formulam-se hipóteses e elaboram-se indicadores que norteiam a interpretação final (SANTOS, 2011).

## **5 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA**

A pesquisa se comprometeu a tratar os participantes voluntários com respeito a sua dignidade e sua autonomia garantindo evitar danos previsíveis que possam causar alguma condição de vulnerabilidade ao entrevistado. Também foi garantida a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos e a plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;

Ao sujeito do estudo foi explicitado o objeto, objetivos e sua relevância, assim como a importância de sua colaboração para a investigação. O sigilo das informações dadas pelos participantes e sua identidade foram garantidas por meio do uso de códigos. Sobre o risco da quebra de confidencialidade, há o compromisso com o dever do sigilo, não utilizando os dados para nenhuma outra finalidade que não seja esta pesquisa, porém não é possível garantir em sua totalidade o anonimato, privacidade e sigilo. Os resultados estão apresentados de forma agregada, diminuindo o risco de identificação pelo nome ou unidade de saúde.

Concluída a pesquisa, os resultados serão enviados por e-mail para todos os participantes.

O pesquisador se comprometeu a esclarecer sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em instituições de saúde, em meios acadêmicos, científicos e outros que possam contribuir para a qualificação da gestão no SUS. Pretende-se, assim, contribuir para conhecimento de como se deu o acolhimento das equipes de saúde bucal durante a pandemia por coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) no âmbito da atenção primária no SUS, trazendo como benefícios diretos e indiretos o fortalecimento e a troca de saberes entre os profissionais envolvidos na pesquisa, além de trazer conhecimentos teóricos e práticos para a formação de profissionais e ações relacionadas à saúde e à atenção junto aos usuários do SUS.

## 6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Registra-se quanto aos aspectos éticos que, sendo esta pesquisa realizada com seres humanos, sua proposição atenta-se para os princípios de “bioética, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado”, previsto na Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, publicada em 13 de junho de 2013 e com a resolução 510/2016, que dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Ademais, também leva em conta a resolução nº 580/2018 que trata das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico envolvendo o SUS.

O Projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, aprovado sob nº 67429223.0.0000.5240 e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, aprovado sob o nº 67429223.0.3001.5279.

Foi elaborado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com a assinatura de todos os profissionais envolvidos na pesquisa, assim como a assinatura do Termo de Anuência Institucional (TAI) da gerência das duas unidades de saúde.

Concluída a pesquisa, o material coletado será mantido em arquivo por pelo menos cinco anos, conforme Resolução nº 510/2016 e orientações do CEP/ENSP, e no fim deste prazo, o material será descartado. Apenas os pesquisadores envolvidos no projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, assim como qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS RESPONDENTES

A partir de março do ano 2020 com o advento da pandemia pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2) até meados do ano 2021, quando o avanço da cobertura vacinal promoveu a queda dos casos de Covid-19 e dos óbitos causados pela doença, as ESB desempenharam um novo papel dentro das equipes de saúde da família por recomendação dos protocolos de atendimento emitidos principalmente pelo Ministério da Saúde e pela prefeitura municipal do Rio de Janeiro. Os documentos publicados por estas instituições nortearam a atuação dos profissionais de saúde, incluindo o trabalho da equipe de saúde bucal da APS (CARLETTO E SANTOS, 2020).

A Coordenação Técnica de Saúde Bucal do município do Rio de Janeiro publicou uma Nota Técnica, em março de 2020, sobre as recomendações de manejo odontológico na qual recomendou que a ESB deveria permanecer na UBS no trabalho conjunto com as equipes, auxiliando na identificação de pessoas com síndrome gripal que procurassem a unidade (RIO DE JANEIRO, 2020).

Foi neste contexto de incertezas, uma vez que o risco de contaminação e disseminação do vírus se tornavam evidentes, que atuaram os entrevistados da pesquisa.

O convite para participação dos profissionais deu-se pelo meu envolvimento como membro de uma das equipes de saúde bucal que compartilhou junto a estas equipes a experiência da pandemia por Covid-19.

As entrevistas foram realizadas com a colaboração de todas as categorias profissionais que compõem as quatro equipes de saúde bucal das duas unidades selecionadas para o estudo. Todos os participantes são do sexo feminino, com mais de cinco anos na Estratégia de Saúde da Família e que participaram intensamente do acolhimento e de todas as outras atividades atribuídas às equipes de forma multidisciplinar durante a pandemia de Covid-19, como pode ser observado no quadro 3.

Quadro 3 - Perfil dos profissionais entrevistados segundo o código de entrevistas, idade, sexo, categoria profissional e tempo de atuação na UBS.

<b>Código do entrevistado</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Categoria profissional da ESB</b>	<b>Tempo de atuação na ESF</b>
<b>TSB1</b>	<b>63</b>	<b>Feminino</b>	<b>Técnica de saúde bucal</b>	<b>10 anos</b>
<b>TSB2</b>	<b>53</b>	<b>Feminino</b>	<b>Técnica de saúde bucal</b>	<b>8 anos</b>
<b>TSB3</b>	<b>47</b>	<b>Feminino</b>	<b>Técnica de saúde bucal</b>	<b>14 anos</b>
<b>ASB1</b>	<b>42</b>	<b>Feminino</b>	<b>Auxiliar de saúde bucal</b>	<b>12anos</b>
<b>ASB2</b>	<b>36</b>	<b>Feminino</b>	<b>Auxiliar de saúde bucal</b>	<b>8 anos</b>
<b>ASB3</b>	<b>53</b>	<b>Feminino</b>	<b>Auxiliar de saúde bucal</b>	<b>20 anos</b>
<b>CD1</b>	<b>45</b>	<b>Feminino</b>	<b>Dentista</b>	<b>11 anos e seis meses</b>
<b>CD2</b>	<b>52</b>	<b>Feminino</b>	<b>Dentista</b>	<b>12 anos e 6 meses</b>
<b>CD3</b>	<b>49</b>	<b>Feminino</b>	<b>Dentista</b>	<b>7 anos</b>
<b>CD4</b>	<b>35</b>	<b>Feminino</b>	<b>Dentista</b>	<b>5 anos e 3 meses</b>

Fonte: Próprio autor, 2023.

### 7.1.1 Análise das entrevistas

São apresentados 3 blocos de análise com suas respectivas categorias analíticas.

Bloco 1 - Desafios do acolhimento realizado por profissionais da equipe de saúde bucal durante o enfrentamento da pandemia de Covid-19.

No bloco 1 serão apresentadas as seguintes categorias de análise: “Enfrentando o desconhecido” e “Não existe odonto, existe a estratégia de saúde da família”

“Enfrentando o desconhecido”

Os efeitos do alto poder de contágio do Sars-CoV-2, as altas taxas de mortalidade, as incertezas que vinham das informações contraditórias na gestão da crise sanitária, as disputas de sentido quanto ao distanciamento social e medidas protetivas requeridas pela pandemia da Covid-19, foram alguns dos fatores que fizeram com que os trabalhadores da saúde, diariamente expostos ao contágio e aos preconceitos advindos através de informações equivocadas, convivessem com um medo intenso, que se refletiu na ambiguidade de sentir-se um cuidador vulnerável, mas também um transmissor, portanto, um potencial adoecido (DELATORRE et al., 2020). Como pode ser observado nas seguintes falas:

” medo de pegar doença porque era um desconhecido, era um verdadeiro desconhecido. Então era bem conflitante dentro da gente, a gente teve que realmente se superar”. (CD2)

“O desafio foi atender um inimigo oculto, uma coisa desconhecida, com um medo... um medo de atender, como atender. Medo de se contaminar”. (TSB1)

Atuar como profissional de saúde na pandemia significou encontrar-se em meio a uma surpreendente indefinição de protocolos e diretrizes para contenção da transmissão do vírus no âmbito de uma coordenação nacional, a presença cotidiana de notícias falsas e a um amplo processo social de negacionismo científico (SEIXAS et.al., 2020).

Neste aspecto, não se pode desconsiderar que o enfrentamento político da crise teve um importante papel na definição do curso que tomou a epidemia e do seu impacto nas redes locais de saúde. Discursos e ações contraditórias entre diferentes instâncias de governo e no seio do

próprio governo federal, teve como consequência um aumento acelerado do número de casos de Covid-19 (SHALDERS,2020).

O medo emergiu no campo de trabalho para as equipes de saúde, sendo totalmente justificável em um cenário de calamidade e mortalidade tão avassalador como foi o da pandemia pela Covid-19. A falta de um solo firme e planejado para uma situação de alta transmissão da doença acenava com força que cuidar na proximidade significava, de forma bastante contundente, ser referência de cuidado e orientação, mas também ser alguém potencialmente adoecido e fonte de contaminação pelo Sars-CoV-2 (CRUZ et al., 2020).

Segundo Faro et al. (2020) a COVID-19 trouxe insegurança nas relações pessoais e profissionais, todos muito abalados com tudo. Os profissionais de saúde assistindo todo o sistema enfraquecer, a carga horária de trabalho aumentar, o distanciamento das pessoas, as emoções negativas, as estratégias criadas para enfrentamento, a mudança drástica na rotina, a conscientização da população, as mortes, tudo isso, segundo Faro (*et al.*,2020), abalou a saúde mental e física dos profissionais de saúde.

No caso específico da saúde bucal, além de nos colocarmos em atividades pouco exploradas pela categoria, como o acolhimento de todos usuários na porta de entrada da unidade, a realização da testagem rápida e o acompanhamento diário à distância dos usuários com Covid, os atendimentos das urgências odontológicas envolviam um ao alto grau de exposição com a disseminação de aerossóis. A precaução mais relevante e discutida entre os profissionais de saúde foi também a correta utilização dos EPIs, pois sem os mesmos não havia possibilidade de atuação, uma vez que o risco de contaminação e disseminação do vírus se tornava evidente, para além das incertezas inerentes a um novo vírus (CARLETTO E SANTOS, 2020).

A fala a seguir demonstra esse grande desafio sobretudo para a saúde bucal:

a gente sentia muito medo, ninguém sabia quem estava doente, quem não estava, mas a gente de toda forma tinha que sanar a dor do paciente, então foi um desafio muito grande para a saúde bucal. (CD3)

Muitos usuários também insistiram na realização de atendimentos odontológicos eletivos, questionando os protocolos instituídos naquele momento da pandemia e pressionaram as equipes de saúde bucal, numa clara postura de negação da pandemia ou do desconhecimento das formas de contágio da Covid 19.

No entanto, como parte desta experiência do medo do desconhecido e os desafios impostos pela atuação nos serviços, observou-se uma certa ambivalência, pois tanto conduzia

à paralisia das equipes da assistência diante dos perigos da pandemia, como encorajava ações que incidiram em mudanças de sentidos do próprio viver amedrontado (CRUZ et al., 2020).

“Não existe odonto, existe a estratégia de saúde da família”

Em março do ano de 2020 o Ministério da Saúde (MS) publicou o documento Atendimento odontológico no SUS, no qual a ESB foi incluída como equipe de triagem e classificação dos usuários suspeitos de estarem infectados pelo vírus junto às equipes, inclusive, por meio do “fast track Covid-19”, podendo colaborar na notificação dos casos juntamente com a equipe de enfermagem (BRASIL, 2020 c,d). Nesse momento ficou explícito que não havia mais grandes distinções entre as categorias profissionais, como podemos observar a seguir,

A pandemia veio para dizer assim, não existe odonto, existe a estratégia de saúde da família, não existe o profissional, existe o SUS, nós somos o SUS, ninguém sabia que a gente era TSB ou ASB, ou CD, eles não sabiam, então a gente era no final profissional de saúde. (TSB1)

No município do Rio de Janeiro, alinhado à recomendação nacional, os dentistas mantiveram os atendimentos de urgência e emergência, foram suspensos os turnos de atividade coletiva e atendimentos eletivos, com exceção dos atendimentos individuais para gestantes em acompanhamento na APS. Naquele momento de pandemia, foi preconizado que os atendimentos odontológicos fossem realizados por meio de procedimentos que não gerassem aerossóis, salvo os casos de urgência. (RIO DE JANEIRO, 2020).

A pandemia de Covid-19 trouxe grandes desafios para as equipes de saúde bucal, principalmente ao transferir o seu local de atuação, prioritariamente individual, para um espaço de ação multiprofissional e uma relação interprofissional. Esta relação interprofissional entre os membros das equipes deve se dar de forma horizontalizada, não hierarquizada, onde a troca de conhecimentos científicos e empíricos tenha como desfecho um cuidado efetivo e resolutivo aos usuários que procuram o sistema de saúde (PADULA, 2014).

A pandemia foi um momento na ESF em que todas as categorias profissionais tiveram que rever seus processos de trabalho e neste sentido uma componente da pesquisa afirmou:

nós entendemos que era uma guerra e nós fomos convocados para essa guerra, e nós... para mim foi bem desafiador, sair da minha zona de conforto, que eu sei fazer, que é minha profissão e ir para uma outra profissão, que tipo assim a gente abraçou mas foi

desafiador, largar, fechar odonto e ir lá para a linha de frente, ficar lá, coleta... nossa. (ASB2)

Bloco 2 - Potencialidades trazidas pelos profissionais da Saúde Bucal ao acolhimento durante a pandemia de Covid-19.

O bloco 2 será apresentado segundo a seguinte categoria de análise: “A gente tava todo mundo junto”.

“A gente tava todo mundo junto”

Historicamente a saúde bucal sempre enfrentou dificuldades de integração com a equipe mínima da ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e apesar da ESF ter uma estrutura organizada com o objetivo de promover o cuidado em saúde, muitos são os desafios encontrados para a concretização da abordagem interprofissional. Em diversas situações a equipe mínima exclui os membros da ESB por entenderem que questões do cotidiano no cuidado da saúde dos usuários não estão ao alcance ou interesse da odontologia, ou seja, a ESB na APS é muitas vezes percebida pelos trabalhadores, inclusive cirurgiões dentistas, como uma especialidade voltada apenas para as afecções bucais e não como um recurso e saber complementar que podem aumentar a resolutividade do cuidado em saúde (MARTELLI, 2010).

Para o trabalho interprofissional é desejável que o profissional tenha uma competência interpessoal, pratique a todo tempo uma boa comunicação e tenha controle sobre suas emoções.

Quando trabalhadores da saúde compartilham um mesmo espaço físico, não há garantia que o trabalho interprofissional aconteça de fato. É preciso um entendimento dos profissionais sobre a real importância da prática interprofissional para um melhor desfecho dos problemas de saúde demandados pela população. Por esses motivos, a comunicação entre os atores é essencial para a coordenação desse cuidado (PADULA, 2014).

As equipes de saúde bucal começaram a interagir com as outras equipes coletivamente e a reconhecer de forma clara a relação interprofissional e o seu papel relevante no cotidiano dos atendimentos durante a pandemia de Covid-19, como vimos nos relatos a seguir;

acho que reforçou realmente o papel de um profissional de saúde, da saúde pública, independente de ser dentista, enfermeiro, técnico, a gente tava todo mundo junto, arregaçando a manga e fazendo de tudo um pouco para enfrentar aquele desafio naquele momento, então eu me vi mais, deixei de lado um pouquinho a dentista e me vi como profissional de saúde, em todos os âmbitos. (CD2)

eu acho que a saúde bucal se fez muito presente, porque a saúde bucal, pelo tempo que eu trabalho, sempre foi vista como uma equipe meio que à parte, então eu acho que nessa pandemia a saúde bucal pode mostrar sua força, ajudando no acolhimento, quando veio teste, fazendo teste, então assim a saúde bucal ficou muito ativa e ajudou muito nesse processo também. (ASB3)

A pandemia foi um momento muito difícil para a ESF e para o processo de trabalho de todas as categorias profissionais, porém as equipes multiprofissionais, incluindo a saúde bucal, desempenharam de forma estratégica, as ações de acolhimento e de direcionamento do cuidado. Atuaram como protagonistas na vacinação contra a COVID 19, na testagem, nos atendimentos de sintomáticos e de assintomáticos (TEIXEIRA, 2020).

As equipes da APS também tiveram um papel fundamental na vigilância de seus territórios, reforçando a orientação comunitária e a responsabilidade territorial (MEDINA, 2020).

### Bloco 3 - O que aprendemos?

O bloco 3 tem como objetivo reconhecer as lições aprendidas na realização do acolhimento segundo a percepção dos profissionais das equipes de saúde bucal no contexto da pandemia de Covid-19) e será apresentado segundo as seguintes categorias de análise: “Não somos mais os mesmos” e “Existe a estratégia de saúde da família, não existe o profissional, existe o SUS, nós somos o SUS”.

“Não somos mais os mesmos. ”

A Portaria N° 267 de março de 2001, que dispõe sobre normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, representa uma maior possibilidade de acesso de milhões de brasileiros ao serviço de saúde bucal, além de trazer o dentista para mais perto da população, fazendo-o repensar sua prática a partir da reorganização do modelo de atenção (BRASIL, 2001)

As ações de saúde bucal devem expressar algumas características operacionais, tais como: o caráter substitutivo das práticas tradicionais, a definição da família como centro da abordagem, a humanização do atendimento e a abordagem multiprofissional (BRASIL, 2001). Dessa forma, a ESF promove uma mudança no processo de trabalho do profissional da saúde, por meio de uma nova forma de “intercessão partilhada”, agora estabelecida não só mais entre profissional e usuário, mas também entre o serviço e a família/comunidade. Torna-se importante, então, a utilização das tecnologias leves, dentro da produção dos atos em saúde,

com a consequente valorização de dispositivos como o vínculo e o acolhimento (MERHY, 2004)

O dentista encontra-se com o outro, o usuário, construindo com ele um espaço de intercessão frequentemente marcado pela dor, pela ansiedade e pelo sofrimento desse usuário, que deseja ser compreendido e atendido em suas necessidades, daí a relevância das tecnologias leves na prática do cirurgião-dentista que complementam a construção de um cuidado humanizado na saúde dos usuários (MERHY, 1997).

Em suas práticas clínicas os dentistas da APS devem ser capazes de produzir subjetividades e vínculos caracterizados pelo acolhimento da escuta e do diálogo com o usuário e pela pactuação de um plano terapêutico compartilhado, em contraposição a uma assistência centrada na odontologia, baseada em necessidades diagnosticadas exclusivamente pelo profissional. O usuário tem sido reconhecido como sujeito de experimentação e interação social, cujas necessidades do corpo vivido vão além das do corpo físico (GRAFF, 2018). Este aprendizado foi percebido na pandemia pelos profissionais das ESB que relataram:

A gente... uma lição, deixa eu ver. A gente se tornou mais humano, a gente se tornou mais amigos, nós aprendemos várias coisas assim ... aprendemos a ver o próximo com um outro olhar, com mais empatia, não só uma simples dor de dente, mas estamos também para tudo, as vezes para uma simples conversa, um diálogo, ou então uma roda de conversa, como aqui no Covid nós ficamos na linha de frente e fizemos a diferença. (ASB2)

mas eu acho que principalmente você estar ali, quando você está ali mesmo, fazendo esse acolhimento e... de você ver assim... que a vida é muito, é o que eu digo é uma lição quase que para fora do trabalho, da vida mesmo, porque você via que nossa vida é isso aqui. (CD4)

“Existe a estratégia de saúde da família, não existe o profissional, existe o SUS, nós somos o SUS.”

Mesmo diante das dificuldades impostas pela Covid-19, o acolhimento, os esforços das equipes e as estratégias criadas para a continuidade do cuidado conseguiram garantir a funcionalidade das unidades. Dentro das possibilidades oferecidas para o trabalho, houve um empenho muito grande a fim de reinventar e adaptar-se ao que a pandemia exigia (DOS SANTOS et al., 2021). As equipes multidisciplinares mantiveram o processo de trabalho interprofissional por meio de inovações com objetivo de garantir o cuidado, reconhecendo a importância de cada categoria, o que identificamos nas falas a seguir:

E no período da pandemia a gente percebeu o quanto a gente fez a diferença, o quanto a gente pode ajudar, o quanto a gente pode fazer um papel importante, porque a gente fez teste, a gente acolheu, a gente direcionou. (CD3)

A APS se manteve exercendo o seu papel principal: acolher o usuário, levando informações com segurança e responsabilidade, criou outras formas de comunicação, salas de espera, monitorização, educação em saúde, educação permanente para que seus funcionários pudessem se proteger e conseqüentemente proteger o outro (FERREIRA et al., 2020).

Segundo Dos Santos (2021) as ações de educação permanente se implantadas nas unidades de APS para atualizar o processo de trabalho seguindo os princípios e diretrizes do SUS, são capazes de moldar profissionais a fim de identificar as necessidades dos pacientes propiciando o trabalho de forma integral com a equipe o que gera melhorias no cuidado dos serviços de saúde e na humanização do atendimento.

Todo esse trabalho foi possível devido ao envolvimento e engajamento dos profissionais e que se reproduz um pouco nesta fala; “... a pandemia veio para dizer assim, não existe odonto, existe a estratégia de saúde da família, não existe o profissional, existe o SUS, nós somos o SUS!” (TSB3).

As equipes de saúde bucal, tensionadas pela pandemia, tiveram a oportunidade de mostrar que possuem grande potencial de trabalho coletivo e interprofissional para o enfrentamento à Covid-19. Reuniram saberes teóricos e práticos que permitiram esforços em atividades que têm contribuído na construção de um campo de atuação ampliado, de natureza interprofissional e interdisciplinar, reforçando a ideia de que o cuidado é também da ordem da comunicação, da mobilização e da coordenação de estratégias para a defesa da vida (CARCEREI E CASOTTI, (2020).

A fala a seguir corrobora com o fortalecimento da ESB:

Eu acho que no momento da Covid foi um ganho, que espero não perder. Espero que a gente continue se tornando uma equipe, mas uma equipe de saúde da família, não uma equipe dentro da estratégia de saúde da família. (TSB1)

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ano de 2020 iniciou com a chegada da pandemia e nós profissionais da atenção primária à saúde fomos fortemente impactados em nosso processo de trabalho. Medos, incertezas e o desconhecimento da Covid-19 faziam do cotidiano um campo de batalha, onde somente a união de todos, a solidariedade e o acolhimento poderiam fazer com que atravessássemos com êxito a maior crise da saúde mundial.

A atuação da APS e da Estratégia de Saúde da Família foram decisivas no desempenho da assistência e na condução da pandemia, mesmo com uma rede de saúde sucateada, subfinanciada e sem o apoio dos governantes à época, conseguiram responder pelo cuidado aos sintomáticos e não sintomáticos, organizar tão rapidamente uma grande campanha de vacinação e se manter conectada à população do seu território, demonstrando a potência da saúde pública brasileira e a importância do SUS.

Novos hábitos foram implantados, um novo olhar sobre a higienização, a escuta das queixas, o acolhimento de muitos casos que passavam despercebidos, hoje ganham mais destaque. Uma mudança para melhor, com toda certeza, que nos levou a grandes ensinamentos.

O trabalho interprofissional realizado, principalmente no acolhimento durante a pandemia, aproximou as equipes de saúde, através do compartilhamento das atividades multiprofissionais e de ações de educação permanente, fatores decisivos para que ocorra a integração das categorias profissionais de forma colaborativa.

No que tange a saúde bucal, esta se viu em meio a grandes mudanças no exercício do seu modo de atuar e acolher. Ter participado ativamente do acolhimento, enfrentando o desconhecido e acompanhar os agravos através da vigilância dos usuários, foi uma experiência desafiadora e de muita aprendizagem.

A Covid-19 nos fez refletir o quanto é necessário redescobrir novos territórios conceituais e explorar práticas interprofissionais inovadoras para superar parte do paradigma da saúde bucal brasileira restrita a atendimentos e procedimentos clínicos centrados na cadeira do dentista.

As equipes de saúde bucal na APS mostraram na pandemia que têm muito a contribuir para o estabelecimento de uma saúde integral e devem usufruir de todo o apoio institucional para o seu fortalecimento dentro dos princípios do SUS.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F.T.N. **A importância da Classificação de Risco**, 2015. Disponível em <https://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-da-classificacaode-risco/135051>. Acesso em: jul. de 2023.
- BARDIM, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 1979.
- BELFORT, I. K. P.; COSTA, V. C.; MONTEIRO, S. C. M. Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da Covid-19. **APS em Revista** Vol. 3, n. 1, p. 03-08 Janeiro/Abril – 2021 ISSN 2596-3317 – DOI 10.14295/aps. V3i1.139.
- BOTAZZO C. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec-Fapesp; 2000.
- BOTAZZO C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciência Coletiva**. 2006;11:7-17.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**; n.28, V. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**; n.28, V. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Cartilha, cogestão e gestão participativa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.
- CAMPOS C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(2):569-584, 2003.
- CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança; revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. *In*: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

- CARCEREI, D.L.; CASOTTI, E. O trabalho das equipes de Saúde Bucal na APS em tempos de pandemia. **Rede APS**, 2020.
- CARLETTO, A.F.; SANTOS, F.F. A atuação do dentista de família na pandemia da Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Coletiva Physis** 30 (03), 2020.
- CARMELO, M. S. *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, p. 463-468, 2016.
- CARVALHO, Maria Alice Pessanha de (org.) et al. **De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.
- CECÍLIO, L. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. 334 p.
- CHAVES. **Odontologia social**. 2a ed. Rio de Janeiro: Labor; 1977.
- COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M.. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em debate**, v. 39, p. 514-524, 2015.
- DESLANDES, S.F. **Cadernos do aluno – orientações para o curso de especialização**. Notas para elaboração de projetos de investigação científica e projetos de intervenção, 2016.
- DINIZ, D. **Carta de uma orientadora: o primeiro projeto de pesquisa**; 2. ed. rev. - Brasília: Letras Livres, 2013. 108p.
- DINIZ, J. **Contribuição ao estudo do sistema incremental de atendimento odontológico**. 1 (Tese de Doutorado). Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1987.
- DOS SANTOS, José Luís Silva et al. Enfrentamento a covid-19: importância da educação permanente em serviços de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 13, p. e8669-e8669, 2021.
- ENGSTROM, E. *et al.* **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, maio 2020.
- FARO, André *et al.* **COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado**. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 37, 2020.
- FLICK, Uwe. **Introdução à metodologia da pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre: Penso, 2013.
- FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v.13, n.3, p.30-35, 2004.
- FRANCO, T.B; BUENO, W. S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil à prática nos novos serviços. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, [S. L.], v. 8, n. 1, p. 109-122, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19; **Saúde Debate**; Rio de Janeiro, V. 44, N. especial 4, P. 161-176, dezembro de 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4):1475-1481, 2020.

GIOVANELLA, L.(org) *et al.* Atenção Primária à Saúde. *In:* Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro;Fiocruz; 2012. p. 493-545.

GRAFF, V.; TOASSI, R.. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva Physis** 28 (03) 20 dez 2018 •<https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280313>. Acesso em: ago. 2022.

LABATE, R.C. ROSA, W.A.G. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

LAZZAROTO, G. D. R.; CASTRO, T.C.M., Linhas do acolhimento na saúde: entre modos de trabalhar e acolher; **Revista Trabalho (En) Cena**; Palmas; Tocantins; v. 2; n. 1, p.65-79, 2017.

MARTELLI P.J.L.M. **Análise da atenção em saúde bucal no nível municipal:** caracterização do modelo assistencial. 2001. 161p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife. 2001.

MARTELLI, P. J. L. *et al.* Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3243-3248, 2010.

MARTINS, A.C.T. *et al.* O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(6): 2095-2103, 2019.

MATOS, P.E.S; MENDES, H. J; SANTANA, M. L..Acolhimento aos usuários do serviço de odontologia de uma universidade pública. **Revista Abeno**. Brasília, v. 16, n. 4, p. 85-94, 2016.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e 00149720, 2020.

MENDES, E.V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível**. Brasília, DF: CONASS, 2020.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, Apr/Jun, 1993.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p.117- 160.

MERHY, E. E.. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B.Textos Básicos de Saúde).

MINAYO M.C *et al*: **PESQUISA SOCIAL -Teoria, método e criatividade**; 26<sup>a</sup> ed. Petrópolis, RJ; Vozes, 2007.

MORAES, V. de. **Poesia completa e prosa**. Editora Nova Aguilar: Rio de Janeiro.1998, 254p.

NARVAI PC, FRAZÃO P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan; 2006. p. 346-62.

NARVAI, PC. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. **Ciência Coletiva**. 2006;11:18-9.

NASCIMENTO A. C. *et al*. **Oral health in the context of primary care in Brazil**. Int. dent. j. London, v 63, p 237- 243; 2013.

NAVARRO, L. M. PENA, R.S. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Revista de Psicologia da UNESP** 12(1), 2013. 64.

PADULA, Mirella Gonçalves Caldeira; AGUILAR-DA-SILVA, Rinaldo Henrique. Professional profile of dentists who are members of the Family Health Strategy city of Marília, São Paulo: the challenge of interprofessional work. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 43, p. 52-60, 2014.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 459-491; 2012.

PINHEIRO, P.M.; OLIVEIRA, L.C. The contribution of receptivity and bonding towards humanization of dental surgeons' practice within the Family Health Program. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.187-98, jan./mar. 2011.

PINTO, HA; KOENER, RS; SILVA, DCA. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica** [internet]. Brasília, DF: Abrasco; 2012. Disponível em:

<http://www.rededesquisaaps.org.br/wpcontent/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>. Acesso em: dez. 2021.

PINTO, VG. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. 1ª ed. São Paulo: Santos; 1989.

PUCCA JUNIOR, G.A. *et al.* Oral health policies in Brazil. **Braz. oral res.** São Paulo, v. 23, n. 1, p. 9-16, 2009.

PURIFICAÇÃO, E.R.; SILVA, R.S.; SOARES, C.J. Desafios e potencialidades da implantação do acolhimento na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia de Covid-19. Práticas e Cuidado: **Revista de Saúde Coletiva**, Salvador, v.1, n.e 12509, p.1-6, 2020.

RIO DE JANEIRO (Município). Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Técnica de Saúde Bucal. **Nota Técnica SMS-RJ, n. 2/2020**. Rio de Janeiro, mar. 2020.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 253–261, 2008.

ROSSINI, J.C.A.S. **Estímulo ao aleitamento materno exclusivo como prática indutora da interprofissionalidade e da promoção da saúde bucal em uma clínica da família no município do Rio de Janeiro**. 2022. 81p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

SANTOS, F.M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] **Revista Eletrônica de Educação**. São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em <http://www.reveduc.ufscar.br>. Acesso em 13 mai 2022.

SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. Salud Pública**; Volume 13; 4ª edição; P. 703-716; agosto de 2011.

SEIXAS C.T.; *et al.* A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface (Botucatu)**. 2021; 25(Supl. 1): e200379 <https://doi.org/10.1590/interface.200379>. Acesso em: 10 dez 2022.

SHALDERS A. - Mandetta é demitido do Ministério da Saúde após um mês de conflito com Bolsonaro: relembre os principais choques. **BBC News Brasil [Internet]**. 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728>. Acesso em: 12 set. 2022.

SILVA, W.M.F; RUIZ, L.S. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300302, 2020.

SILVESTRE J.A.C. *et al.* Do Brasil sem Dentes ao Brasil Sorridente. **Cadernos ESP**, Ceará 7(2)28-39 jul./dez. 2013.

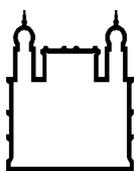
SIMÕES, A.L. A., *et al.* Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enfermagem.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, 2007.

SLOMP, J.H., *et al.* O medo ao cuidar: reflexões sobre uma experiência de educação permanente em tempos de Corvid-19. **Saúde e Debate**/Rio de Janeiro, V. 46, N. Especial 1, P. 399-410, Mar 2022

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, C.F., SOLLA, JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. **Saladeaula series**, nº3. ISBN 85-232-0400-8. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em: 12 jun. 2022.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L.; SUS; Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Inf. Epidemiol. Sus** [online]. 1998, vol.7, n.2, pp.7-28. Acesso em: 6 maio. 2022.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ****Fundação Oswaldo Cruz****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Acolhimento da Estratégia de Saúde da Família na pandemia por Covid-19: as equipes de saúde bucal enfrentando o desconhecido”, desenvolvida por Carlos Henrique Uzeda Pereira de Souza, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária com ênfase na Estratégia de Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Laura Brandão. O projeto da pesquisa foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, aprovado sob nº 67429223.0.0000.5240 e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, aprovado sob o nº 67429223.0.3001.5279.

O objetivo central do estudo é analisar o acolhimento durante a pandemia de Covid-19 em duas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, segundo as percepções dos profissionais das equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família.

O convite para sua participação se deve a sua atuação na Equipe de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família há mais de cinco anos em uma das unidades selecionadas para o estudo e a sua experiência acumulada durante o enfrentamento da pandemia por Covid-19.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento.

Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

Serão tomadas medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Sua participação foi pensada de maneira a não lhe trazer desconforto e consistirá em responder as perguntas de um roteiro de entrevista/questionário ao pesquisador do projeto. Você poderá recusar-se a responder a qualquer das perguntas da entrevista/questionário. Poderemos conversar em sala reservada ou através do aplicativo Meet (em formato digital) e será realizada uma entrevista, com tempo de duração previsto de até uma hora. Caso permita, a entrevista será gravada para garantir uma qualidade mais detalhada do registro e o áudio será guardado. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito e em local seguro, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador.

Concluída a pesquisa, o material coletado será mantido em arquivo por pelo menos cinco anos, conforme Resolução nº 510/2016 e orientações do CEP/ENSP, e no fim deste prazo, o material será descartado. Apenas os pesquisadores envolvidos no projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, assim como qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

Toda pesquisa envolve riscos, caso perceba algum constrangimento durante a entrevista a mesma poderá ser interrompida. Há risco de identificação indireta no que tange às entrevistas devido ao número de entrevistados, no entanto além de não ser utilizada identificação direta com nome (serão utilizados códigos), não serão demonstrados dados relacionando as respostas à unidade de trabalho do entrevistado. Sobre o risco da quebra de confidencialidade, a pesquisador responsável e sua orientadora se comprometem com o dever do sigilo e confidencialidade, evitando que o mesmo ocorra, não utilizando os dados para nenhuma outra finalidade que não seja esta pesquisa, porém não é possível garantir em sua totalidade o anonimato, privacidade e sigilo. Os resultados serão apresentados de forma agregada, diminuindo o risco de identificação pelo nome ou unidade de saúde.

Caso o participante venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, têm direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais como dispõe o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde

Os resultados da pesquisa serão divulgados em instituições de saúde, em meios acadêmicos, científicos e outros que possam contribuir para a qualificação da gestão no SUS. Pretende-se, assim, contribuir para conhecimento de como se deu o acolhimento das equipes de saúde bucal durante a pandemia por coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) no âmbito da atenção primária no SUS, trazendo como benefícios diretos e indiretos o fortalecimento e a troca de saberes entre os profissionais envolvidos na pesquisa, além de trazer conhecimentos teóricos e práticos para a formação de profissionais e ações relacionadas à saúde e à atenção junto aos usuários do SUS.

Há o compromisso do envio dos resultados desta pesquisa por e-mail para todos os entrevistados.

Este termo está redigido em duas vias, sendo uma do participante e outra do pesquisador. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pesquisador, com ambas assinaturas apostas na última página. Você receberá uma via que ao final constam os telefones e os endereços institucionais do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e da Prefeitura do Rio de Janeiro, instituição coparticipante.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX - Dia/Mês/Ano

2/3

Caso a entrevista seja realizada de maneira remota este TCLE será enviado previamente por e-mail para o participante e será lido ao início da entrevista pelo entrevistador. No ato da leitura o entrevistado deverá sinalizar que concorda com o respectivo termo de participação, tornando desnecessária a devolução do documento assinado. Após a entrevista, será enviado ao participante, via e-mail, arquivo eletrônico do trecho da gravação com a leitura e aceite de participação na pesquisa.

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP.

Rio

de

Janeiro,

---

Assinatura:

---

Pesquisador responsável – Carlos Henrique Uzêda Pereira de Souza  
 Mestrando em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família,  
 ENSP/FIOCRUZ  
 Telefone: (21) 98103-9030  
 E-mail: [chenriqueuzeda@gmail.com](mailto:chenriqueuzeda@gmail.com)

Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ - Comitê de Ética e Pesquisa.  
 Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos, - RJ, CEP 21041-210 Telefone: (21) 2598-2863  
 Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h  
 E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) / Site: <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa>

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro - Secretaria Municipal de Saúde - Comitê de Ética  
 Em Pesquisa. Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4o andar - Sala 401, Centro – RJ, CEP: 20031-040  
 Telefone:(21)2215-1485 E-mail:[cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)  
 Site:<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada  
 “Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família durante a Pandemia por Covid-19. A  
 experiência das equipes de saúde bucal enfrentando o desconhecido” e concordo em participar.  
 E, ainda:

- ( ) Autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto ou filmagem.  
 ( ) Não autorizo a gravação da entrevista / não autorizo o registro de imagem por foto ou  
 filmagem.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX - Dia/Mês/ Ano

3/3

**APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL - TAI****TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL  
UNIDADE DE SAÚDE**

A Clínica da Família Deputado Pedro Fernandes da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: “Acolhimento da Estratégia de Saúde da Família durante a pandemia por Covid-19: as equipes de saúde bucal enfrentando o desconhecido”, sob responsabilidade do pesquisador Carlos Henrique Uzeda Pereira de Souza, discente do Mestrado Profissional de Atenção Primária com ênfase na Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuenta” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade