

A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO PELO CIRURGIÃO DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

GOMES, Robéria Carvalho¹
JESUS, Renata Patrícia Freitas Soares²
GALINDO, Elizabete Maria de Vasconcelos³

Resumo

A Política Nacional de Humanização aponta o acolhimento como um dispositivo operacional para uma assistência à saúde mais humanizada. Este é um estudo transversal, quantitativo e descritivo, desenvolvido a partir da análise do banco de dados da pesquisa denominada "A prática do acolhimento na Estratégia Saúde", que objetivou analisar a prática do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário (DS) IV, em Recife. O estudo realizou entrevistas com 17 dentistas e 17 usuários, utilizando questionários estruturados e observação direta, analisou-se as características do processo de acolhimento das ESF, as modelagens (Padrão, Básica e Reduzida) e as fragilidades e potencialidades do acolhimento. Obedece aos preceitos éticos sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (parecer nº 88326418.6.0000.5190). Os cirurgiões dentistas que participaram apontaram que não costumam participar do acolhimento, se posicionam afastados, agindo apenas na consulta clínica, sem se ater às informações coletadas no recebimento do usuário, se abstendo dessa função em todo ciclo de atuação. Em sua maioria, 58,82% dos dentistas destinam a marcação de consulta ao auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal e 17,65% separam em dias específicos para o dentista. Assim, o dentista não participa da forma que deveria dos processos de acolhimento e as USFs funcionam em uma ótica de transição de modelos, parte da operação encara a doença como elemento separado do sujeito e se distancia do modelo biopsicossocial.

Palavras-chave: acolhimento; atenção primária; atenção à saúde; estratégia da saúde da família.

Abstract

The National Humanization Policy points to the embracement as an operational device for a more humanized health care. This is a cross-sectional, quantitative and descriptive study, developed from the analysis of the database of the research called "The practice of the embracement in the Health Strategy", which aimed to analyze the practice of embracement in the Family Health Units (FHUs) of the Sanitary District (DS) IV, in Recife. The study carried out interviews with 17 dentists and 17 users, using structured questionnaires and direct observation, it was analyzed the characteristics of the FHS reception process, the models (Standard, Basic and Reduced) and the weaknesses and potentialities of the reception. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Instituto Aggeu Magalhães Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (opinion nº. 88326418.6.0000.5190). The dental surgeons who participated pointed out that they do not usually participate in the reception, they position themselves apart, acting only in the clinical consultation, without sticking to the information collected when receiving the user, refraining from this function throughout the entire cycle of performance. In their majority, 58.82% of the dentists assign the scheduling of appointments to the oral health assistant or oral health technician, and 17.65% set aside specific days for the dentist. Thus, the dentist does not participate in the way he/she should in the welcoming processes and the FHUs work in an optic of transition of models, part of the operation sees the disease as an element separate from the subject and distances itself from the biopsychosocial model.

Keywords: welcome; primary attention; health care; family health strategy.

¹ Curso Bacharelado em Odontologia Centro Universitário Tiradentes (UNIT)

² Orientadora: Mestre em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

³ Co-orientadora: Mestre em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro, é considerado uma das maiores conquistas sociais desde a constituição de 1988, pela existência do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual, surge para excluir o acesso restrito aos beneficiários da previdência social tornando o acesso universalizado, descentralizado, oferecendo serviço integral a população com equidade.¹

A criação do sistema único de saúde (SUS), originou-se em 1990, visando a “promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes”. Sua regulamentação se deu pelas Leis orgânicas da saúde 8.080/1990 que promove o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; e a lei 8.142, que retrata a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.¹

Entre várias estratégias criadas no SUS, destaca-se o investimento na atenção básica, que apesar de cortes, limites e desafios vem ampliando o acesso ao sistema. No ano de 1994 criou-se o Programa Saúde da Família (PSF). Em 1998, o PSF passou a ser Estratégia de Saúde da Família (ESF), e assim, a base organizacional do SUS, a Atenção Primária à Saúde. Compreende-se que a Estratégia de Saúde da Família tem como principal intuito reorganizar a Atenção Básica no Brasil, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde, além de ser a porta de acesso ao sistema de saúde. Sabe-se que o processo de atendimento parte do princípio de acolhimento, iniciando-se com o ato de acolher, escutar e oferecer possíveis soluções em resposta às problemáticas de saúde apresentadas pela população. De modo que, esse acolhimento seja capaz de reduzir sofrimentos gerados por fatores enfermais e administrativos, garantindo a integridade dos cuidados do paciente.^{1,2}

A prática do acolhimento realizada pelos profissionais da saúde exige o desenvolvimento de trabalhos em equipe, com o desígnio de compartilhar conhecimentos e tornar tangíveis os cuidados voltados à população que está em seus territórios de atendimento. Vale salientar que, a definição de território está correlacionada com a organização e estratégia de saúde, uma vez que, permite a

gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos reduzindo as desigualdades sociais e as arbitrariedades na saúde.³

O estabelecimento de territórios é essencial para construção de vínculo afetivo e confiabilidade entre a população e as equipes de saúde, que nesse sentido, tem o papel principal em acolher esses sujeitos e garantir que as ações de saúde sejam acessadas. Apesar, de haver a definição de territórios como estratégia no atendimento das unidades de saúde, destaca-se que o ato de acolher deve acontecer em todos os locais que ofertam serviços de saúde e que deve ser realizado por todos os profissionais.⁴

Pensando nisso, a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, defende a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Apesar disso, ao analisar a Política Nacional de Saúde Bucal e suas principais ações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, em 2016, nota-se que as ações, em sua maioria, são baseadas em modelos tecnicistas o que acaba contribuindo para mecanização dos atendimentos dos pacientes, evidenciando a necessidade de refletir sobre as práticas de acolhimento dos profissionais de saúde.³

Logo, a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF permite a possibilidade de se criar um espaço de práticas e saberes que sirvam como base na atuação da saúde bucal nos serviços de saúde. Exigindo que a ESB possua uma interação com os pacientes, além das técnicas profissionais, atendendo as demandas da população. Nesse sentido, o acolhimento realizado pelo cirurgião-dentista torna-se um instrumento eficaz para organização e o planejamento das atividades no Sistema Único de Saúde, para que seja mais eficiente, humano e otimizador.^{4,5}

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho foi caracterizar as práticas do acolhimento pelo cirurgião dentista na Estratégia Saúde da Família. Para isso, o objetivo específico traçado foi identificar as práticas do acolhimento e as potencialidades e fragilidades do acolhimento realizados por este profissional.

2 METODOLOGIA

Este estudo obedeceu aos preceitos éticos das Resoluções nº 466/2012 e nº

510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (parecer nº 88326418.6.0000.5190).

É um estudo transversal, quantitativo e descritivo, desenvolvido a partir da análise do banco de dados da pesquisa denominada “A prática do acolhimento na Estratégia Saúde”⁶, que objetivou analisar a prática do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário (DS) IV, em Recife.

O Distrito Sanitário IV possui uma população de 278.947 habitantes, distribuídos por 12 bairros: Caxangá, Cidade Universitária, Cordeiro, Engenho do Meio, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões, Várzea e Zumbi. Sendo Várzea e a Iputinga os bairros mais populosos do Recife e estes são situados no DS IV. No Distrito Sanitário IV há cobertura de Equipes de Saúde da Família (ESF), no qual em cada USF estava presente até 3 ESF e ESB. No território, encontravam-se 20 USF (sendo 01 Upinha/USF), 40 equipes de Saúde da Família e 26 Equipes de Saúde Bucal.⁶

Acerca dos critérios de inclusão: a USF precisava apresentar processo de acolhimento e possuir uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), os entrevistados seriam maiores de 18 anos e com frequência, de pelo menos, três vezes, sendo um usuário para cada USF. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo as equipes de Saúde da Família (ESF) que não estavam em atividade na região escolhida (USF em reformas), e que não possuíssem ESB em funcionamento.

Para a coleta de dados foi formulado um questionário estruturado abordando os sete eixos: acesso, organização da demanda, escuta qualificada, vínculo, classificação de risco, vulnerabilidades, ambiência e resolutividade.

Além das perguntas, foi realizada a observação do participante, visto que se fez uso da técnica do estudo vivenciado, identificando as atividades conforme as ações ocorriam. Para registro, os dados foram coletados em um diário de campo, com detalhamento de dimensões, percepções, e análises do pesquisador observado. Ficando separadas as anotações dos dados nas entrevistas com o profissional, os questionários foram preenchidos pelo pesquisador em um formulário do Google Docs.

Foram construídos três intervalos que representam o tipo de modelagem. Sendo, portanto, a Modelagem Padrão uma prática do acolhimento, com uma

estrutura com pontos destacados como “fortalecedores”. A Modelagem Básica contém algumas fragilidades no acolhimento e na Modelagem Reduzida as maiores fragilidades e vulnerabilidades nesse processo.

Tabela 1- Intervalos e Tipos de Modelagem

INTERVALOS	MODELAGEM PADRÃO	MODELAGEM BÁSICA	MODELAGEM REDUZIDA
Valor	3	2	1
Acesso	Ampliado	Limitado	Restrito
Organização da Demanda	Integrado	Semi integrada	Fragmentada
Escuta qualificada	Potente	Satisfatória	Insuficiente
Vínculo	Forte	Médio	Fraco
Classificação de Riscos e Vulnerabilidades (ACCR)	Presente com inserção no protocolo de acolhimento	Presente sem inserção no protocolo de atendimento	Ausente
Ambiência	Ótima	Boa	Ruim
Resolutividade	Alta	Média	Baixa
Total	21	14	7

Tabela adaptada de Galindo (2019)⁶

A partir das dimensões, os valores atribuídos como variáveis foram acesso (10), organização da demanda (7), escuta qualificada (5), vínculo (5), classificação de risco (7), ambiência (15), resolutividade (17). Na análise os nomes das USF foram trocados por números, foi calculado o tipo de dimensão que cada USF se encaixava conforme o somatório dos valores das variáveis. Em alguns aspectos do questionário foi seguido a escala Likert⁶ (cinco pontos), onde cada posição representa um valor numérico: 1) nunca; 2) raramente; 3) algumas vezes; 4) frequentemente e 5) sempre.

A caracterização do acolhimento, o somatório dos resultados das dimensões foi ponderado em intervalos de pontuação. A classificação foi realizada com base na

ponderação dos valores das dimensões. O maior peso (3) equivale ao melhor valor; o peso (2) ao valor razoável; e (1) ao valor mais baixo. Após essa fase foram somados os pesos de todas as dimensões para cada USF e construídos 3 intervalos de tamanhos iguais, em que cada intervalo representa um tipo de modelagem: Modelagem Reduzida: USF que pontuaram de 7 a 11; Modelagem Básica: USF que pontuaram de 12 a 16; Modelagem Padrão: USF que pontuaram de 17 a 21.

Os dados coletados foram armazenados e tabulados em planilhas do programa da Microsoft Office Excel e depois analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23 e divididos em etapas de verificação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prática do acolhimento nas unidades estudadas era composta por: enfermeiro, médico, cirurgião dentista e acontecia de forma integral e multiprofissional. O estudo realizou entrevistas com 17 dentistas e 17 usuários. Sendo no total 34 entrevistados. No início seriam, respectivamente, 12 USF e 12 dentistas entrevistados, delimitando um profissional disponível para cada ESB. Entretanto, com o início das entrevistas notou-se que alguns detalhes do acolhimento na saúde bucal em algumas unidades eram específicos de dentistas designados para o acolhimento multiprofissional e integrado (cinco) incluindo 1 que era responsável por se manter na posição de retaguarda, por isso se deu a adição destes no quantitativo final. Os participantes tiveram contato com a finalidade da pesquisa dias antes da aplicação, que foi realizada nas USF conforme disponibilidade dos profissionais.⁶

Acerca do acolhimento, como diretriz operacional, é preciso compreender alguns conceitos que o caracterizam: acesso, organização da demanda, escuta qualificada, vínculo, classificação de risco, vulnerabilidades, ambiência e resolutividade. Na tabela abaixo pode ser visto, a distribuição de variáveis de acesso nas USFs.

Tabela 2 – Distribuição de variáveis de acesso das ESFs do DS IV, Recife, 2019.

Fichas por pessoas		Período de atendimento		Dias da semana disponíveis	
5 a 15 fichas	29,41%	1 a 4 dias	47,06%	Manhã	94,12%
20 a 25 fichas	17,64%	5 dias	47,06%	Tarde	5,88%
Ilimitadas	52,94%	15 dias	5,88%		

Elaboração da Autora (2023)

O acesso dos indivíduos ao cuidado é um direito previsto na Constituição Brasileira. Este deve ser acessível, adequado, universal e com qualidade. O acesso considera o nível de vulnerabilidade, sendo prioritária a atenção naquele que se encontra menos saudável. Neste quesito deve-se pensar também as ações preventivas de saúde, que deve ocorrer associado ao tratamento ou paralelo a ele.^{1,3}

O acesso também está ligado à competência do sistema, pois sem a organização necessária pode haver a exclusão de milhares de brasileiros. Embora, associados ao mesmo significado, acesso e acessibilidade são questões diferentes, porém complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas alcancem os serviços e o acesso permite o uso adequado do serviço com base no melhor resultado, isto é, o modo que o paciente faz uso do serviço de saúde.⁷

O acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde é descrita pelos pacientes como demorado e burocrático, pela espera em agendamento e consulta, ausência de profissionais, ou grande rotatividade dos mesmos, a exemplo disto, é a baixa a parcela da população que já teve atendimento nas unidades de saúde sem consulta marcada. Logo, ainda se vê a interferência do modelo biomédico nas práticas assistenciais, as políticas de ruptura ao modelo não vêm sobrevivendo às rotinas diárias dos serviços, desde as equipes, controle social e gestores de saúde⁸.

Isso toca outro conceito, o da demanda em saúde. A demanda é composta pelas necessidades de saúde de cada comunidade, e é dividida em espontânea e programada. A demanda na atenção básica pode ser não aguda, quando são intervenções programadas; e aguda, quando são casos de atendimento imediato. A programática, envolve grupos que são identificados por um perfil epidemiológico além de necessitar de vagas e da agenda dos profissionais^{7,9}.

Quanto aos dados do agendamento no acolhimento, atendimento a intercorrências, profissionais que atendem as intercorrências e marcação de

consulta fora do atendimento na USF observou-se as informações apresentadas na tabela 3.

Tabela 3 - Agendamento no acolhimento das ESFs do DS IV, Recife, 2019.

Atendimento de intercorrências no dia da demanda		Profissionais responsáveis pela marcação do atendimento em saúde bucal.	
Algumas vezes	0	Auxiliar Saúde Bucal e Técnico Saúde Bucal	58,82%
Frequentemente	11,76%	Dentistas (em dias específicos)	17,65%
Sempre	88,24%	No ato do acolhimento com o profissional disponível	23,53%

Elaboração da Autora (2023)

O tratamento a partir da demanda espontânea é herança recente da idealização da Política Nacional de Humanização, a partir da diretriz de acolhimento. Antes, a organização só tratava por demanda programada, tendo como alegação do Ministério da Saúde que a equipe de saúde não tinha orientação e conhecimentos sobre como agir com imprevistos sobre o cuidado da saúde. Dessa maneira, o acolhimento é uma ferramenta importante para as necessidades da demanda, pois consolida o vínculo entre os profissionais e os usuários do serviço, estimula a atividade multiprofissional, garantindo a reorganização do trabalho em equipe.^{1,3,7,9.}

Os cirurgiões-dentistas, majoritariamente, não costumam participar do acolhimento, se posicionam afastados, agindo apenas na consulta clínica, sem se ater às informações coletadas no recebimento do usuário, como também se abstendo dessa função em todo ciclo de atuação. As unidades de saúde então são preenchidas por atendimentos sem continuidade, apenas com números fixos de vagas diárias que irão ser atendidas. Isso, também elucida o ponto da mudança nas rotinas e protocolos de atendimento, visto que esse ciclo também gera um aumento na medicalização dos pacientes ¹⁰.

A escuta qualificada propicia o acesso a informações por meio das quais se baseiam as escolhas e respostas às necessidades do usuário, ampliando a qualidade do serviço oferecido nas unidades de saúde. Os resultados estão na tabela 4.

Tabela 4 - A relação dos dentistas com a escuta qualificada das ESFs do DS IV, Recife, 2019.

	Escuta qualificada			
	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
Usuários que chegam de forma espontânea tem suas necessidades escutadas	5,88%	11,76%	17,65%	64,71%
Existência de tempo suficiente para coleta das necessidades	5,88%	11,76%	41,18%	41,18%
Sentem-se aptos para realizar uma escuta sem julgamentos	0	23,53%	17,65%	58,82%
Toda escuta deve ser realizada sem julgamentos	0	0	0	100%

Elaboração da Autora (2023)

O despreparo dos profissionais vai contra a lei nº 8.080/90 que descreve o dever do Estado na promoção do direito ao atendimento integral, com ações e serviços públicos iguais, sem serem interferidos por preconceitos ou privilégios. Em seus ideais também está a defesa do paciente como um ser complexo, que não deve ser visto de forma fragmentada, sendo constituído de fatores biológicos, sociais e emocionais ⁷.

A escuta garante que esteja sendo feito o adequado reconhecimento, visto que as pessoas alteram suas atitudes e comportamentos quando se sentem ouvidas, tornando-se mais flexíveis e sinceras. Torna-se possível identificar as carências, fatores de interferência na saúde-doença, riscos, vulnerabilidades, sofrimentos físicos urgentes e outros. ^{1,3}

Entretanto, alguns resultados foram desconhecidos em relação aos profissionais das USF, os usuários mostram-se confusos, pois afirmam que o horário de funcionamento informado difere e o processo prático de acolhimento não está funcionando. Segundo estes, a distribuição das variáveis do acesso às USFs na percepção de quantidade de fichas no acolhimento é de 35,29% na opção de ilimitada dentro deste horário, sendo em sua maioria, 47,06% dos apontamentos direcionados à restrição de 10 fichas diárias.

Tabela 5 - Relação dos usuários com a escuta qualificada das ESFs do DS IV, Recife, 2019.

Escuta qualificada pelos usuários				
	Algumas vezes	Frequentemente	Raramente	Sempre
Segurança e privacidade	17,65%	23,53%	0	58,82%
Tempo suficiente na escuta	11,76%	41,18%	5,88%	41,18%
No mesmo dia da procura	47,06%	17,65%	0	35,29%

Elaboração da Autora (2023)

Acerca do vínculo, ele é conceituado como a relação de confiança, responsabilidade e entrega estabelecida com usuários e suas famílias permitindo a transformação no comportamento pelo princípio da credibilidade e da corresponsabilização no cuidado. Para criar o vínculo é preciso apresentar a disponibilidade de tempo. Percebe-se que quando o vínculo é constituído está associado a um acolhimento de qualidade, uma alternativa para essa construção é o acolhimento apoiado por alguma atividade educativa, nas USFs vê-se que 41,18% dos dentistas informam que as vezes o realizam, e 23,53% o fazem de forma frequente^{6,10,11}.

Tabela 6 – Fatores determinantes na construção do vínculo e na organização da demanda das ESFs do DS IV, Recife, 2019.

Fatores de dificuldades na construção de vínculo		Organização da demanda		Participação dos dentistas na organização da demanda	
Compreensão do usuário sobre o serviço	0	Ordem de chegada	17,65%	Acolhimento do dia e na demanda de saúde bucal pela equipe do dia	58,82%
Burocratização	52,94%	Pacientes especiais, gestantes, mãe com crianças até 2 anos, lactantes, idosos, pacientes com limitação física ou neurológica	0	Equipe de acolhimento no dia integrada e multiprofissional	23,53%
Tempo curto de escuta	11,76%	Prioridades com sofrimento físico e psíquico	0	Acolhimento pela equipe de referência do usuário e acolhimento específico para demanda de saúde bucal pela equipe de referência	11,76%
Excesso de demanda espontânea	88,24%	Todos estes fatores acima citados são levados em consideração para a organização da demanda	82,35%	Acolhimento do dia com demandas de usuários generalizadas	5,88%

Obs: Essas perguntas permitiam a marcação de mais de uma resposta.

Elaboração da Autora (2023)

O acolhimento com classificação de risco, gera uma mudança para além do dispositivo técnico assistencial. Para que funcione adequadamente é importante que se tenha uma estratégia na avaliação, um instrumento que identifique situações de urgência, atrelado a intervenção conforme a gradação de risco^{10,11}. Isso dá luz não somente a aspectos biológicos, mas também a situações de vulnerabilidades que geram riscos. Seu uso na ESF estrutura o acolhimento e a equidade no acesso, pois torna transparente a destinação e motivação do uso dos recursos. É importante também que a classificação atrelada a escuta de qualidade leve em consideração a existência do sofrimento psíquico¹². A classificação pode se basear no protocolo de situação de queixa. Ela deve ser dinâmica, contínua, com práticas que acalmem

o usuário e seus acompanhantes. O primeiro protocolo de classificação de risco nacional, elaborado, em 2004, pelo Ministério da saúde, é a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco ¹².

No presente estudo observou-se três focos para a ambiência: construção do espaço com conforto; produção de subjetividades e local de uso de ferramentas facilitadoras do trabalho (Tabela 7).

A ambiência é o tratamento do espaço físico ou espaço social, a fim de garantir atenção acolhedora. Pode ser compreendida então por conforto, privacidade, acolhimento, integração, criação e manutenção de espaços de espera, que promovam inclusão e acessibilidade. Para isso, destacam-se elementos como cor, forma, luz, som, cheiro, textura e outros elementos ¹³.

Mesmo após vinte anos ainda há dificuldades para a atuação da ESF, que se depara com insumos escassos, problemas estruturais, financiamento insuficiente o que a restringe de agir como ordenadora do sistema de saúde. A literatura tem apontado que implantar a ESF não lhe garante por si só o bom funcionamento de suas diretrizes, conseqüentemente, é comum que se encontre a dominância do modelo hegemônico em relação às suas práticas na rede de atenção ^{8,14}.

Tabela 7 – Aspectos estruturais das ESFs do DS IV, Recife, 2019.

Estrutura Física		Possui acessibilidade		Limpeza Frequente		Necessidade de Reparos		Reforma anteriormente		Construída para ser uma unidade de saúde	
Ótima	5,88%	Nenhum ambiente	23,53%	Algumas vezes	17,65%	Sim	94,12%	Sim	94,12%	Sim	47,6%
Boa	41,18%	Poucos ambientes	41,18%	Frequentemente	41,18%	Não	5,88%	Não	5,88%	Não	52,94%
Regular	41,18%	A maioria dos ambientes	17,65%	Sempre	35,29%						
Ruim	11,76%	Todos	17,65%								
Péssima	0%										

Elaboração da Autora (2023)

Dos dentistas entrevistados, 100% concordam que os grupos de saúde formados nas USF, aumentam a resolutividade da equipe de saúde. Por fim, a

dimensão da resolutividade não é necessariamente a cura de uma enfermidade, pode ser também a atenuação de um sofrimento. A avaliação da resolutividade é vista em dois quesitos: na tratativa da demanda e encaminhamento de atendimentos e na resposta do problema. O trabalho como efetivo da equipe multiprofissional também se insere na resolutividade, assim como a implantação de novos serviços, equipamentos e o uso de novas tecnologias.¹⁵

Tabela 8 - Fatores da tomada de decisão, resolutividade e gestão das ESFs do DS IV, Recife, 2019.

Os grupos de saúde formados nas USF, aumentam a resolutividade da equipe de saúde?		Onde são realizadas as discussões sobre o que acontece no acolhimento?		Existe apoio do NASF para a resolução das situações demandadas pelo acolhimento?		Há apoio da coordenação de área para articulação e agilidade no acolhimento?	Falta insumos nesta unidade?	Quando falta insumos o acolhimento é prejudicado?
Sim	100%	Com outros profissionais de forma particular	47,06%	Algumas vezes	0	47,06%	41,18%	47,6%
Não	0%	No momento do acolhimento com os profissionais envolvidos	58,82%	Raramente	17,65%	23,56%	52,94%	5,88%
		Outras reuniões de equipe	23,53%	Nunca	41,18%	5,88%	5,88%	17,65%
		Reuniões administrativas	94,12%	Sempre	23,53%	0	0	0
				Frequentemente	17,65%	0	0	29,41%

Elaboração da Autora (2023)

O acolhimento na Odontologia é visto como fator norteador para a qualidade da assistência prestada. Além do cuidar humano ser uma atitude ética, ensinada e desenvolvida na formação profissional. O paciente considera ao julgar a qualidade do atendimento odontológico os aspectos pessoais mais do que a competência técnica do profissional¹⁶. A troca de informações entre cirurgião-dentista e paciente interfere no grau de satisfação do tratamento recebido. Em contrapartida, os autores também apontam que não é hábito do cirurgião-dentista transmitir informações ao paciente além do procedimento de intervenção e isso lhe confere índices variados de insatisfação¹⁷.

De acordo com Pascoalotti (2019) o atendimento realizado por acadêmicos

transmite maior satisfação aos pacientes, sobretudo, pela característica da anamnese ser mais lenta e detalhada, o que diminui a ansiedade odontológica. Na pesquisa, também constatou que o paciente espera que o profissional possua habilidades técnicas em equivalência à assistência humanizada para ser considerado um profissional ideal ¹⁸.

O medo e a ansiedade são obstáculos comumente observados quando se trata de um tratamento odontológico. Tais condições emocionais, presentes durante as consultas odontológicas, podem contribuir para o desenvolvimento de urgências e emergências médicas, como picos hipertensivos, hiperglicemia e lipotimias ¹⁹. Para que esses riscos sejam reduzidos é importante que o Cirurgião-dentista conheça as técnicas de abordagem comportamental possibilitando ao paciente o controle de suas emoções ^{19,20}.

A odontofobia é descrita como uma reação emocional a um estímulo que pode ser físico, visual ou emocional derivados de uma prática odontológica. A ansiedade, entretanto, é a resposta emocional com sentimentos de nervosismo, preocupação e tensão. A literatura também descreve frequentemente a ansiedade como capaz de potencializar medo e dor, o que contribui para ações de fuga ou esquiva de tratamentos odontológicos ²⁰.

Para que esse espaço funcione como diminuidor de ansiedade é necessária a aplicação de técnicas de acolhimento, o profissional também precisa se dedicar a criação de habilidades técnicas e com o manuseio de equipamentos modernos ¹⁹.

Pesquisas também apontam que a orientação empática, e conceitos do acolhimento são apresentados para os alunos somente no último ano do curso. Em conformidade, também é evidenciado que alunas do gênero feminino apresentam mais empatia em seus atendimentos, visto que é um padrão social que o gênero feminino seja criado com mais gentileza, e aptidão à escuta. Logo, esse distanciamento do assunto do acolhimento durante os alunos de formação dificulta o trabalho interno (aprendizado) destes alunos no processo de qualificação ²⁰.

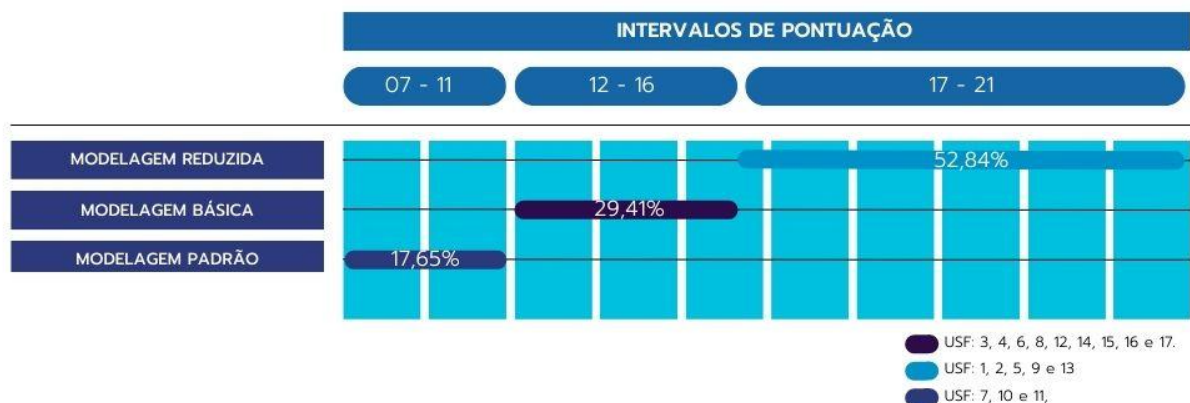
Embora o acolhimento seja uma prática reconhecida e vivenciada pela equipe de saúde no cotidiano laboral, observa-se que é foco de conflitos e contradições que se expressam nas concepções dos profissionais, repercutindo no processo de trabalho e na atenção à saúde. É comum que o acolhimento se destine então para o setor que recebe e/ou a enfermagem pelos outros profissionais que compõe a ESF pensarem o acolhimento como uma “relação de ajuda”, em que

os usuários são aqueles que procuram ajuda, sendo assim uma “função” distante das quais eles (cirurgiões-dentistas) possuem diariamente.

As ações da ESF são baseadas em um processo de mudança dos serviços de saúde, no qual, tem como filosofia a intersectorialidade e fortalecimento da cidadania. Para isso, afasta-se do foco no procedimento e compreende a perspectiva da família, com uma busca ativa do acolhimento, pela dinâmica que se estabelece entre profissional de saúde e paciente.

Para iniciar a análise dos dados é importante classificar as USF dentro das modelagens pré-estabelecidas no método. No gráfico abaixo, está a distribuição das modelagens, considerando as 17 USF. A Modelagem Padrão teve resultados em 3 (17,65%) USF: 7, 10 e 11, se enquadraram como Modelagem Básica em 5 (29,41%) USF: 1, 2, 5, 9 e 13 e como Modelagem Reduzida em 9 (52,84%) USF: 3, 4, 6, 8, 12, 14, 15, 16 e 17.

Gráfico 1 – Resultado das ESFs do DS IV, Recife, 2019, conforme Modelagens.



Elaboração da Autora (2023)

Sobre as modelagens analisadas nesta pesquisa, apenas uma parte pequena da USF estava dentro do modelo padrão. As equipes de Saúde da Família se enquadram mais na modelagem básica, e as ESB na modelagem reduzida, o que evidencia a necessidade do dentista melhorar suas práticas de acolhimento para atenuar ou sanar as fragilidades reveladas nessa modelagem.

As USF classificadas como modelagem padrão, todas praticavam um acolhimento multiprofissional e integrado com demandas de usuários com queixas generalizadas, com uma frequência de 5 dias na semana para a prática, sem distribuição de fichas e com acesso ilimitado para o usuário no turno do

acolhimento.

Na modelagem Básica, a maioria das USF apresentam uma prática de acolhimento fragmentada com demandas de usuários com queixas específicas. Na modelagem reduzida, as unidades possuem o acesso com distribuição de fichas e com horários limitados e bastante reduzidos no desenvolvimento desta prática, com uma frequência de acolhimento de 1 a 3 dias na maioria das USF, com dias de marcação específicos para médicos e dentistas na recepção, reduzindo este acesso e organização da demanda fragmentada com escuta de queixas específicas.

Os resultados demonstram que as principais vias de acesso aos serviços de saúde são por meio do acolhimento em vez do Agente Comunitário de Saúde (ACS). O acesso por meio de fichas, vem sendo debatido na literatura. A organização dessa oferta com distribuição de senhas ou limitação do número de pessoas, reforçado com a limitação de horários curtos para esta prática, funciona para burocratizar o serviço, favorecendo as filas e muita insatisfação do usuário, limitando a realização do acolhimento.⁶ Dessa forma, muitos usuários deixam a unidade de saúde sem o seu problema solucionado. Nesta situação, o projeto do acolhimento não fica consolidado, já se estabelece número fixo de vagas e não atende a necessidade da população.

No relato dos dentistas (88,24%), a USF trata o acesso com demandas de usuários de forma ilimitada, sem utilização de fichas. Porém, essa organização do acesso no acolhimento parece se constituir de forma mais frágil, do ponto de vista organizacional. Com base nas anotações do diário de campo foi constatado que o acolhimento ocorre concomitante ao atendimento clínico, enquanto um paciente está sentado na cadeira o outro está dentro da sala relatando a sua necessidade com a finalidade do profissional “não perder tempo”.

Na procura pelo acesso aos serviços de saúde bucal, vê-se que o usuário é o fator mais prejudicado acerca das necessidades demandadas, isto é, os serviços apresentam baixa resolutividade em relação às práticas de atenção em saúde bucal o que gera entraves na operacionalização do ato de acolher. Parte disso se dá porque as etapas e estratégias que norteiam esse processo não são compreendidas, o atendimento realizado pela equipe e a disponibilidade de seus integrantes em conversar sobre dúvidas, preocupações e problemas são fatores que impactam diretamente a qualidade.

Outro ponto que viola o acesso e o acolhimento é que não se deveria realizar

o acolhimento apenas no turno da manhã, pois torna-se insuficiente acolher a demanda espontânea no início do turno do atendimento e estabelecer uma série de barreiras para os usuários que, casualmente ou por necessidade, cheguem “fora do horário”, estipulado para o funcionamento do acolhimento. O atendimento pela manhã também contribui para o acúmulo na fila de espera da unidade antes do horário de funcionamento, tumultuando outras atividades assim que a unidade é aberta.

Para os usuários, o processo da prática do acolhimento não está muito bem compreendido, e quando se trata do acolhimento de saúde bucal estes usuários se mostram ainda mais confusos. O resultado sugere que a percepção dos participantes é de que o acolhimento está condicionado a uma estrutura física, o que destoa da média desejada, já que a dimensão de estrutura física equipada, embora desejável, não é determinante para realização do acolhimento.

Dos entrevistados, 35,29% apontam que o acolhimento do dentista é realizado no turno da tarde. Porém, dentre o quantitativo informado, apenas 5,88% oferecem esse acolhimento no turno da tarde. Quanto ao horário de chegada na USF para conseguir participar desta prática, os usuários afirmam, em muito mais da metade dessas USF, ter que chegar antes das 6:00h da manhã e enfrentar a madrugada para que possam assim, garantir o seu acesso. Na prática, o acolhimento continua centralizado na assistência médica sem utilizar as potencialidades dos demais integrantes da equipe.

Foi possível identificar que há diferentes práticas do acolhimento na USF do DS IV e na maioria delas há participação das equipes de saúde bucal nas USF, porém de maneira fragmentada, e centrada no modelo biomédico e sem participação multiprofissional e multidisciplinar. O tópico que demonstrou mais aspectos positivos e recorrentes é o da equipe estar integrada e ser multiprofissional.

A demanda espontânea encontra diversos desafios no sistema de organização da unidade. O uso de fichas limita as pessoas, marcação de consulta em dias específicos contribui para limitar o acesso das pessoas, construindo cenários de afastamento do autocuidado e auto preservação como as filas pelas madrugadas, insatisfação do usuário, falta de confiança na escuta dos profissionais. Demonstra um modelo médico centrado, focado na doença, na cura, no biológico, dissociado do contexto social.

Profissionais da ESF afirmam que não executam a demanda espontânea por não encontrarem alternativas que solucionem a demanda, isto é, como se dividir em acolhimento e atendimento, visto que essas atividades funcionam concomitantemente nas unidades, tal fator reforça o enfraquecimento da construção do vínculo. Pois, o vínculo depende do bom acesso, de uma organização da demanda que funcione e não privilegie o funcionamento de uma atividade em detrimento da outra, e de uma escuta de qualidade. Apesar de separem um tempo para escuta (antes e após os turnos), a escuta ocorre com tempo limitado por atendimento, e sem privacidade, o que diminui a possibilidade de fornecer ao paciente um espaço seguro, protegido que lhe confere credibilidade, onde possam estabelecer uma conversa onde se esclareça as necessidades, e haja uma corresponsabilização no cuidado.

Embora os entrevistados afirmem que há uma construção coletiva quanto a classificação de riscos e vulnerabilidades, não foi possível observar um fluxo concreto do usuário dentro do serviço. As prioridades no acesso da comunidade parecem não ser levadas sempre em consideração, colocando em risco o princípio da equidade, além da não capacitação generalizada dos profissionais para este fim.

Na ambiência, a estrutura física foi classificada como ótima, mas isso não garantiu que o acolhimento acontecesse de forma mais completa, ou seja, o espaço mesmo que entregue conforto físico, isto não o qualifica como capaz de garantir todas as necessidades que o paciente precisa para sentir-se acolhido pelo profissional. A ambiência é uma parte da construção do vínculo. As estruturas que foram apontadas como “ruins” ou “péssimas” interferiram na qualidade da prática. A ambiência, não proporciona satisfação do profissional ou do usuário do serviço, falta adequação do espaço e manutenção frequente além da limpeza diária, para tornar possível fatores como acessibilidade, bem-estar e qualidade do trabalho. Essa realidade acaba se tornando mais um argumento para a existência de problemas na distribuição de repasses, visto que as políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde são preventivas e curativas, o governo federal supre 50% do valor das despesas do SUS e os outros 50% é responsabilidade do estado e do município²⁰.

Acerca da resolutividade, ela precisa ser adequada. Vê-se que é necessário um nível mais elevado de gestão, onde se tenha o desenvolvimento de atividades com mais efetividade, como: disponibilidade de vagas a outros serviços de referência, melhor interação dos profissionais em diferentes níveis de atenção, e

maior apoio das coordenações de área e das coordenações de políticas de saúde para que juntos promovam soluções mais concretas, dentro da área de atuação das USF. Desse modo, nenhuma USF foi classificada com alta resolutividade devido ao relato das fragilidades existentes. A distribuição das dimensões analisadas conforme as respostas dos dentistas está descrita na Tabela 9.

Tabela 9 – Potencialidades e Fragilidades analisadas no estudo das ESFs do DS IV, Recife, 2019.

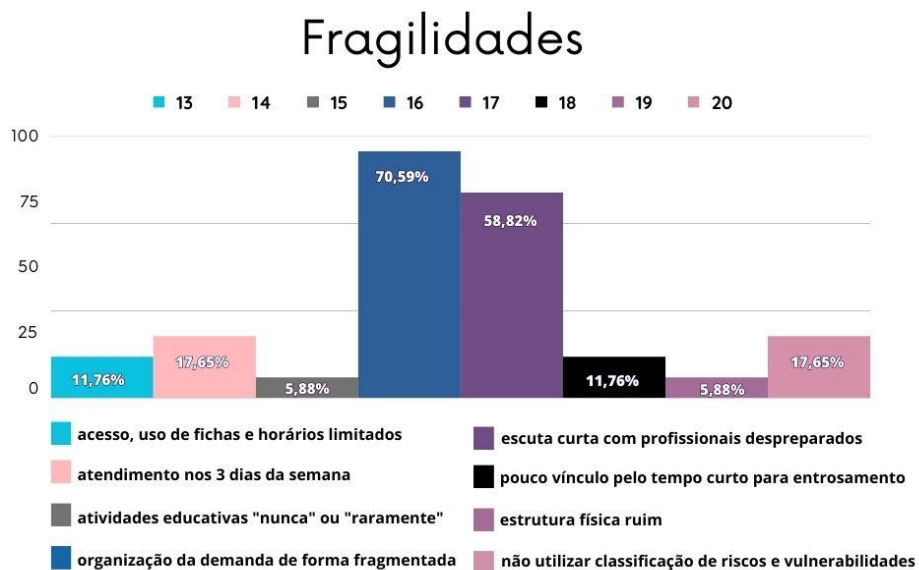
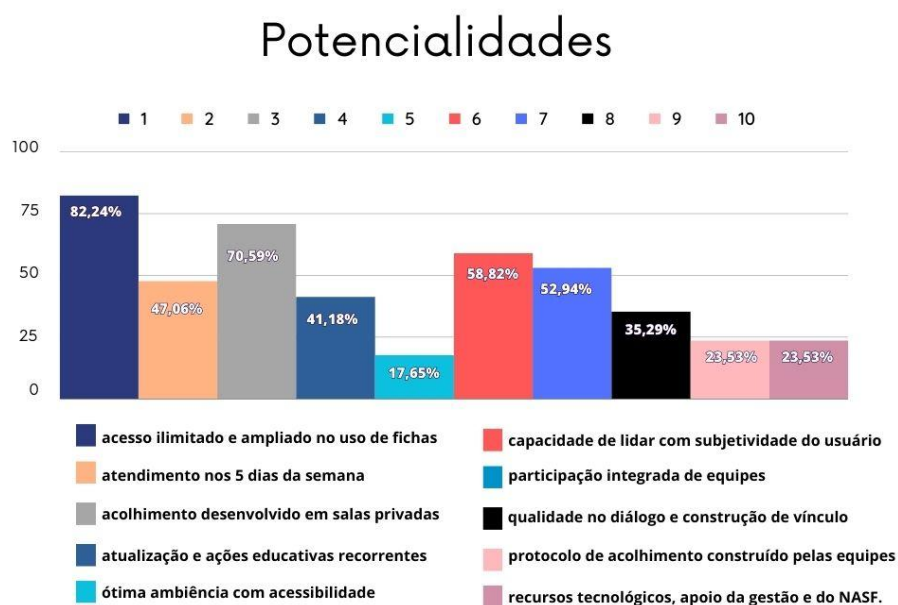
Potencialidades		Fragilidades		
1	Proporcionar acesso amplo e ilimitado ao usuário sem uso de fichas;	82,24%	13 Acesso ao serviço apenas em dias específicos, uso de fichas e horários limitados;	11,76%
2	Frequência de atendimento nos 5 dias da semana com agendamento para consultas;	47,6%	14 Frequência do acolhimento com 3 dias ou menos da semana;	17,65%
3	O acolhimento desenvolvido em salas “específicas” onde se tem privacidade;	70,59%	15 Acolhimento “nunca” ou “raramente” apoiado por atividades educativas;	5,88%
4	É necessário frequente atualização e ações educativas de recepção para atenuar os problemas de organização da demanda;	41,18%	16 Organização da demanda realizada de forma fragmentada;	70,59%
5	A presença de uma “ótima” ambiência com acessibilidade, espaço para atividades práticas, e estrutura técnica para os profissionais;	17,65%	17 A escuta qualificada realizada em períodos curtos que com profissionais que não se sentem capacitados;	58,82%
6	A escuta qualificada com profissionais que possuam capacidade de lidar com subjetividade e particularidades do usuário;	58,82%	18 Espaço com pouco vínculo pela redução de tempo suficiente para entrosamento entre profissionais e usuários;	11,76%
			19 Presença de estrutura física “ruim” pela fragilidade dos espaços;	5,88%
7	Realizar organização da demanda com participação integrada de equipes multiprofissionais;	52,94%	20 Não utilizar classificação de riscos e vulnerabilidades dentro de um protocolo de acolhimento;	17,65%
8	Ter qualidade no diálogo e estruturar confiança para que se possa construir vínculo;	35,29%		
9	Uso de classificação de risco inseridas em um protocolo de acolhimento construído pelas equipes;	23,53%		
10	Ter a presença de grupos ativos nas USF, apresentar recursos tecnológicos suficientes para o desempenho das funções profissionais, apoio da gestão, apoio do NASF, rede de referências.	23,53%		

Elaboração da Autora (2023)

Quando analisamos lado a lado as informações é possível mapear que dos dez itens positivos as ESF apresentaram apenas quatro pontos acima de 50%, sendo estes i) acesso ampliado e ilimitado ao usuário sem uso de fichas; ii) acolhimento desenvolvido em salas “específicas” onde se tem privacidade; iii) escuta qualificada com profissionais que possuam capacidade de lidar com subjetividade e particularidades do usuário; iv) organização da demanda com participação integrada de equipes multiprofissionais.

Entretanto, nas potencialidades, apenas dois itens apresentaram números acima de 50%. Destarte, os dados revelam que as unidades do distrito IV, não possuem um padrão elevado de qualidade referente às necessidades do acolhimento, deixando defasagens na maioria dos critérios básicos descritos, na tabela 9 e no gráfico 2, reforçando a perspectiva que as unidades de saúde ainda funcionam na transição de seus modelos de médicos.

Gráfico 2 – Potencialidades e fragilidades do acolhimento nas das ESFs do DS IV, Recife, 2019.



Elaboração da Autora (2023)

Foi possível identificar que há múltiplos desafios para efetivação do direito à saúde, tais como o financiamento, a força de trabalho e os modelos de gestão e de atenção. Estes possuem alta influência no modo como se dará o cuidado no cotidiano, desde a articulação de ações de promoção à saúde, prevenção, vigilância

em saúde, tratamento e reabilitação com conexões na atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

Logo, não é uma questão somente de quantidade adequada de serviços de saúde, e sim de sua articulação na perspectiva de redes de atenção competentes nas respostas às necessidades dos usuários de forma integral. Nesse quesito, as ESFs não podem ser o lugar em que se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo, nem tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos.

A multiprofissionalidade e interdisciplinaridade são características imprescindíveis do trabalho do profissional no acolhimento. É dever do profissional construir um ambiente em que o indivíduo se sinta confortável por expor suas necessidades e incômodos. Contemplando as quatro dimensões do acolhimento: ética, relacional, técnica, política, cada uma tem a função de manter o acolhimento como ponto principal do projeto terapêutico institucional.

É responsabilidade da prática do acolhimento se afastar de estratégias que encaram a doença como elemento separado do sujeito, sendo o corpo um conjunto de sistemas relacionados, porém independentes um do outro. Nas ESFs analisadas foi possível identificar dois cenários principais da prática de acolhimento do cirurgião-dentista: i) multiprofissional e integrada com demandas de usuários generalizadas; ii) prática de acolhimento fragmentada com demandas de usuários específicas para área de saúde bucal.

Embora, mesmo com os princípios previstos na Política Distrital de Atenção Primária à Saúde: garantia do acesso, integralidade, longitudinalidade, vínculo, responsabilização bem definidos e claros para os profissionais entrevistados, ainda não se vê em unanimidade o modelo biopsicossocial na prática de saúde, e este se mantém como um desafio para prestação do serviço de saúde ampliado. Identifica-se que parte das ESFs funcionam em uma ótica de transição de modelos, o que implica uma série de reconfigurações nos protocolos de saúde-doença-cura, do tratar-cuidar, como também as noções de saúde coletiva, comunidade, controle social, avaliação, corpo, culturas, saberes populares, participação, cooperação, características que giram em torno dos aspectos que caracterizam o acolhimento: acesso, organização da demanda, escuta qualificada, vínculo, classificação de risco, vulnerabilidades, ambiência e resolutividade.

Faz-se necessário também, como evidenciado pelos dados, a mudança de paradigmas na formação acadêmica de profissionais da saúde em destituir-se do

individualismo, disposto a construir planos de intervenção com o interlocutor, não somente prescrevê-los, além de adaptar o tempo de consulta para cada paciente.

Conclusão

O acolhimento não deve ser associado à ideia de único responsável por melhorar a qualidade dos procedimentos do serviço de saúde. Deve-se compreender que há inúmeros desafios na saúde pública do país, mas alguns deles podem ser atenuados e até erradicados com a implementação do acolhimento em suas rotinas de trabalho. Não há hoje nenhuma política, ferramenta ou diretriz que tenha a capacidade de solucionar os desafios encontrados de forma independente, é preciso que haja a união de todos os princípios do SUS (integralidade, universalidade, equidade, controle social) como também do investimento adequado de insumos, e de pesquisa para melhoria dos serviços.

Nos dados tabulados, foi possível perceber que o dentista não participa da maneira que deveria nos processos de acolhimento, ou seja, de forma integrada com a equipe. Ficando a maior responsabilidade para outros profissionais, apenas uma pequena parte das USF se encaixam no modelo “padrão”, o acesso da demanda espontânea no acolhimento tem barreiras, como uso de fichas, limitação do número de pessoas, marcação de consulta com dias específicos o que restringe o acesso, provoca filas, dificulta a organização e planejamento. A classificação de riscos e vulnerabilidades ocorre de forma subjetiva e individual, para melhorar a resolutividade necessita-se adequar organização para um nível mais elevado de gestão, desenvolvendo atividades com mais efetividade. O paciente considera ao julgar a qualidade do atendimento odontológico os aspectos pessoais mais do que a competência técnica do profissional. Entretanto, isso ocorre pois os usuários não compreendem o processo da prática do acolhimento em sua totalidade, mostram-se confusos, com instrumentos e recursos de trabalho do profissional. Desse modo, nenhuma USF foi identificada com alta resolutividade pelas fragilidades encontradas na prática do acolhimento.

REFERÊNCIAS

1. Moimaz S et al. Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. Cad. saúde colet. 2017;25(1).

2. Brasil. Ministério da Saúde. Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 2016.
3. Oliveira C, Coriolano-Marinus M. Acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. *Saúde em Redes*, Porto Alegre 2016;2(2):211-225, 2016.
4. Dolny L *et al.* Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). *Brazilian Journal of Health Review*, 2020;3(1):15-38.
5. Pinto V. Implantação do acolhimento nas unidades de saúde da família, da microrregião 6.1 do distrito sanitário VI, na cidade do Recife. 2012. Monografia (Especialização em Saúde Pública-Fiocruz-Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2012:29.
6. Galindo, Elizabete Maria de Vasconcelos. A prática do acolhimento na estratégia saúde da família. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife: 2019:288.
7. Feitosa M, das Candeias R, Feitosa A, de Melo W, Araújo F, do Carmo, Brito A. Práticas e saberes do acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021;13(3):5308-5318.
8. Viana R, Caldeira N, Feitosa A, de Lira Silva M, Oliveira G. Análise histórica dos critérios de financiamento do SUS no âmbito da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 2022;11(14): 205111436114-205111436114.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cad. Atenção Básica*, 2013;28(1):56.
10. Vieira-Meyer A. *et al.* Estratégia de Saúde da Família: ressonâncias na atenção, gestão, educação e promoção da Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2022(26):220-555.
11. Franco C, Giovanella L, Bousquat A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2023(28):821-836.
12. Costa F, Prudente G, Borba A, de Deus S, Castilho T, Sampaio R. A Eficácia da aplicação do Protocolo de Manchester na classificação de risco em Unidades de

Pronto Atendimento: Uma revisão sistemática. Revista Saúde Multidisciplinar, 2021;9(1).

13. Chioro A, Costa A. A reconstrução do SUS e a luta por direitos e democracia. Saúde em Debate, 2023(47)5-10

14. Soares P, da Silva A. O, de Farias Pires L, de Medeiros Zehetmeyer A., Valente A, Machado S. A PRECARIÉDADE DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2023:17-61.

15. Barros A, Menegaz J, Santos J, Polaro S, Trindade L, Meschial W. Conceitos de gestão e gerência do cuidado de enfermagem: revisão de escopo. Revista Brasileira de Enfermagem, 2023(76).

16. Ansuj A, Zenckner L, Godoy L. Percepção da qualidade dos serviços de odontologia. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 25. Anais. Porto Alegre, 2005.

17. Garbin *et al.* O tratamento odontológico: informações transmitidas aos pacientes e motivos de insatisfação. Revista de Odontologia da UNESP, 2013;37(2):177-181.

18. Pascoaloti M. *et al.* Odontologia hospitalar: desafios, importância, integração e humanização do tratamento. Revista Ciência em Extensão, 2019;15(1):20-35.

19. Mota L, Farias D, Santos T. Humanização no atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação em Odontologia. Arq Odontol, Belo Horizonte, 2012;48(3):151-158.

20. Paiva Filho, J. Odontofobia: Métodos de Diagnóstico e Tratamento. Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica, 2015;1(1).

21. De Lemos A, L, Luque C, Reis F, da Costa Pereira G, Soares L, Junior M, Feitosa N. Grupos de promoção à saúde mental como ferramenta de aperfeiçoamento do atendimento à população. Além dos Muros da Universidade, 2023;8(1):01-13.