



**CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS
CURSO DE ODONTOLOGIA
CAMPUS BENFICA**

TIBÉRIO GOMES DE CARVALHO

**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AO ACOLHIMENTO E AO SERVIÇO
ODONTOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE CATARINA – CEARÁ**

**FORTALEZA-CE
2025**

TIBÉRIO GOMES DE CARVALHO

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AO ACOLHIMENTO E AO SERVIÇO
ODONTOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE CATARINA – CEARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, como requisito
parcial para obtenção do título de bacharel
em Odontologia.

Orientadora: Prof. Ma. Maria Cláudia de
Freitas Lima

FORTALEZA-CE

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C331s Carvalho, Tibério Gomes de.
Satisfação do usuário quanto ao acolhimento e ao serviço
odontológico no município de Catarina-Ceará / Tibério Gomes de
Carvalho. - 2025.
61 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2025.
Orientação: Profa. Ma. Maria Claudia de Freitas Lina .

1. Sistema Único de Saúde . 2. Acolhimento . 3. Humanização .
4. Saúde Bucal. I. Título.

CDD 617.6

TIBÉRIO GOMES DE CARVALHO

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AO ACOLHIMENTO E AO SERVIÇO
ODONTOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE CATARINA – CEARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, como requisito
parcial para obtenção do título de bacharel
em Odontologia.

Orientador(a): Prof(a). Ma. Maria Claudia de
Freitas Lima

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Maria Cláudia de Freitas Lima

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Profa. Ma. Maria Elisabeth Sousa Amaral

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Carlos Santos de Castro Filho

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Dedico este trabalho à Deus e a minha mãe Maria Gomes, por todo apoio e confiança em mim depositados, e principalmente pelo amor, incentivo e esforço realizados em todas as etapas da minha vida acadêmica e pessoal.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre iluminou o meu caminho, e que me ajudou a superar todas as dificuldades encontradas durante toda essa caminhada, permitindo que eu chegasse ao momento de tamanho alegria.

Um especial agradecimento aos meus pais, Maria Gomes e Luís Carvalho, também aos meus irmãos, Carla Renata, Luiza Andréia e Luís Júnior, a minha cunhada Suzana, meu cunhado Segundo, e aos meus sobrinhos, Emanuele, Eduarda, David, Danielle, Luís Felipe e Fernando, que sempre me deram força para trilhar esse caminho, dividindo cada etapa desta realização.

Ao Fabiano por toda ajuda e compreensão, e aos amigos de turma, Emanuele, Mona, Giovana, Eduarda, Ramilly, Maia Junior por todos os momentos alegres, divertidos que passamos juntos e levarei para vida.

A professora Maria Claudia, que desde o início se dispôs a auxiliar-me, apesar das diversas atividades a que se dedica. Uma pessoa incrível que transborda carinho, ensinamentos e segurança aos seus alunos.

Agradeço ao Dr. Carlos Filho e a Dra. Maria Elisabeth, por terem aceito ser banca avaliadora deste trabalho, professores fantásticos cujo suas habilidades dispensam apresentações, sempre muito simpáticos e solícitos.

A todos os professores do curso de graduação em odontologia do Centro Universitário Christus, que ao longo desses cinco anos contribuíram para o meu aprendizado.

Além desses, devo ponderar que a tarefa de agradecer exige uma atenção particular, pois, despropositadamente, posso deixar de nomear alguns. A esses, meu sincero agradecimento.

“Felicidade é quando o que você pensa, o que você diz e o que você faz estão em harmonia”.

Mahatma Gandhi

RESUMO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem mostrando significativos avanços desde sua criação na Constituição Federal de 1988 e existe uma constante preocupação voltada para a qualidade do atendimento nos serviços públicos, apontando para a importância do acolhimento na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família. O acolhimento representa uma diretriz ética/estética/política da PNH (Política Nacional de Humanização) que se constitui como “uma tecnologia do encontro”, um recurso importante para a humanização dos serviços de saúde e que contribui para efetivar os princípios do SUS. A ausência do acolhimento nos serviços de saúde é um fator que dificulta o acesso da população a atenção à saúde na atenção primária. Nesse contexto, as equipes de saúde bucal, em seu processo de avaliação no município de Catarina-CE, se inquietaram em ouvir os usuários sobre o acolhimento e o serviço odontológico oferecidos. Desse modo, a pesquisa teve como objetivo avaliar o acolhimento realizado e a satisfação dos usuários com o serviço odontológico na Estratégia de Saúde Bucal – ESB, no município de Catarina-CE. Para atender o percurso investigativo optamos por uma pesquisa quantitativa. Participaram dessa pesquisa, usuários de ambos os sexos, adstritos há pelo menos um ano nas unidades de saúde, usuários que tenham passado pelo acolhimento e com idade acima de 18 anos. Como resultados, identificou-se que a maioria dos pacientes atendidos na odontologia eram do sexo feminino (64%), tinham ensino médio completo (36%), pardos (49%), renda familiar mensal em torno de 1 e 2 salários mínimos (60%). Dentre as percepções apresentadas sobre o serviço odontológico, a maioria se sente respeitada (60%), escutados pelos profissionais (36%), satisfeitos com serviço ofertado (60%) e consideraram os profissionais competentes (61,22%). A maioria expressou satisfação com as condições físicas e conforto (52,35%), sinalizando a necessidade de melhoria na ampliação e reforma dos serviços (50%). Destaca-se que essa pesquisa tem sua relevância uma vez que se vislumbra a possibilidade de qualificação do processo de trabalho em saúde bucal no município, de melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, bem como, de fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: sistema único de saúde; acolhimento; humanização; saúde bucal.

ABSTRACT

In Brazil, the Unified Health System (SUS) has shown significant progress since its creation in the Federal Constitution of 1988 and there is a constant concern for the quality of care in public services, highlighting the importance of welcoming in Primary Health Care/Family Health Strategy. Reception represents an ethical/aesthetic/political guideline of the PNH (National Humanization Policy) that constitutes a “technology of encounter”, an important resource for the humanization of health services and that contributes to implementing the principles of the SUS. The lack of welcoming in health services is a factor that hinders the population's access to health care in primary care. In this context, the oral health teams, in their evaluation process in the city of Catarina-CE, were concerned about hearing users' opinions about the welcoming and dental services offered. Thus, the research aimed to evaluate the reception provided and the satisfaction of users with the dental service in the Oral Health Strategy (ESB), in the city of Catarina-CE. To meet the investigative path, we chose a quantitative research. Users of both sexes, assigned for at least one year in the health units, users who had been received by the reception and were over 18 years old participated in this research. As a result, it was identified that the majority of patients treated in the dentistry were female (64%), had completed high school (36%), were brown (49%), and had a monthly family income of around 1 to 2 minimum wages (60%). Among the perceptions presented about the dental service, the majority felt respected (60%), listened to by the professionals (36%), satisfied with the service offered (60%) and considered the professionals competent (61.22%). The majority expressed satisfaction with the physical conditions and comfort (52.35%), signaling the need for improvement in the expansion and renovation of the services (50%). It is important to highlight that this research is relevant since it envisages the possibility of qualifying the oral health work process in the municipality, improving the population's access to health services, as well as strengthening the Unified Health System.

Keywords: unified health system; reception; humanization; oral health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gênero dos entrevistados.....	32
Gráfico 2 – Escolaridade.....	33
Gráfico 3 – Raça/Cor.....	34
Gráfico 4 – Sentimento de acolhimento.....	35
Gráfico 5 – Satisfação do atendimento.....	36
Gráfico 6 – Percepção de melhoria.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- SUS – Sistema Único de Saúde
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- PNH – Política Nacional de Humanização
- CF – Constituição Federal
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- PSF – Programa Saúde da Família
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
- CEO – Centro de Especialidade Odontológica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1. Objetivo Geral	16
2.2. Objetivos Específicos	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1. Sistema de Saúde da Família	17
3.2. Estratégia Saúde da Família	21
3.3. Saúde bucal	23
3.4. Política Nacional de Humanização	25
4 METODOLOGIA	29
4.1. Tipo de estudo	29
4.2. Campo de estudo	29
4.3. População e Amostra	30
4.4. Coleta e Análise dos Dados	30
4.5. Análise e Discussão dos Resultados.....	31
4.6. Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1. Perfil dos entrevistados	32
5.2 Avaliação do acolhimento	34
5.3 Satisfação com o serviço	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES.....	47
ANEXOS.....	49

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem mostrando significativos avanços desde sua criação na Constituição Federal de 1988. Dentre eles está o surgimento das Estratégias Saúde da Família (ESF), em 1994, a qual se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde em uma lógica de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (CAMPOS, 2013).

No Brasil, existe uma constante preocupação voltada para a qualidade no atendimento à saúde, principalmente nos serviços públicos, apontando para a importância do acolhimento das famílias ligadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo os profissionais de saúde o compromisso com o envolvimento dos usuários a partir do estabelecimento do vínculo com vistas à promoção da humanização em saúde. Para se efetivar o princípio da integralidade da assistência em saúde, muitos desafios se apresentam, como por exemplo, a organização da demanda espontânea, de modo a que se reproduzem situações de superlotação nas unidades de saúde (SILVA JÚNIOR, 2012).

Com o objetivo de superar os desafios enfrentados pela atenção básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe a participação ativa da comunidade, em conjunto com a equipe de saúde, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades e no acompanhamento das ações realizadas. Essa participação é fundamental para promover a conscientização dos indivíduos sobre seu papel como agentes ativos, capazes de desenvolver projetos próprios de melhoria tanto no âmbito individual quanto coletivo. Entretanto, apesar do potencial transformador dessa proposta, sua implementação frequentemente esbarra em limitações estruturais, falta de preparo dos profissionais e insuficiência de espaços efetivos de participação social, o que pode comprometer a autonomia e o protagonismo real da comunidade no processo de cuidado (BRASIL, 2006).

Inserido nesse contexto, o acolhimento, entendido como o ato de receber e escutar o usuário, configura-se como uma diretriz fundamental para efetivar os princípios da universalização e integralidade no cotidiano dos serviços de saúde. O acolhimento permeia todas as relações de cuidado, marcando os encontros entre profissionais de saúde e usuários. O que diferencia essa prática é a forma como o

acolhimento é realizado, influenciando diretamente a qualidade do atendimento e a efetividade da assistência prestada (BRASIL, 2013).

Para fortalecer esse processo, o Ministério da Saúde tem buscado a qualificação técnica-operacional, a partir de diretrizes e políticas que tem o objetivo de fortalecer o cotidiano das práticas de atenção e gestão. Assim, em 2003 nasce a Política Nacional de Humanização, a fim de efetivar os princípios do SUS e apresentando em um de seus dispositivos o Acolhimento (SILVA JUNIOR, 2012).

Embasando as afirmações citadas, a Política nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do SUS preconiza o acolhimento como integrante do processo de produção de saúde, podendo ser trabalhado em todo e qualquer encontro no ato de gerar saúde, não sendo um espaço ou local, mas uma postura ética e não se restringindo a recepção da demanda, sendo ferramenta tecnológica relacional através de intervenções na escuta, na construção de vínculos, na garantia do acesso e no aumento da resolutividade, alinhando-se aos princípios de universalidade e Integralidade do Sistema Único de Saúde. Preconiza ainda que colocar o acolhimento como um dispositivo de acionamento da rede de atenção multidisciplinar para resolver os problemas de saúde das pessoas, e não apenas como um ato isolado, requer uma atitude de revisão do cotidiano das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS (BRASIL, 2009).

Corroborando com a temática, Pinheiro (2010) descreve que a Política Nacional de Humanização enfatiza a importância da proposta de acolhimento estar articulada com outras propostas, associadas à mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (cogestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direito dos usuários e ações coletivas).

Segundo Soeiro et al. (2015), a ausência do acolhimento como ferramenta de orientação e gestão clínica impacta negativamente o acesso aos serviços na atenção básica. Para os autores, quando articulado com instrumentos como a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular e as linhas de cuidado, o acolhimento permite à equipe assumir a corresponsabilização pela resolução dos problemas dos usuários, fortalecendo a integralidade da atenção. No entanto, quando praticado isoladamente, sem integração com esses dispositivos, tende a se reduzir a um ato meramente receptivo, esvaziado de seu potencial na gestão do cuidado.

Assim, de acordo com Barra (2011) a diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos não pode se resumir às unidades básicas, mas deve

permeiar todo o sistema, modulando os demais níveis da assistência (especialidades, urgência, hospitais), as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva.

Ao considerarmos essa linha de processo de trabalho destacamos o acolhimento como dispositivo que poderia funcionar para viabilizar o fluxo de entrada nas ESF, revelando fragilidades e possibilidades, ao mesmo tempo, sendo eixo principal da mudança no processo de trabalho. É uma forma de reorganização a assistência, fortalecendo a interação entre trabalhadores e pessoas sob nosso cuidado, com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional (BRASIL, 2013). Nessa compreensão, vale destacar que os profissionais de saúde do município de Catarina – CE ao vivenciarem a avaliação do processo de trabalho questionaram sobre o acolhimento do serviço odontológico nas equipes de saúde da família: Como é realizado o acolhimento em saúde bucal? E o serviço odontológico realizado pelas equipes de estratégias da saúde da família atende as necessidades dos munícipes?

No entendimento de Silva Júnior (2012), tendo importância singular na produção do cuidado em saúde, o acolhimento se destaca pela capacidade de potencializar o atendimento inicial e refletir na resolutividade da atenção em saúde. Ao atender todos os usuários de forma humanizada e organizada, podemos reorganizar todo o processo de trabalho, melhorar a relação usuário e trabalhador, conhecer o indivíduo e o território, assim identificando a maioria dos problemas de saúde existente na comunidade e população.

Face ao exposto, essa pesquisa teve como objetivo avaliar a satisfação dos pacientes com o acolhimento e o serviço odontológico na Estratégia de Saúde Bucal, no município de Catarina – CE.

Entendemos que os resultados produziram pontuações importantes para a (re)organização da rede de saúde, implementação do acolhimento na ESF, em especial no serviço odontológico. Destaca-se a relevância da pesquisa por proporcionar ao município a possibilidade de otimizar o processo de trabalho odontológico de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, direcionando as ações a partir da definição de atribuições e responsabilidades da gestão, profissionais da ESF, controle social e usuários.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a satisfação dos pacientes com o acolhimento e o serviço odontológico na Estratégia de Saúde Bucal - ESB, no município de Catarina – CE.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as variáveis socioeconômicas dos usuários;
- Levantar sugestões dos pacientes para melhoria do acolhimento e do serviço odontológico na Estratégia de Saúde da família, no município de Catarina – CE.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Na década de 1950, o Brasil adotava o modelo de sanitário campanhista, caracterizado por ações voltadas ao controle de doenças transmissíveis, com decisões centralizadas e um caráter repressivo sobre os indivíduos e a coletividade. Com o avanço da industrialização e a migração do eixo econômico para os centros urbanos, surgiu a demanda por um sistema de atendimento médico direcionado à classe trabalhadora, dando origem ao modelo assistencial privatista (MENDES, 2020).

Este período foi marcado pelo predomínio das chamadas doenças pestilências, como varíola, a febre amarela, malária e tuberculose. Nesta época também predominava uma precária organização dos serviços de saúde, pois a sociedade colonial não se armou com medidas capazes de enfrentar o perigo da morbimortalidade. O processo de industrialização acelerada que o Brasil viveu a partir da década de 1950 determinou o deslocamento do polo dinâmico da economia para os centros urbanos, gerando a concentração de massa operária nos mesmos e surgindo a necessidade de se organizar um tratamento médico voltado para a classe trabalhadora (ANDRADE, 2006).

Um conjunto de políticas públicas de saúde constituiu a base de transformação do processo hegemônico, na década de 70, para o modelo médico-assistencial privatista. Este modelo estava voltado para os indivíduos que procuravam o serviço de saúde por livre iniciativa, porém reforçava na população a atitude de procurar um serviços de saúde quando se sentiam doentes. Dessa forma, esse modelo apresentava graves problemas, principalmente por excluir parcelas expressivas da população (PAIM, 2022).

A trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil está intrinsecamente ligada aos contextos políticos, sociais e econômicos de cada período histórico. Ao longo do tempo, essas políticas têm refletido as transformações da sociedade, adaptando-se às demandas da população e às diretrizes dos diferentes governos (COSTA E SILVA et al., 2010).

O processo de consolidação dos direitos sociais, especialmente os relacionados à saúde e à previdência, é fruto de longas e intensas mobilizações populares.

Trabalhadores, movimentos sociais, organizações da sociedade civil e diversas entidades atuaram ativamente para garantir avanços nesse campo, enfrentando resistências e superando inúmeros desafios (PAIM, 2003).

Essas lutas históricas culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado. No entanto, apesar desse marco legal, a efetivação desses direitos enfrenta constantes ameaças. O subfinanciamento crônico do setor, os atrasos nos repasses de recursos, a ausência de reajustes compatíveis com as necessidades e, em alguns casos, a má gestão dos serviços, comprometem a qualidade e a universalidade do atendimento previsto no Sistema Único de Saúde (SUS) (POLIGNANO, 2001).

A consolidação de um sistema de saúde mais equitativo e acessível no Brasil foi resultado de décadas de intensas mobilizações sociais. A criação de um modelo universal exigiu não apenas vontade política, mas também a construção de uma estrutura organizada, democrática e transparente. Para isso, tornou-se essencial o desenvolvimento de políticas públicas consistentes, a formação qualificada de profissionais de saúde, o aprimoramento da gestão e da fiscalização dos serviços, a alocação adequada de recursos financeiros e, sobretudo, a participação ativa da população na formulação e controle das ações. Esses elementos foram fundamentais para a implantação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS (HOCHMAN, 2005).

O contexto histórico que precedeu a criação do SUS foi marcado por profundas transformações no cenário político e econômico brasileiro. Com o esgotamento do modelo econômico sustentado pelo regime militar, o país mergulhou em uma grave crise, evidenciada pelo avanço descontrolado da inflação desde o final da década de 1970. Nesse ambiente de instabilidade, a sociedade civil começou a se reorganizar, reivindicando o retorno das liberdades democráticas e o direito ao voto direto para a presidência da República (COSTA E SILVA et al., 2010).

Pressionado por esse movimento, o então presidente João Figueiredo (1979–1985), último general a ocupar o cargo, iniciou um processo de abertura política. Entre as medidas adotadas, destacaram-se o fim do bipartidarismo imposto pelo regime militar, a criação de novas siglas partidárias, a restauração da liberdade de imprensa, a ampliação da autonomia dos sindicatos e o ressurgimento das greves como expressão legítima das lutas trabalhistas nas cidades brasileiras (BERTOLLI FILHO, 1996).

O processo de reorganização da sociedade brasileira ao longo da transição democrática ocorreu de forma gradual e marcada por tensões. A partir das eleições de 1982, intensificaram-se as negociações entre grupos políticos conservadores e moderados, que buscavam controlar o ritmo e os limites da abertura democrática. No entanto, tais articulações acabaram por marginalizar, em grande parte, os sindicatos e os partidos de esquerda recém-criados, mesmo diante de seus expressivos avanços nas urnas nos pleitos de 1982 e 1984 (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2007).

Já nas eleições de 1986, apesar da manutenção de práticas eleitorais herdadas da Primeira República — como a corrupção e o clientelismo —, que favoreceram amplamente os setores conservadores, os partidos progressistas e de esquerda conquistaram significativa parcela do eleitorado (LUZ, 1991). Esse cenário revelou uma sociedade em disputa, na qual ideias mais avançadas, especialmente no campo dos direitos sociais, ganhavam cada vez mais adesão.

No setor da saúde, esse período foi marcado pelo fortalecimento do movimento sanitarista, que se destacou como a principal força propulsora da proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A reforma sanitária defendida por esse movimento baseava-se na concepção de saúde como um direito universal, coletivo e indissociável de determinantes sociais, econômicos e ambientais (CUNHA; CUNHA, 1998).

O movimento reunia um amplo leque de atores sociais: profissionais da saúde — como médicos, enfermeiros, farmacêuticos —, acadêmicos, lideranças de partidos com diferentes orientações ideológicas e representantes de movimentos populares. A partir do final da década de 1970, essa articulação ganhou maior solidez, impulsionada por uma série de pesquisas e experiências práticas desenvolvidas, sobretudo, nas faculdades de Medicina. Nesses espaços, o entendimento da saúde passou a incorporar uma visão ampliada, que transcende a simples ausência de doenças e reconhece a influência das condições sociais na promoção do bem-estar (PAIM, 2003).

Além das universidades, o movimento também encontrou espaço em entidades representativas das profissões da saúde. Conselhos regionais, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira passaram por processos de renovação interna. Um marco importante nesse percurso foi a fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, que se consolidou como um

espaço estratégico na luta pela reforma sanitária. O CEBES tinha como missão tanto promover o debate sobre democracia e saúde quanto ser um canal de articulação e divulgação das ideias sanitaristas (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2007).

Em 1986, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), em Brasília, representou um marco histórico na construção das políticas públicas de saúde no Brasil. Com ampla participação de diversos segmentos da sociedade — trabalhadores da saúde, gestores públicos, usuários e representantes de prestadores de serviços —, a conferência foi precedida por etapas municipais e estaduais, o que garantiu um processo verdadeiramente democrático e participativo (POLIGNANO, 2001).

A 8ª CNS consolidou os princípios fundamentais do movimento da Reforma Sanitária brasileira, sistematizando um modelo de atenção à saúde comprometido com a equidade e a justiça social. Seu documento final trouxe uma concepção ampliada de saúde, reconhecendo-a como um fenômeno determinado por múltiplos fatores, tais como alimentação adequada, moradia digna, acesso à educação, condições de trabalho e renda, transporte, meio ambiente saudável, acesso à terra, lazer e liberdade, além, é claro, do acesso universal aos serviços de saúde (CUNHA; CUNHA, 1998).

Dois anos depois, em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Federal, que pela primeira vez na história brasileira incluiu um capítulo específico sobre a saúde. Essa inclusão foi fortemente influenciada pelas diretrizes da 8ª Conferência, incorporando, em grande medida, os ideais do movimento sanitarista e da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS). A Carta Magna de 1988 consagrou a saúde como um direito de todos e dever do Estado, orientando sua garantia por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços (PAIM, 2003).

A Constituição estabeleceu os fundamentos do SUS com base em princípios estruturantes: universalidade, equidade, integralidade, descentralização administrativa, hierarquização dos serviços e participação da comunidade (COSTA E SILVA et al., 2010). Essa conquista representou não apenas um avanço técnico na organização dos serviços de saúde, mas também uma vitória política e ideológica da sociedade civil organizada.

A construção do SUS, no entanto, não foi isenta de conflitos. Trata-se de um processo marcado por intensas disputas entre diferentes projetos de sociedade e de

concepções distintas sobre o papel do Estado na promoção da saúde. Diversos atores sociais — movimentos populares, entidades profissionais, acadêmicos, parlamentares e gestores públicos — se envolveram nesse processo, contribuindo com visões e propostas muitas vezes divergentes (PAIM, 2003).

Compreender o percurso histórico dessas disputas, bem como a inserção da saúde no cenário político mais amplo do país, é essencial para interpretar os desafios contemporâneos enfrentados pelo SUS. Esse resgate permite não apenas valorizar a trajetória de lutas que deram origem ao sistema, mas também repensar estratégias para sua consolidação e fortalecimento frente às ameaças e retrocessos que ainda persistem (CUNHA; CUNHA, 1998).

3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, representou uma ruptura com o modelo excludente anteriormente vigente no Brasil, em que o acesso à saúde era privilégio de poucos. Com a institucionalização do SUS, a saúde passou a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, promovendo maior equidade no acesso aos serviços. Entre os principais avanços proporcionados pelo novo sistema, destaca-se a descentralização das ações de saúde, a municipalização da gestão e a valorização da participação social, fortalecendo a relação entre os serviços de saúde, os profissionais e a comunidade (BRASIL, 1990; GIOVANELLA et al., 2015).

Esse novo modelo se alinha aos princípios da universalidade, integralidade e equidade, pilares fundamentais do SUS, e se materializa, sobretudo, na Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecida internacionalmente como a base para sistemas de saúde mais resolutivos e centrados no cuidado integral ao indivíduo e à coletividade (STARFIELD, 2002). Nesse contexto, surge o Programa Saúde da Família (PSF), implantado na década de 1990 como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Seu objetivo era superar a lógica centrada na doença e no atendimento hospitalocêntrico, substituindo-a por um modelo pautado na promoção da saúde, na prevenção e no cuidado continuado, próximo à realidade dos territórios (BRASIL, 1994).

Com o tempo, o PSF passou por uma consolidação e foi reformulado, transformando-se na Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF tornou-se o principal

eixo estruturante da APS no Brasil, fundamentada em equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outros. Essas equipes atuam de forma integrada e territorializada, com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, acompanhamento e reabilitação, além de fortalecer os vínculos com os usuários e suas famílias (MENDES, 2012).

O Agente Comunitário de Saúde, regulamentado pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, exerce papel essencial na mediação entre as equipes da ESF e a população. Suas atribuições incluem o cadastramento de famílias, visitas domiciliares regulares, ações educativas, identificação de fatores de risco e busca ativa de usuários que necessitam de acompanhamento (BRASIL, 2006). Por sua atuação direta nas comunidades, os ACS tornaram-se peças-chave na consolidação da atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde, promovendo o acesso, a escuta qualificada e o cuidado humanizado.

A Estratégia Saúde da Família, portanto, representa uma resposta concreta à necessidade de fortalecer o SUS e garantir a efetividade de suas ações. Sua expansão e qualificação são fundamentais para que o sistema continue sendo referência internacional em saúde pública universal e gratuita (SILVA, 2002).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha um papel essencial no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), atuando como elo fundamental entre a comunidade e os serviços de saúde. Sua atuação vai além da simples transmissão de informações: ele promove o diálogo entre a população e a equipe multiprofissional, garantindo que as necessidades e demandas do território sejam compreendidas e acolhidas pela rede de atenção à saúde (ANDRADE, 2006).

Dada sua proximidade com o cotidiano das famílias e sua inserção nas realidades locais, o ACS possui um conhecimento singular sobre os determinantes sociais que impactam a saúde da população. Esse conhecimento o torna peça-chave na construção de estratégias mais eficazes, humanizadas e resolutivas para o fortalecimento das ações de saúde nas áreas adstritas às unidades da ESF. Nesse sentido, torna-se imprescindível compreender com mais profundidade o papel do ACS, as atividades que ele desenvolve e a relevância de sua atuação para o funcionamento pleno da Estratégia Saúde da Família. Assim, este trabalho tem como objetivo analisar a importância do Agente Comunitário de Saúde no âmbito da

ESF, investigando os fatores que influenciam seu desempenho e os impactos de suas ações sobre a qualidade da atenção básica (BELLUSCI, 2003).

No desenvolvimento de suas atividades, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem um papel fundamental na atenção básica, realizando visitas domiciliares, cadastramento e acompanhamento das famílias em sua microárea. Sua atuação fortalece o vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde, promovendo o acesso, a prevenção de agravos e a adesão aos cuidados propostos pela equipe. Além disso, a educação permanente e a qualificação profissional são essenciais para que o ACS atue de forma mais efetiva, especialmente em ações como acompanhamento de condições crônicas, escuta qualificada e educação em saúde, contribuindo diretamente para a integralidade do cuidado e para a corresponsabilização dos usuários na promoção da própria saúde (MENDES, 2020).

3.3 SAÚDE BUCAL

A saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) representa um avanço significativo na democratização do acesso aos cuidados com a saúde bucal no Brasil. A partir da criação da Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, observou-se uma ampliação do atendimento odontológico na atenção básica e especializada, promovendo ações de prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento. Este artigo discute a importância da odontologia no SUS, abordando sua evolução, impacto social, desafios e perspectivas. A presença dos serviços odontológicos no SUS contribui para a integralidade do cuidado, a melhoria da qualidade de vida e a redução das desigualdades em saúde (NARVAI, 2010).

Constitui-se como parte indissociável da saúde geral do indivíduo, influenciando sua autoestima, nutrição, comunicação e qualidade de vida. No entanto, durante muito tempo, os serviços odontológicos estiveram limitados ao setor privado, o que excluía grande parte da população brasileira do acesso ao cuidado necessário. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a saúde passou a ser reconhecida como direito universal e dever do Estado, abrindo caminho para a inclusão da odontologia nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 1988).

A implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, consolidou uma nova perspectiva de atenção odontológica, com foco na promoção da saúde e na equidade. Através do programa Brasil Sorridente, fortaleceu-se a presença da

odontologia na atenção básica e especializada, promovendo o cuidado integral e contínuo em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2004). Este artigo analisa a relevância dessa política e o papel da odontologia no SUS.

A consolidação da odontologia como serviço público ocorreu de forma gradual, sendo impulsionada pela criação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As ESB atuam integradas às equipes de Saúde da Família, realizando atendimentos clínicos básicos e ações de promoção e prevenção em saúde bucal (NARVAI, 2010).

Além disso, a PNSB permitiu a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que oferecem atendimento especializado em áreas como endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, diagnóstico bucal e ortodontia preventiva. Outra iniciativa relevante foi a implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), que contribuem para a reabilitação funcional e estética de pacientes (PUCCA et al., 2009).

Um dos grandes diferenciais da atuação odontológica no SUS é a ênfase nas ações preventivas e educativas. A escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, educação em saúde nas escolas e campanhas de prevenção ao câncer bucal são exemplos de práticas que visam promover hábitos saudáveis desde a infância (MACHADO et al., 2008). A integração entre a odontologia e outras áreas da saúde também favorece o cuidado integral. Doenças sistêmicas como diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias têm relação direta com a saúde bucal, e a atuação do cirurgião-dentista no SUS pode colaborar com o diagnóstico precoce e a redução de complicações (PETERSEN, 2005).

Apesar dos avanços, a odontologia no SUS enfrenta inúmeros desafios. As desigualdades regionais, a escassez de profissionais em áreas remotas, a infraestrutura precária e o subfinanciamento são entraves que comprometem a efetividade das ações. Além disso, ainda existe uma demanda reprimida por tratamentos especializados, o que demonstra a necessidade de maior investimento na área (CHAVES et al., 2020). Outro aspecto crítico refere-se à valorização e capacitação contínua dos profissionais, que enfrentam alta carga de trabalho e limitações técnicas. Políticas públicas que incentivem a formação qualificada e a pesquisa em saúde bucal são fundamentais para o aprimoramento do serviço (PUCCA et al., 2009).

A atuação da odontologia no SUS tem impactos diretos na qualidade de vida da população. A reabilitação protética, por exemplo, devolve autoestima e condições de socialização e inserção no mercado de trabalho. A identificação precoce de lesões bucais suspeitas, como o câncer de boca, é outra contribuição fundamental para o diagnóstico e tratamento em tempo oportuno (FRAZÃO, 2011).

Além disso, o acesso gratuito aos serviços odontológicos promove inclusão e justiça social, principalmente entre os grupos mais vulneráveis como crianças, idosos, população em situação de rua e comunidades indígenas, reduzindo as iniquidades em saúde e garantindo o direito constitucional ao cuidado integral (BRASIL, 2004).

A odontologia no SUS é um instrumento essencial para a construção de um sistema de saúde público mais justo, acessível e eficiente. A ampliação da cobertura dos serviços odontológicos, a formação de equipes qualificadas, a promoção da saúde e a integração com outros níveis de atenção têm potencial transformador na vida das pessoas (PUCCA et al., 2009).

Apesar dos desafios ainda presentes, os avanços conquistados na área da saúde bucal são significativos, com destaque para um marco importante na história da saúde pública brasileira que se refere à Lei nº 14.572/2023, a qual que institui a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL 2025). A institucionalização dessa política nacional finaliza o *Programa Brasil Sorridente (lançado em 17 de março de 2004)*. Fortalecer essa política e garantir sua continuidade é fundamental para que o SUS continue sendo referência mundial em atenção universal à saúde bucal.

3.4 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A humanização na Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto política pública, tem se afirmado na construção de espaços que alteram as formas de compreender e produzir saúde. Aspirando a desconstrução do modelo médico hegemônico, a oferta da atenção de maneira humanizada possibilita a compreensão dos processos que levam os indivíduos ao adoecimento, em busca da resolução de problemas e melhorias na qualidade da assistência. Além disso, a humanização na APS contribui para a construção do vínculo entre usuários e profissionais, algo fundamental para a continuidade do cuidado integral (ZUGE, 2012).

3.4.1 Acolhimento

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que não tem local nem momento específico para o acontecimento, não exige um profissional capacitado exclusivamente para realizá-lo e deve fazer parte da prática de todos os trabalhadores dos serviços de saúde. Pode ser compreendido como parte do cuidado integral, articulando-se com o acesso e implementação de práticas de assistência nos serviços, em busca da resolubilidade e atendimento humanizado (BRASIL, 2008)

Para a prática de acolhimento é importante que o usuário se sinta à vontade para se expressar e ser ouvido pela equipe. Isto viabiliza um tratamento que mais se adeque à sua realidade, proporcionando maiores chances de adesão às terapêuticas propostas. Cabe ressaltar que em cada território essa prática se adapta à realidade local e deve considerar aspectos da comunidade, vulnerabilidades sociais, hábitos de vida, aspectos econômicos, entre outros (GUERRERO et al., 2013)

Nos momentos do acolhimento à demanda espontânea no serviço, o residente fazia o registro das necessidades de saúde dos usuários em um livro ata destinado a esta finalidade. Além da identificação prévia do acolhido, eram também registrados o endereço, número identificador da família e agente de saúde, gênero, idade, sinais vitais e comorbidades preexistentes. Após ser avaliado, a partir da escuta sensível e qualificada, o acolhido era encaminhado para o profissional que melhor pudesse ofertar resolubilidade ao caso. Para isso era considerada também a classificação de risco, a fim de organizar a demanda de saúde, bem como proporcionar equidade (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, representa um marco importante na qualificação da gestão e atenção no SUS. Ela nasce da necessidade de transformar os modos de produzir saúde, promovendo práticas mais humanizadas, éticas e participativas. Ao valorizar os sujeitos envolvidos no processo – usuários, trabalhadores e gestores – a PNH reconhece a dimensão subjetiva como essencial na produção do cuidado (BRASIL, 2004).

Diferentemente de concepções limitadas que associam a humanização apenas à cordialidade ou conforto físico, a PNH propõe uma reestruturação profunda na forma de se organizar o trabalho em saúde. Nesse modelo, o cuidado é compreendido

como uma construção coletiva, que envolve diálogo, escuta qualificada, vínculo e corresponsabilização entre os sujeitos (DESLANDES, 2006).

Entre os princípios centrais da PNH estão o acolhimento, a valorização do trabalho e dos trabalhadores, a cogestão, a transversalidade, o protagonismo dos sujeitos e o compromisso com a qualidade. O acolhimento, por exemplo, é entendido como uma diretriz que propõe reorganizar os processos de trabalho a partir das necessidades dos usuários, garantindo escuta, vínculo e resolubilidade (BRASIL, 2006). Trata-se de um dispositivo ético-político que exige disponibilidade dos profissionais para lidar com a complexidade dos sofrimentos e demandas que chegam aos serviços.

A cogestão é outro aspecto central da PNH. Essa diretriz propõe o compartilhamento de decisões entre usuários, trabalhadores e gestores, por meio de espaços como os colegiados gestores, os grupos de trabalho e os fóruns de educação permanente. Dessa forma, busca-se superar modelos hierarquizados e promover uma gestão mais democrática e participativa (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

A transversalidade, por sua vez, rompe com estruturas fragmentadas e verticais ao propor articulações interdisciplinares e intersetoriais, promovendo o diálogo entre diferentes áreas do saber e práticas de cuidado. Ela permite a construção de redes mais integradas e eficazes, voltadas para a integralidade da atenção (MERHY; ONOCKO CAMPOS, 2002).

Apesar da relevância dos princípios da PNH, sua implementação enfrenta obstáculos significativos. A precarização das condições de trabalho, a escassez de recursos, o despreparo para o acolhimento de demandas complexas e a resistência a mudanças institucionais constituem entraves recorrentes à efetivação de uma atenção mais humanizada (DESLANDES, 2006). Soma-se a isso a fragilidade de políticas de educação permanente, que são fundamentais para apoiar transformações no modo de fazer saúde.

Contudo, experiências exitosas em diversas regiões do país demonstram a viabilidade e a potência da humanização. A implementação do acolhimento com classificação de risco nas urgências, por exemplo, reorganiza o acesso aos serviços, priorizando a gravidade do caso ao invés da ordem de chegada, o que amplia a equidade no atendimento (BRASIL, 2006). Iniciativas em saúde mental, como os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), também evidenciam a capacidade da PNH

de fomentar práticas centradas no sujeito, respeitando suas singularidades e promovendo cuidado integral (MERHY; ONOCKO CAMPOS, 2002).

É importante destacar que a humanização no SUS não é um adereço, mas uma diretriz estrutural e transversal que atravessa todas as práticas de atenção e gestão. Ela exige o reconhecimento do outro como sujeito, a escuta como ferramenta de trabalho e a corresponsabilização como ética de atuação (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Por fim, a Política Nacional de Humanização representa uma aposta na potência do encontro humano como centro do cuidado em saúde. Para consolidar seus princípios é essencial garantir condições adequadas de trabalho, fomentar a educação permanente, fortalecer espaços de participação e romper com práticas excludentes e autoritárias. A humanização, como prática ética, política e técnica, é condição para a construção de um SUS mais justo, democrático e efetivo (BRASIL, 2006).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Para atender o percurso investigativo desta pesquisa, o estudo teve como base as ciências sociais da saúde, optando por uma abordagem quantitativa.

Segundo Lakatos e Marconi (2010), a pesquisa quantitativa tem como objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas ou amostras de populações. Para isso utiliza-se de instrumentos fechados que permitem a quantificação do objeto de estudo, tais como: entrevistas, questionários, formulários, e empregam procedimentos de amostragem, conduzindo assim a um resultado com poucas chances de distorção.

4.2 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada no município de Catarina-CE, distante 394 km da capital cearense e com 10.243 habitantes (IBGE, 2023). Atualmente, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Catarina no mês janeiro de 2025, possuía 7 equipes de saúde da família e 7 equipes de saúde bucal, sendo 4 equipes na zona urbana e 3 na zona rural, tendo o município de Catarina 100% de cobertura pela saúde da família (CNES, 2025).

A pesquisa foi realizada com duas equipes de saúde da família que desenvolvem as atividades na sede do município, ESF III e ESF Vila Lagoinha. As unidades contam com uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, um dentista, e um auxiliar de saúde bucal (CNES, 2025).

Importante destacar que a pesquisa não contemplou as equipes que desenvolvem atividades na zona rural, considerando a dificuldade de acesso dos pesquisadores, uma vez que realizam suas ações na sede do município.

As Unidades Básicas de Saúde selecionadas se localizam em territórios diferenciados do ponto de vista sócio econômico, ou seja, a ESF Vila Lagoinha desenvolve atividades em um território que apresenta vulnerabilidades sociais significativas e a ESF III, acolhe uma população que tem uma melhor condição socioeconômico. Todavia, ambas têm apresentado um quantitativo maior de

reclamações, por parte da população, em relação ao atendimento e ao serviço odontológico.

4.3 População e Amostra

Participaram dessa pesquisa, usuários de ambos os sexos, adstritos há pelo menos um ano nas Unidades Básica de Saúde da Família selecionadas, usuários com idade acima de 18 anos e que tenham passado pelo acolhimento. Os critérios de exclusão foram: usuários menores de 18 anos, pessoas com transtornos mentais e ou residir fora da área de abrangência das Equipes de Saúde da Família.

A amostra da pesquisa compreendeu 574 participantes, conforme o quadro a seguir:

Quadro 01 – Amostra da Pesquisa

ESF – UBS	TOTAL DE PESSOAS CADASTRADAS MAIORES DE 18	AMOSTRA
ESF 3	1.452	304
ESF VILA LAGOINHA	904	270
TOTAL	2.356	574

Considerando o total de 2.356 pessoas maiores de 18 anos cadastradas nas equipes ESF 3 e Vila Lagoinha, estimou-se necessário avaliar 574 usuários visando se obter uma amostra com 95% de confiança.

4.4 Coleta e Análise dos Dados

O instrumento de coleta de dados consistiu na aplicação da Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR), (ANEXO 1) na sua forma abreviada, usando a técnica de uma entrevista dirigida.

Segundo Bandeira e Cols (2000) a SATIS-BR constitui um questionário, composto por 44 questões que visam avaliar a satisfação dos usuários com o

serviço de saúde mental. Sua versão abreviada contém 16 questões, sendo 12 quantitativas e 4 qualitativas.

A Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS- BR) foi utilizada na pesquisa no período de janeiro a março de 2025.

4.5 Análise e Discussão dos Resultados

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha do Excel e analisados com o auxílio do Software Statistical Package For Social Science (SPSS), versão 20. Os dados foram apresentados através de quadros e gráficos para uma melhor visualização, interpretação e compreensão da análise da amostra sendo articuladas a literatura pertinente.

4.6 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

Foi encaminhado à secretária de saúde do município de Catarina-CE um pedido de autorização para a realização desta pesquisa (APÊNDICE B), autorizada mediante assinatura do termo.

Esse estudo foi desenvolvido obedecendo à determinação da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que aborda as pesquisas envolvendo seres humanos, na qual incorpora, sob a percepção do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da 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 (BRASIL, 2012).

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, com o número do Parecer 7.277.264, em 09 de dezembro de 2024 (ANEXO 2).

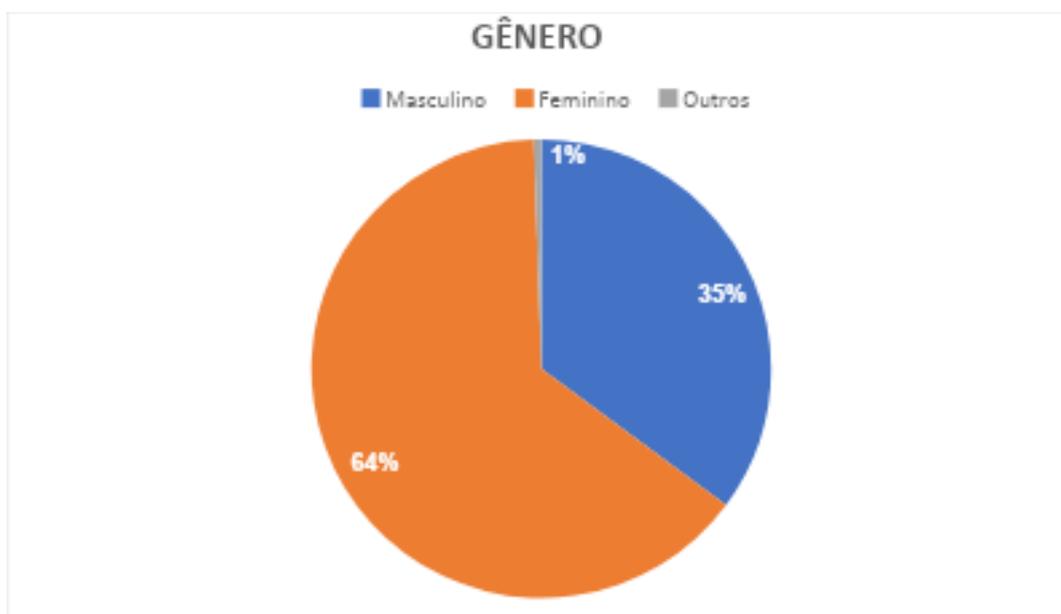
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil dos entrevistados

A pesquisa realizada com os usuários do serviço odontológico no município de Catarina – Ceará trouxe importantes dados sociodemográficos e de percepção sobre o acolhimento e o serviço ofertado pelas equipes de saúde bucal aos munícipes.

O primeiro ponto está relacionado ao perfil dos participantes, onde constatou-se que a maioria é do gênero feminino (64%), seguido por masculino (35%) e outros (1%). Esse resultado encontra respaldo na literatura científica, uma vez que estudos recentes apontam que as mulheres tendem a buscar mais frequentemente os serviços de saúde bucal, seja por fatores socioculturais, comportamentais ou por uma maior percepção das necessidades em saúde.

Gráfico 01. Gênero dos entrevistados



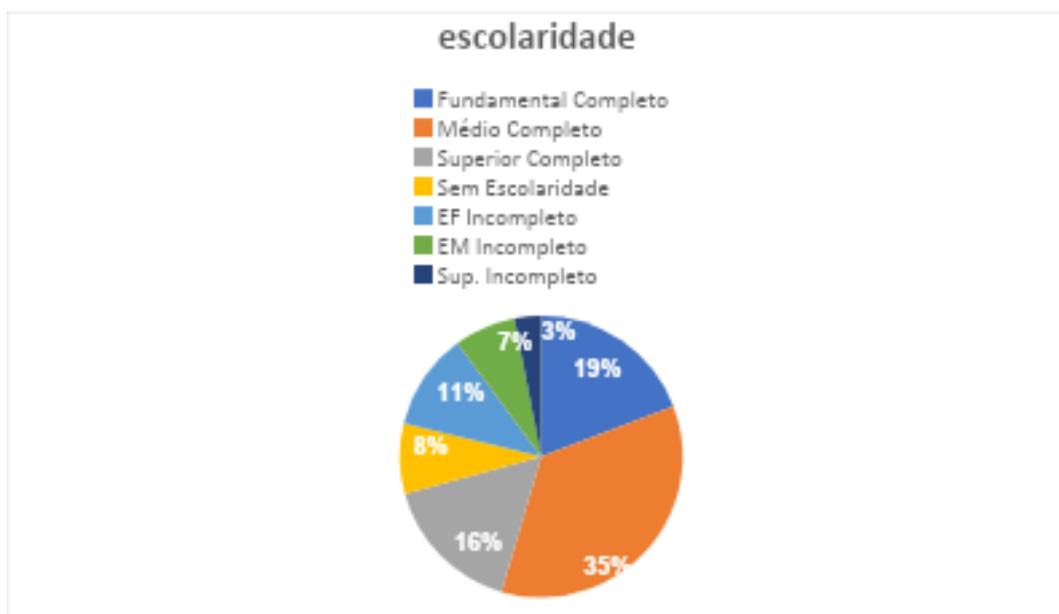
Fonte: Pesquisador (2025)

Silva et al. (2023) identificaram que, entre os pacientes submetidos a tratamento endodôntico na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, 63,61% eram do gênero feminino, reforçando a prevalência feminina no uso desses serviços. De maneira semelhante, Santos et al. (2023), constataram que 60,6% dos pacientes atendidos eram mulheres, atribuindo essa

maior procura à preocupação com a estética, à saúde e à disponibilidade para comparecer às consultas. É necessário destacar a necessidade de mais estudos que abordem a participação de pessoas não binárias e outras identidades de gênero nos serviços odontológicos, tema ainda pouco explorado nas pesquisas atuais e que em nossa pesquisa apresentou o percentual de 0,52%.

Sobre a escolaridade, a maioria dos entrevistados possuem o ensino médio completo (36%), 19% fundamental completo e 16% nível superior completo. Esses dados acompanham estudos recentes, que demonstram que indivíduos com escolaridade intermediária a superior tende a acessar com maior frequência os serviços de saúde bucal, seja pela maior consciência das necessidades em saúde, seja por apresentarem melhor compreensão das orientações recebidas durante o atendimento (MENDES; COSTA, 2023).

Gráfico 02. Escolaridade

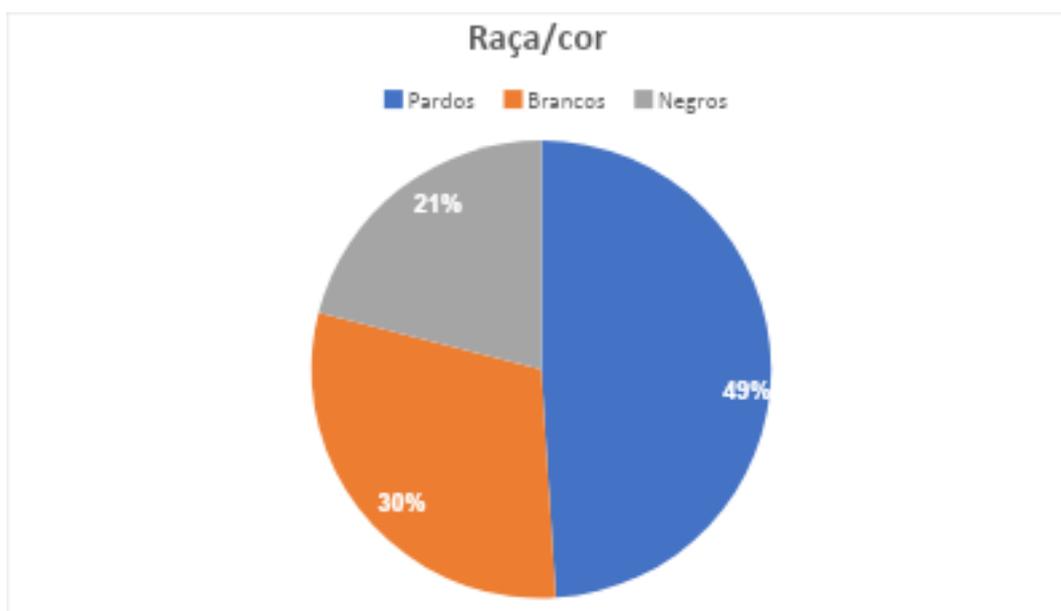


Fonte: Pesquisador (2025)

Além disso, pesquisas destacam que a escolaridade está diretamente associada à percepção da importância do cuidado preventivo, sendo um fator relevante para explicar padrões de uso dos serviços odontológicos (SOUZA et al., 2022). Dessa forma, os resultados deste estudo reforçam que a maior escolarização impacta positivamente na busca pelo cuidado odontológico e no acesso aos serviços de saúde.

Em relação à raça/cor, 49% se autodeclararam pardos, 30% brancos e 21% negros. Esses dados refletem a composição populacional brasileira, marcada pela prevalência de pessoas pardas e pretas, que historicamente enfrentam maiores desigualdades no acesso aos serviços de saúde (IPEA, 2023). Além disso, observa-se que a renda familiar predominante entre os entrevistados foi entre 1 e 2 salários mínimos (60%), enquanto 29,91% possuem renda inferior a um salário mínimo, caracterizando uma população majoritariamente de baixa renda. Estudos apontam que a combinação entre raça/cor e baixa renda está diretamente relacionada à maior vulnerabilidade social e à menor equidade no acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços odontológicos (SANTOS; SOUZA; ALMEIDA, 2022). A literatura também destaca que políticas públicas devem considerar esses recortes sociais para garantir acesso universal e reduzir desigualdades históricas nos cuidados em saúde bucal (PAIM, 2022).

Gráfico 03. Raça/cor



Fonte: Pesquisador (2025)

5.2 Avaliação do acolhimento

Na avaliação do acolhimento em relação ao sentimento de respeito, 60% dos entrevistados afirmaram sempre se sentirem respeitados durante o atendimento, 30% geralmente, e apenas 10% relataram experiências medianas. Pesquisas

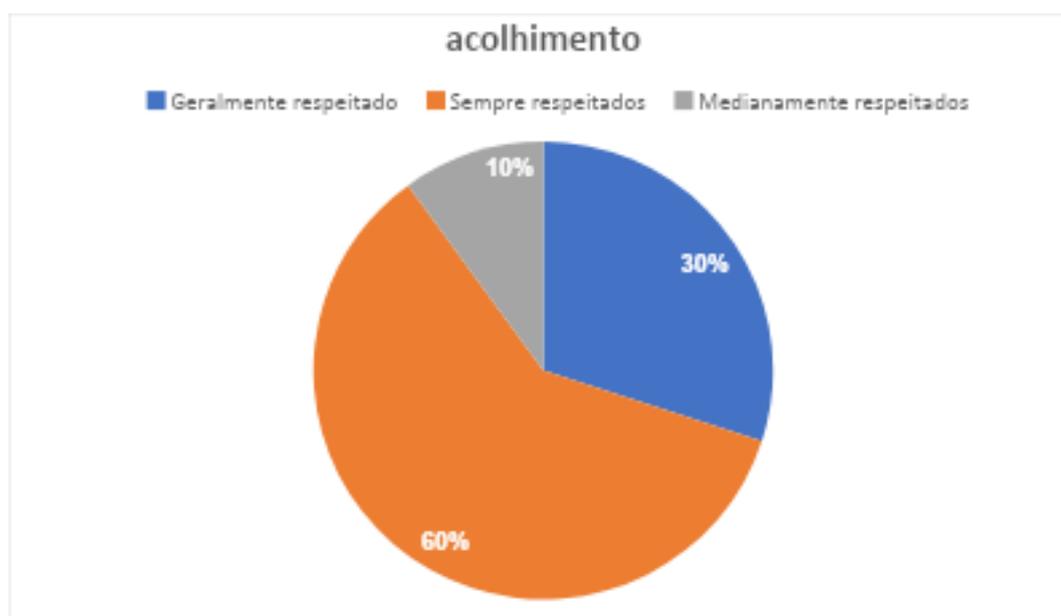
destacam o acolhimento como um dos pilares fundamentais do atendimento em saúde, especialmente no âmbito da atenção básica.

Segundo Franco et al. (2022), o acolhimento não se resume ao ato de receber o usuário, mas envolve escuta qualificada, respeito, vínculo e corresponsabilidade, sendo determinante para a satisfação e para a continuidade do cuidado.

O sentimento de respeito percebido pelos usuários fortalece a relação entre equipe e comunidade, contribuindo para a adesão aos tratamentos e para a construção de confiança no serviço público de saúde (PESSOA et al., 2023).

Dessa forma, os resultados deste estudo reforçam a importância de manter práticas humanizadas e qualificadas no acolhimento, assegurando que os usuários se sintam não apenas atendidos, mas efetivamente respeitados em suas demandas e necessidades.

Gráfico 04. Sentimento no acolhimento



Fonte: Pesquisador (2025)

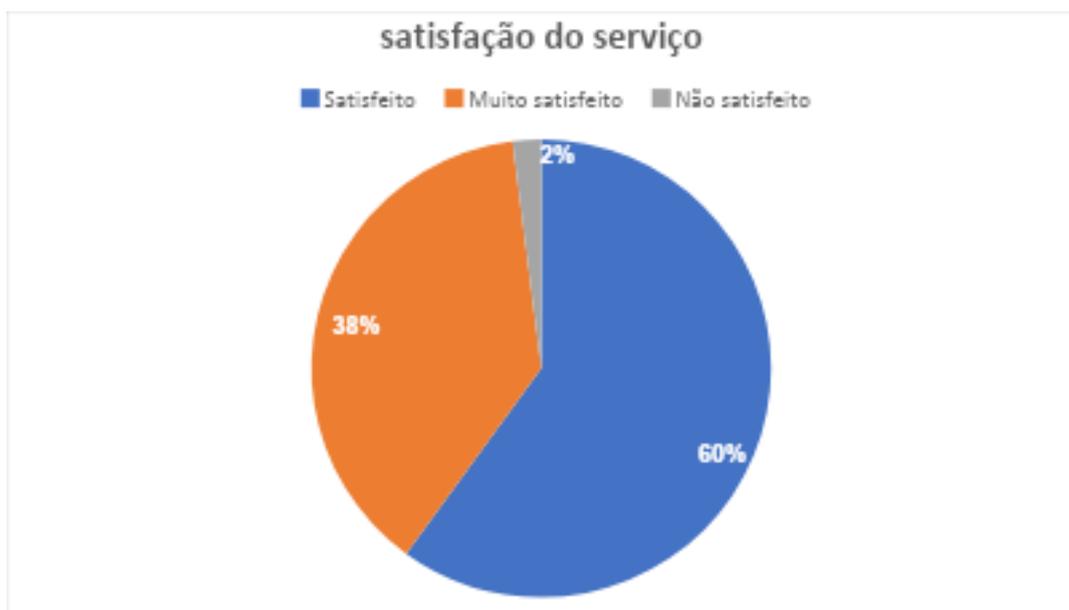
Em relação a escuta, 52% dos participantes se sentiu bastante ouvida pelos profissionais, enquanto 36% afirmaram terem sido parcialmente ouvidos. Esses resultados reforçam a relevância da escuta qualificada como elemento central no processo de acolhimento e atenção em saúde. Segundo Cecílio (2023), a escuta ativa e atenta é fundamental para compreender as necessidades reais do usuário, permitindo não apenas o atendimento das demandas imediatas, mas também o fortalecimento do vínculo e a construção de um cuidado mais humanizado. Além

disso, Franco e Merhy (2022) destacam que ouvir atentamente os usuários não significa apenas captar informações técnicas, mas também reconhecer suas subjetividades, expectativas e contextos de vida, aspectos essenciais para garantir um cuidado integral. Dessa forma, os resultados deste estudo indicam que a equipe odontológica avaliada tem demonstrado boas práticas de escuta, alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e à diretriz da humanização do atendimento.

5.3 Satisfação com o serviço

No que tange à satisfação com os serviços ofertados, os dados revelam predominantemente positivo quanto à percepção dos usuários em relação à qualidade dos serviços, visto que, 65% dos entrevistados relataram ter obtido alguma ajuda, enquanto 35% afirmaram ter recebido ajuda bastante satisfatória. Essa percepção de acolhimento é essencial no contexto dos serviços públicos, especialmente os ligados à saúde, educação ou assistência social, pois aponta para a efetividade do vínculo entre profissional e usuário, principalmente no acolhimento humanizado. Como destaca Cecílio (2012), o acolhimento não se limita à escuta, mas implica em responsabilização e resolutividade diante das demandas apresentadas.

Gráfico 05. Satisfação do atendimento



Fonte: Pesquisador (2025)

Já em relação à satisfação geral com os serviços, os dados indicam que 60% dos respondentes se declararam satisfeitos e 38% muito satisfeitos, enquanto apenas 2% manifestaram insatisfação frequente. Esses resultados reforçam o papel da qualidade percebida como um indicador relevante da efetividade dos serviços públicos. Segundo Donabedian (2003), a satisfação do usuário está diretamente relacionada à qualidade técnica e interpessoal da atenção prestada, sendo um componente fundamental na avaliação dos serviços.

Quanto à competência da equipe, a maioria dos participantes considerou os profissionais muito competentes (61,22%) ou competentes (31,48%), revelando um alto grau de confiança na atuação técnica dos servidores. A competência profissional, segundo Campos (2000), está associada não apenas à formação técnica, mas também à capacidade de trabalhar em equipe, comunicar-se eficazmente e exercer empatia nas relações com os usuários, elementos essenciais para a integralidade do cuidado.

Em relação às condições físicas e ao conforto, os dados demonstram que 52,35% dos entrevistados estavam satisfeitos e 28,52% muito satisfeitos com o conforto oferecido, ao passo que 55,3% consideraram boas e 14,43% excelentes as condições da unidade. A infraestrutura adequada é fator determinante para a dignidade no atendimento ao público e impacta diretamente na percepção de qualidade dos serviços. Como argumentam Mendes e Silva (2020), a ambiência dos espaços públicos deve garantir não apenas funcionalidade, mas também acolhimento, conforto térmico e acessibilidade, contribuindo para a humanização do atendimento.

Portanto, os dados apresentados refletem uma avaliação predominantemente positiva por parte dos usuários, apontando para um cenário de confiança e valorização dos serviços ofertados. Todavia, destaca-se a importância de manter políticas contínuas de formação profissional, melhoria das estruturas físicas e fortalecimento das práticas de escuta ativa, a fim de garantir a sustentação e ampliação desses resultados.

5.4 Percepção de melhoria

Os dados relativos às mudanças sugeridas pelos usuários oferecem importantes subsídios para a gestão dos serviços analisados. As principais demandas se concentraram na ampliação e reforma dos serviços (50%), seguida pela necessidade de aumento no número de profissionais (40%), e, em menor escala, na capacitação contínua das equipes (10%).

A solicitação por melhoria da estrutura física e ampliação dos serviços reflete uma preocupação recorrente da população usuária com a qualidade do espaço e a capacidade de atendimento, elementos que impactam diretamente na dignidade e na resolutividade dos serviços públicos. Segundo Mendes e Silva (2020), a infraestrutura adequada está intrinsecamente relacionada à humanização do atendimento, sendo fundamental para garantir acolhimento e bem-estar. Já a demanda por mais profissionais pode indicar tanto uma sobrecarga das equipes atuais quanto um tempo de espera percebido como elevado pelos usuários. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) alerta que a escassez de profissionais é um dos maiores entraves para a universalização do acesso aos serviços públicos de qualidade, especialmente em regiões com menor cobertura.

Gráfico 06. Percepção de melhoria



Fonte: Pesquisador (2025)

Embora menos mencionada, a sugestão de capacitação contínua (2,96%) evidencia a valorização, ainda que por uma minoria, da educação permanente em saúde como componente essencial da qualificação do serviço. Para Ceccim e

Feuerwerker (2004), a educação permanente em saúde não é apenas uma estratégia de aprimoramento técnico, mas uma forma de transformação das práticas profissionais, fundamentada na problematização do cotidiano e na construção coletiva do saber.

Assim, as sugestões levantadas apontam para um movimento de aperfeiçoamento dos serviços públicos, que deve ser considerado pelas gestões como sinal de um público ativo e interessado na qualidade dos atendimentos que recebe. Ouvir os usuários e incorporar suas sugestões à política institucional é um caminho efetivo para o aprimoramento contínuo da gestão e o fortalecimento da cidadania.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou uma percepção majoritariamente positiva, por parte da população atendida, quanto ao acolhimento e ao serviço odontológico ofertado na Estratégia de Saúde Bucal – ESB, no município de Catarina – CE. Os resultados demonstram que a maioria dos usuários se sente respeitada e ouvida durante o atendimento, ressaltando a postura acolhedora dos profissionais como aspectos centrais da experiência de cuidado.

A competência técnica da equipe também foi reconhecida, o que reforça a relevância de manter investimentos em capacitação contínua e em estratégias de aprimoramento das práticas profissionais.

O perfil socioeconômico revela uma população, em sua grande maioria, de baixa renda e com algum nível de escolaridade.

Apesar do cenário favorável, a pesquisa identificou pontos que demandam atenção por parte da gestão, como a necessidade de melhorias na infraestrutura física das unidades e a ampliação do quadro de profissionais.

Conclui-se que, embora os resultados revelem um serviço bem avaliado e com grau expressivo de satisfação, há necessidades concretas de aprimoramento, como reforma e ampliação dos serviços, aumento no quantitativo das equipes e implementação da educação permanente.

Almeja-se que esse processo possa contribuir para o acesso da população a uma saúde bucal inclusiva, equânime e eficaz, bem como, para o fortalecimento do SUS no município de Catarina-CE.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M. de et al. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. (Org) et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. **Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários em Serviços de Saúde Mental: SATIS-BR**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 49, n. 8, p. 293-300, 2000.
- BAPTISTA, T. W.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de Saúde: a Organização e a Operacionalização do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. Cap. 1. Disponível em:
<http://www6.enasp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Configura%C3%A7%C3%A3oInstitucional.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2025.
- BARRA, S.A.R. **O Acolhimento no Processo de Trabalho em Saúde**. *Serv.Soc. Ver. Londrina*, v.13,n.2,p.119-119,jan/jun.2011.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.
- BELLUSCI, D. G. P. **Programa de Saúde da Família**. São Paulo: Lawbook. 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2. ed.; Brasília, 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988.
- BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. **Dispõe Sobre o Agente Comunitário de Saúde e o Agente de Combate às Endemias**. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento na Atenção Básica: Que Diferença Faz no SUS?** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28).
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Documento Base**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: Saúde Dentro de Casa**. Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente: 10 anos de Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Documento Base**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466/2012, de 12 de Dezembro de 2012**. Brasil, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1583-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.

CAMPOS, G. W. S. et al, **Acolhimento e (Des) Medicalização Social: Um Desafio Para as Equipes de Saúde da Família**. Ciênc. Saúde Coletiva vol.15 supl.3 Rio de Janeiro Nov. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um Método Para Análise e Co-gestão de Coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Educação Permanente em Saúde: Desafio Ambicioso e Necessário**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 161–177, 2004. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100013>

CECÍLIO, L. C. O. **As Necessidades de Saúde Como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 1, p. 9–18, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9018>. Acesso em: 9 maio 2025.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Acolhimento e Vínculo: Elementos Essenciais do Processo de Trabalho em Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, p. 2633–2640, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000005>

CHAVES, S. C. L. et al. **Acesso aos Serviços de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde: Uma Análise a Partir da Pesquisa Nacional de Saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 447–460, 2020.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Simone de; RIBEIRO, José Mendes. **O Sistema Único de Saúde (SUS) aos 20 anos.** *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1693-1703, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9WsMtr6nG9zcy6LPu4Zq9rf/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2025.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS.** 2019. Disponível em <cnes.datasus.gov.br/> Acesso em setembro 2025.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. **Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios.** In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. *Cadernos de Saúde.* Planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p. 11-26. Cap. 2. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/CUNHA,%20J.%20P.%20P./1010>. Acesso em: 3 mar. 2025.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DONABEDIAN, Avedis. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care.** Oxford: Oxford University Press, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Acolhimento em Saúde: Uma Revisão Crítica.** *Saúde em Debate*, v. 46, n. 133, p. 823–835, 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/133>. Acesso em: 9 maio 2025.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; GOMES, M. C. **Acolhimento e Vínculo: Reflexões Sobre a Reorganização da Atenção Básica.** *Saúde em Debate*, v. 46, n. 133, p. 823–835, 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/133>. Acesso em: 19 abril 2025.

FRAZÃO, P. **Epidemiologia dos Cânceres de Boca e Orofaringe: Um Panorama Brasileiro.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, p. 147–152, 2011.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Atenção Primária à Saúde e Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde no SUS: Limites e Possibilidades.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2615–2628, 2015.

GUERRERO, Patricia; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; ANDRADE, Selma Regina de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **O Acolhimento Como Boa Prática na Atenção Básica à Saúde.** *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132–140, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Jt8dZFCrD8Fj684M8grt95Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2025.

HOCHMAN, G. **Reformas, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil (1930-1945)**. *Educ. Rev.*, 25, p. 127-141, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.370>. Acesso em: 6 fev. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Desigualdades Raciais e Sociais no Acesso à Saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/publicacao>. Acesso em: 19 abril 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados: Catarina — CE**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 25 jan 2025.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo, 2010.

LUZ, Nícia Vilela. **A luta Pela Industrialização no Brasil (1930-1952)**. 9. ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1991.

MACHADO, M. A. A. M. et al. **Prevenção em Saúde Bucal no SUS: Avaliação da Escovação Dental Supervisionada**. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 1, p. 1–7, 2008.

MENDES, E.; SILVA, C. L. **Infraestrutura e Humanização nos Serviços Públicos: Um Olhar Sobre o Ambiente Como Parte do Cuidado**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, n. 4, p. 869–878, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000400003>

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2012.

MENDES, L. P.; COSTA, M. R. **Escolaridade e Utilização dos Serviços Odontológicos no Brasil: Uma Análise das Barreiras Percebidas**. *Revista Brasileira de Saúde Bucal Pública*, v. 19, n. 4, p. 215–223, 2023. Disponível em: <https://www.rsbp.org.br/article/view/215223>. Acesso em: 19 abril 2025.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. **A Clínica do Sujeito: Por Uma Clínica Ampliada na Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 2002.

NARVAI, P. C. **Políticas de Saúde Bucal no Brasil: O Caso da Cidade de São Paulo**. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 27, n. 5, p. 356–362, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Working For Health And Growth: Investing in The Health Workforce**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250047>

PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos: Avanços, Desafios e Perspectivas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 6, p. 1923–1932, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/19231932>. Acesso em: 19 abril 2025.

PAIM, JS. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição Para a Compreensão e Crítica** [online]. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndqv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2025.

PESSOA, G. S. et al. **Humanização e Satisfação do Usuário nos Serviços de Saúde: Uma Análise da Percepção de Respeito e Acolhimento**. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 1, p. 112–120, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsc/a/112120>. Acesso em: 19 abril 2025.

PETERSEN, P. E. **Strengthening the Prevention of Oral Cancer: The Who Perspective**. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 33, n. 6, p. 397–399, 2005.

PINHEIRO, Maria do Carmo Buonafina. **Acolhimento Como Diretriz Operacional no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) José Carlos Souto**. 2010. Projeto de Intervenção (Especialização em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Orgs.). **Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina, UFMG, v. 35, 2001. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf. Acesso em: 14 fev. 2025.

PUCCA JR, G. A. et al. **Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges**. *Journal of Dental Research*, v. 88, n. 10, p. 944–948, 2009.

SANTOS, M. F. dos et al. **Caracterização do Perfil dos Pacientes Atendidos na Clínica Odontológica da FUNVIC**, em Pindamonhangaba-SP. *Revista Eletrônica FUNVIC Saúde e Bem-Estar*, v. 4, n. 1, p. 45–52, 2023. Disponível em: <https://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/download/376/288>. Acesso em: 19 abril 2025.

SANTOS, R. F.; SOUZA, M. C.; ALMEIDA, P. L. **Acesso e Equidade nos Serviços Odontológicos no Brasil: Uma Análise das Desigualdades Sociais**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 25, p. e220035, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/e220035>. Acesso em: 19 abril 2025.

SILVA, Maria Cristina da Costa. **Atenção Primária à Saúde: A Estratégia Saúde da Família em Questão**. São Paulo: Hucitec, 2002.

SILVA JÚNIOR, Antônio Pádua da. **Acolhimento na Gestão do Cuidado na Unidade de Saúde da Família Tia Regina do Distrito Sanitário II da Cidade do Recife**. 2012. Monografia (Curso de Pós Graduação em Gestão de Serviços e

Sistemas em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

SILVA, J. B. da et al. **Perfil dos Pacientes Submetidos a Tratamento Endodôntico em uma Clínica Escola de Odontologia no Interior do Estado da Paraíba.** *Archives of Health Investigation*, v. 12, n. 1, p. 102–111, 2023. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/6374>. Acesso em: 19 abril 2025.

SOEIRO, Everton et al, **Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde:** caderno do curso– São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2015. 46p. (Projetos de Apoio ao SUS) ISBN 978-85-66757-68-2.

SOUZA, A. L. de et al. **Relação Entre Escolaridade e Percepção da Saúde Bucal em Usuários do SUS.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 11, p. 4121–4130, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/412130>. Acesso em: 19 abril 2025.

STARFIELD, Barbara. **Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology.** New York: Oxford University Press, 2002.

ZÜGE, Emanoeli. **A Humanização nos Serviços de Saúde: Conhecimento a Prática dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família em Município do RS.** 2012. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: Lume (UFRGS). Acesso em: 15 abril 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Participante

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Sua participação é importante. Leia atentamente as informações a seguir e faça seus questionamentos, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa é intitulada SATISFAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AO ACOLHIMENTO E AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE CATARINA – CEARÁ e coordenada pela Professora Ma. Maria Cláudia de Freitas Lima e o discente Tibério Gomes de Carvalho. A pesquisa tem por objetivo avaliar a satisfação dos pacientes com o acolhimento e o serviço odontológico na Estratégia de Saúde da família, no município de Catarina – CE.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária, o que significa que você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Caso aceite participar da pesquisa você deverá responder um questionário com questões objetivas para marcação de uma resposta.

Os dados e resultados obtidos serão utilizados para fins didáticos, porém será garantido o sigilo da sua identidade, assegurando sua privacidade. A sua participação na pesquisa não acarretará nenhum gasto, uma vez que todo material utilizado será fornecido pelo pesquisador e não será efetuado nenhum pagamento para a compensação de sua participação.

A pesquisa oferece riscos mínimos de constrangimento e dano emocional, pois no decorrer do preenchimento do formulário o participante poderá se sentir desconfortável ao tomar público os sentimentos e recordar momentos e situações difíceis. Será garantido o anonimato quanto aos dados dos participantes. Como benefícios, esse estudo produzirá contribuições importantes para o processo de trabalho no município de Catarina-CE ao explorar a satisfação da população com o acolhimento e o serviço odontológico na ESF. Também contribuirá para a Saúde Coletiva, disciplina que pauta temas como preconceito, discriminação, empatia, humanização no atendimento, acolhimento, clínica ampliada e integralidade do cuidado.

Qualquer dúvida pode entrar em contato com a responsável: Ma. Maria Cláudia de Freitas Lima, professora do curso do Curso de Odontologia - Centro Universitário Christus, por meio do e-mail maria.lima@unichristus.edu.br

Catarina-CE _____/_____/_____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA

APÊNDICE C - Termo de Anuência

Eu, Valéria Rodrigues Cavalcante RG 2002029004818 Secretária de Saúde no município de Catarina-CE, venho por meio deste, informar que autorizo a pesquisador Tibério Gomes de Carvalho RG 337856799 a realizar a pesquisa com o título de: "SATISFAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AO ACOLHIMENTO E DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE CATARINA-CE", cujo objetivo geral é "Avaliar a satisfação dos pacientes com o acolhimento do serviço odontológico nas estratégias de saúde da família, no município de Catarina – CE".

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em Especial a Resolução CNS 466. Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades como Instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem estar.

Catarina - CE, 08 de Outubro de 2024.

Valéria Rodrigues Cavalcante
Secretária de Saúde
Catarina - CE
CPF: 003.159.923-01

Valéria Rodrigues Cavalcante
Secretária de Saúde de Catarina-Ce

ANEXOS**ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO (SATIS-BR)****PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES**

Nome (Opcional): _____

Estado civil: _____

Idade: _____

1. Unidade Básica de Saúde:

 ESF 3 ESF Lagoinha

2. Gênero:

 Feminino Masculino Prefiro não dizer Outro- Qual? _____

3. Escolaridade:

 Sem escolaridade Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Nível superior incompleto Nível superior completo

4. Qual Raça você se identifica?

 Preto (a) Pardo (a) Branco (a) Indígena Outra _____

5. Renda Familiar Mensal (salário-mínimo de R\$ 1.412,00):

 Menos de 1 salário mínimo 1 a 2 salários mínimos 3 a 4 salários mínimos 5 salários mínimos ou mais

PARTE II – DADOS RELACIONADOS A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM O ACOLHIMENTO E COM O SERVIÇO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO CATARINA – CE

Vamos fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação com o (nome do serviço). Importante ler todas as perguntas e todos os tipos de resposta. **Não há respostas certas ou erradas. As respostas serão informadas de acordo com sua opinião pessoal.**

1. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?

- a) Nunca me senti respeitado
- b) Geralmente não me senti respeitado
- c) Mais ou menos
- d) Geralmente me senti respeitado
- e) Sempre me senti respeitado

2. Quando você falou com a pessoa que admitiu você no (nome do serviço), você sentiu que ele/a ouviu você?

- a) Não me ouviu de forma alguma
- b) Não me ouviu bastante
- c) Mais ou menos
- d) Me ouviu bastante
- e) Me ouviu muito

3. Até que ponto a pessoa que admitiu você no (nome do serviço) pareceu compreender o seu problema?

- a) Não me compreendeu de forma alguma
- b) Não me compreendeu muito
- c) Mais ou menos
- d) Me compreendeu bem
- e) Me compreendeu muito bem

4. Em geral, como você acha que a equipe do (nome do serviço) compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?

- a) Não me compreendeu de forma alguma
- b) Não me compreendeu muito
- c) Mais ou menos
- d) Me compreendeu bem
- e) Me compreendeu muito

5. Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo (nome do serviço)?

- a) Parece que eles pioraram as coisas
- b) Não obtive nenhuma ajuda
- c) Não obtive muita ajuda
- d) Senti que obtive alguma ajuda
- e) Senti que obtive muita ajuda

6. Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do (nome do serviço) quando você pediu por elas?

- a) Muito frequentemente
- b) Frequentemente
- c) Mais ou menos
- d) Raramente
- e) Nunca
- f) Eu nunca pedi

7. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no (nome do serviço)?

- a) Muito insatisfeito
- b) Insatisfeito
- c) Indiferente
- d) Satisfeito
- e) Muito satisfeito

8. Você considerou que a equipe do (nome do serviço) estava lhe ajudando?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) Mais ou menos
- d) Frequentemente
- e) Sempre

9. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do (nome do serviço)?

- a) Nada amigável
- b) Pouco amigável
- c) Mais ou menos
- d) Amigável
- e) Muito amigável

10. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do (nome do serviço)?

- a) Muito incompetente
- b) Incompetente
- c) Mais ou menos
- d) Competente
- e) Muito competente

11. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto?

- a) Muito incompetente
- b) Incompetente
- c) Mais ou menos
- d) Competente
- e) Muito competente

12. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do (nome do serviço)?

- a) Muito insatisfeito
- b) Insatisfeito
- c) Indiferente
- d) Satisfeito
- e) Muito satisfeito

13. Como você classificaria as condições gerais das instalações (p. ex. instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)?

- a) Péssimas
- b) Ruins
- c) Regulares
- d) Boas
- e) Excelentes

14. Na sua opinião, o serviço no (nome do serviço) poderia ser melhorado?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

Se SIM, qual a(s) sua(s) sugestão(ões) para melhorar o serviço?

- () Capacitar todos os profissionais de saúde, coordenadores do serviço de saúde, técnicos de apoio e membros do Conselho de Saúde
- () Ampliar/reformar a Unidade de Saúde
- () Promover ações para facilitar o acesso da população ao serviço odontológico
- () Aumentar o número de equipes de saúde bucal
- () Planejar as ações com a participação da população
- () Realizar atividades de educação em saúde, de forma individual e coletiva tanto na unidade de saúde, como nos espaços sociais do território (igrejas, escolas, associações, entre outros).

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SATISFAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AO ACOLHIMENTO E AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE CATARINA - CEARÁ

Pesquisador: MARIA CLÁUDIA DE FREITAS LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84799124.7.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.277.264

Apresentação do Projeto:

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem mostrando significativos avanços desde sua criação na Constituição Federal de 1988. Dentre eles

está o surgimento das Estratégias Saúde da Família (ESF), em 1994, a qual se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde em uma

lógica de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (CAMPOS, 2013).

No Brasil, existe uma constante preocupação voltada para a qualidade no atendimento à saúde, principalmente nos serviços públicos, apontando

para a importância do acolhimento das famílias ligadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo os

profissionais de saúde o compromisso com o envolvimento dos usuários a partir do estabelecimento do vínculo com vistas à promoção da

humanização em saúde. Para se efetivar o princípio da integralidade da assistência em saúde, muitos desafios se apresentam, como por exemplo, a

organização da demanda espontânea, de modo a que se reproduzem situações de superlotação nas unidades de saúde (SILVA JÚNIOR, 2012).

Objetivando equacionar esses desafios, a proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a equipe de saúde, na

identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 7.277.264

acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Isto é importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2006). Inserida nesse contexto, o acolhimento enquanto ato ou efeito de acolher representa uma diretriz que objetiva colocar os princípios da Universalização e Integralidade no cotidiano dos serviços de saúde. O acolhimento está sempre presente em todas as relações de cuidados, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, ocorrendo nos atos de receber e ouvir as pessoas e o que diferencia é a maneira como esse ato ou acolhimento ocorre (BRASIL, 2013). Para fortalecer esse processo, o Ministério da Saúde tem buscado a qualificação técnica-operacional, a partir de diretrizes e políticas que tem o objetivo de fortalecer o cotidiano das práticas de atenção e gestão. Assim, em 2003 nasce a Política Nacional de Humanização, a fim de efetivar os princípios do SUS e apresentando em um de seus dispositivos o Acolhimento (SILVA JUNIOR, 2012). Embasando as afirmações citadas, a Política nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS preconiza o acolhimento como integrante do processo de produção de saúde, podendo ser trabalhado em todo e qualquer encontro no ato de gerar saúde, não sendo um espaço ou local, mas uma postura ética e não se restringindo a recepção da demanda, sendo ferramenta tecnológica relacional através de intervenções na escuta, na construção de vínculos, na garantia do acesso e no aumento da resolutividade, alinhando-se aos princípios de universalidade e Integralidade do Sistema Único de Saúde. Preconiza ainda que colocar o acolhimento como um dispositivo de acionamento da rede de atenção multidisciplinar para resolver os problemas de saúde das pessoas, e não apenas como um ato isolado, requer uma atitude de revisão do cotidiano das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS (BRASIL, 2009). Corroborando com a temática, Pinheiro (2010) descreve que a Política Nacional de Humanização enfatiza a importância da proposta de acolhimento estar articulada com outras propostas, associadas à mudança no processo de trabalho e gestão

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 7.277.264

dos serviços (cogestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direito dos usuários e ações). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem mostrando significativos avanços desde sua criação na Constituição Federal de 1988. Dentre eles está o surgimento das Estratégias Saúde da Família (ESF), em 1994, a qual se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde em uma lógica de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (CAMPOS, 2013). No Brasil, existe uma constante preocupação voltada para a qualidade no atendimento à saúde, principalmente nos serviços públicos, apontando para a importância do acolhimento das famílias ligadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo os profissionais de saúde o compromisso com o envolvimento dos usuários a partir do estabelecimento do vínculo com vistas à promoção da humanização em saúde. Para se efetivar o princípio da integralidade da assistência em saúde, muitos desafios se apresentam, como por exemplo, a organização da demanda espontânea, de modo a que se reproduzem situações de superlotação nas unidades de saúde (SILVA JÚNIOR, 2012). Objetivando equacionar esses desafios, a proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a equipe de saúde, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Isto é importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2006). Inserida nesse contexto, o acolhimento enquanto ato ou efeito de acolher representa uma diretriz que objetiva colocar os princípios da Universalização e Integralidade no cotidiano dos serviços de saúde. O acolhimento está sempre presente em todas as relações de cuidados, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, ocorrendo nos atos de receber e ouvir as pessoas e o que diferencia é a maneira como esse ato ou acolhimento ocorre (BRASIL, 2013). Para fortalecer esse processo, o Ministério da Saúde tem buscado a qualificação técnica-operacional, a partir de diretrizes e políticas que tem o

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 7.277.264

objetivo de fortalecer o cotidiano das práticas de atenção e gestão. Assim, em 2003 nasce a Política Nacional de Humanização, a fim de efetivar os princípios do SUS e apresentando em um de seus dispositivos o Acolhimento (SILVA JUNIOR, 2012). Embasando as afirmações citadas, a Política nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS preconiza o acolhimento como integrante do processo de produção de saúde, podendo ser trabalhado em todo e qualquer encontro no ato de gerar saúde, não sendo um espaço ou local, mas uma postura ética e não se restringindo a recepção da demanda, sendo ferramenta tecnológica relacional através de intervenções na escuta, na construção de vínculos, na garantia do acesso e no aumento da resolutividade, alinhando-se aos princípios de universalidade e Integralidade do Sistema Único de Saúde. Preconiza ainda que colocar o acolhimento como um dispositivo de acionamento da rede de atenção multidisciplinar para resolver os problemas de saúde das pessoas, e não apenas como um ato isolado, requer uma atitude de revisão do cotidiano das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS (BRASIL, 2009). Corroborando com a temática, Pinheiro (2010) descreve que a Política Nacional de Humanização enfatiza a importância da proposta de acolhimento estar articulada com outras propostas, associadas à mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (cogestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direito dos usuários e ações coletivas). Nessa perspectiva, Matumoto (1998) mostra as diversas abordagens acerca do acolhimento que envolvem a organização dos processos de trabalhos, a acessibilidade, vínculo e responsabilização, como instrumento de mudanças e constituintes das relações humanas e de ajuda na humanização do atendimento. Essas diferentes abordagens nos mostram o acolhimento como potente instrumento de atuação nos processos de produção de saúde, atuando nos diferentes aspectos que subjetivam o ser humano, trazendo à tona diretrizes de atuação na produção do cuidado. Em contrapartida, Soeiro et al (2015) afirma que a ausência do acolhimento como dispositivo de orientação e ferramenta de gestão da clínica é um

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 7.277.264

fator que contribui para a insuficiência no acesso a atenção a saúde na atenção básica. Vale salientar que o acolhimento na sua função de identificação das necessidades de saúde, associado aos outros instrumentos da gestão da clínica como a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular e linhas de cuidados possibilita o ato de responsabilização da equipe de saúde com a solução dos problemas do usuário e articulam nesse conjunto de instrumentos da gestão da clínica a integralidade da atenção, ao mesmo tempo que o acolhimento sem estes outros instrumentos torna-se um ato isolado de recepção.

Corroborando com a temática Andrade, Franco, Ferreira (2007) apud Franco et al. (1999) relatam que como diretriz operacional, o acolhimento consiste em uma estratégia para inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, tendo como princípios: garantir acessibilidade e atendimento a todos; reorganizar o processo de trabalho para a equipe multiprofissional que se responsabilize em escutar o usuário com o compromisso de resolver seu problema de saúde; qualificar relação a trabalhador/usuário por parâmetros humanitários, solidários e de cidadania

Assim, de acordo com Barra (2011) a diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos não pode se resumir às unidades básicas, mas deve permear todo o sistema, modulando os demais níveis da assistência (especialidades, urgência, hospitais), as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva.

Ao considerarmos essa linha de processo de trabalho destacamos o acolhimento como dispositivo que poderia funcionar para viabilizar o fluxo de entrada nas ESF, revelando fragilidades e possibilidades, ao mesmo tempo, sendo eixo principal da mudança no processo de trabalho. É uma forma de reorganização a assistência, fortalecendo a interação entre trabalhadores e pessoas sob nosso cuidado, com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional. Nessa compreensão, vale destacar que os profissionais de saúde

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 7.277.264

do município de Catarina ζ CE ao vivenciarem a avaliação do processo de trabalho questionaram sobre o acolhimento do serviço odontológico nas equipes de saúde da família: existe acolhimento nas ESF? Como acontece esse acolhimento? Como é realizado o acolhimento em saúde bucal? E o serviço odontológico realizado pelas equipes de estratégias da saúde da família atende as necessidades dos munícipes?

No entendimento de Silva Júnior (2012), tendo importância singular na produção do cuidado em saúde, o acolhimento se destaca pela capacidade de potencializar o atendimento inicial e refletir na resolutividade da atenção em saúde. Ao atender todos os usuários de forma humanizada e

organizada, podemos reorganizar todo o processo de trabalho, melhorar a relação usuário e trabalhador, conhecer o indivíduo e o território, assim

identificando a maioria dos problemas de saúde existente na comunidade e população.

Face ao exposto, esse projeto tem como objetivo avaliar a satisfação dos pacientes com o acolhimento e o serviço odontológico na Estratégia de

Saúde da família, no município de Catarina ζ CE.

Entendemos que os resultados produzirão pontuações importantes para a (re)organização da rede de saúde, implementação do acolhimento na

ESF, em especial no serviço odontológico. Destaca-se a relevância do projeto por proporcionar ao município a possibilidade de otimizar o processo

de trabalho odontológico de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, direcionando as ações a partir da definição de atribuições e

responsabilidades da gestão, profissionais da ESF, controle social e usuários.

I

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a satisfação dos pacientes com o acolhimento e o serviço odontológico na Estratégia de Saúde da família, no município de Catarina ζ CE.

Objetivo Secundário:

ζ Identificar as variáveis socioeconômicas dos usuários;

ζ Identificar a demanda de usuários nas unidades de saúde da família do município;

ζ Levantar sugestões dos pacientes para melhoria do acolhimento e do serviço odontológico na

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS

Continuação do Parecer: 7.277.264

Estratégia de Saúde da família, no município de
Catarina - CE;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferece riscos mínimos de constrangimento e dano emocional, pois no decorrer do preenchimento do formulário o participante poderá se sentir desconfortável ao tomar público os sentimentos e recordar momentos e situações difíceis. Será garantido o anonimato quanto aos dados dos participantes.

Benefícios:

O estudo produzirá contribuições importantes para o processo de trabalho no município de Catarina-CE ao explorar a satisfação da população com o acolhimento e o serviço odontológico na ESF. Também contribuirá para a Saúde Coletiva, disciplina que pauta temas como preconceito, discriminação, empatia, humanização no atendimento, acolhimento, clínica ampliada e integralidade do cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

trabalho de pesquisa

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

presentes

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2455419.pdf	14/11/2024 17:56:47		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	14/11/2024 17:56:13	MARIA CLÁUDIA DE FREITAS LIMA	Aceito

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS

Continuação do Parecer: 7.277.264

Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_.pdf	14/11/2024 17:53:04	MARIA CLAUDIA DE FREITAS LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_TCLE.pdf	14/11/2024 17:52:14	MARIA CLAUDIA DE FREITAS LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	14/11/2024 17:51:35	MARIA CLAUDIA DE FREITAS LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 09 de Dezembro de 2024

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br