

**Dentist's perceptions
about the binomial user
embracement and access to
ESF in Vila Velha City - ES**

| Percepções do cirurgião-dentista quanto ao binômio acolhimento e acesso à ESF em Vila Velha - ES

ABSTRACT | *Introduction: The inclusion of the Oral Health Team in the Family Health Program (PSF) had the purpose to offer dental services, under the perspective of integral attendance to the population. However, the professional dental education and the curricular structure are not completely structured yet to offer the dentists this new market demand. Objective: reveal the dentists' perception on user embracement and other devices that orient the integral attention on oral health in the health unities of Araçás and Ibes - Vila Velha, ES. Methodology: The data were collected through an interview with the dentists, based on a semi-structured script and their sayings were classified in categories: access, user embracement, employment relationship, user/professional bond and resolution. Results: the difficulty of access was described by the subjects and justified by a limited number of the staff; the interviewed demonstrated a good knowledge on user embracement, but it is still mixed up with the procedure of screening; that the poor employment relationship functioned as a frustration factor, intervening strongly in the user/professional bond, due to the professional turnover; and, lastly, was detected a limited resolution, with serious deadlock in the referred and contra referred system. Conclusion: the results demonstrated that the access represents a great difficulty and that the user embracement has its importance acknowledged by the professionals interviewed. Furthermore, a need of reformulation of the ESF politics, in order to cover the repressed demand attendance who ends up without care, improvement of the employment relationship, besides professional recovery involved to the user's care.*

Keywords | Family Health Program; Health services; User embracement; Oral health.

RESUMO | *Introdução: A inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) teve por objetivo propiciar acesso à população aos serviços odontológicos, sob a perspectiva de atendimento integral. Porém, a formação profissional e as grades curriculares ainda não estão completamente estruturadas para esse novo mercado de atuação do cirurgião-dentista (CD). Objetivo: Desvelar a percepção dos CDs da saúde bucal da ESF acerca do acolhimento e dos dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal nas Unidades de Saúde de Araçás e Ibes, no município de Vila Velha, no Estado do Espírito Santo, Brasil. Metodologia: Os dados foram coletados por uma entrevista com os CDs, seguindo um roteiro semiestruturado, e seus discursos foram classificados em categorias: acesso, acolhimento, vínculo empregatício, vínculo usuário/profissional e resolutividade. Resultados: A dificuldade de acesso foi descrita pelos sujeitos e justificada pelo número limitado de equipes; os entrevistados apresentam uma boa noção acerca do acolhimento, mas ainda confundem com o procedimento de triagem; a precariedade do vínculo empregatício funciona como fator de frustração, intervindo fortemente no vínculo usuário/profissional da ESF, devido à rotatividade profissional; e, por último, foi detectada uma resolutividade limitada, com graves entraves no sistema de referência e contrarreferência. Conclusão: Os achados demonstraram que o acesso representa uma grande dificuldade e que o acolhimento tem sua importância percebida pelos profissionais pesquisados. Acrescenta-se a necessidade de reformulação das políticas da ESF, possibilitando atendimento da demanda reprimida, melhorias no vínculo empregatício e valorização do profissional envolvido com o cuidado do usuário.*

Palavras-chave | Programa Saúde da Família; Serviços de saúde; Acolhimento; Saúde bucal.

¹Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); professora do Programa de Interação Serviço Ensino Comunidade (PISEC) do curso de Medicina do Centro Universitário Vila Velha (UVV), Vitória, Brasil.

²Pós-doutor pela ENSP/Fiocruz; professor de Saúde Bucal Coletiva do curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O presente artigo trata da percepção dos cirurgiões-dentistas acerca do acolhimento e demais dispositivos que orientam a atenção integral na saúde bucal em duas unidades de saúde, Araçás e Ibes, no município de Vila Velha, Estado do Espírito Santo, Brasil.

Os debates internacionais acerca dos modelos assistenciais de saúde, como as Conferências de Alma-Ata (1978) e Otawa (1986), posicionaram a saúde como direito humano fundamental e ainda como meta social mundial¹³. No Brasil, as discussões durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, culminaram com as propostas constantes em seu relatório final, incluídas no texto da Constituição Federal (CF) de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ser entendido como um instrumento de luta no campo da saúde⁹. Após a regulamentação do SUS, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) implantou no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF), com o intuito de reorganizar a rede de serviços de saúde. Devido à complexidade de suas ações, em 2006, o PSF passa a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF fundamenta-se na atenção integral, que deve funcionar de forma humanizada. A humanização é comumente percebida pelos profissionais de saúde e pelos usuários como: tratar o usuário com respeito, carinho, amor, empatia, educação, capacidade de colocar-se no lugar do outro, acolhimento, aceitação do outro, diálogo, tolerância, aceitar as diferenças e, ainda, resgatar a dimensão humana nas práticas de saúde⁹, contribuindo para a resolutividade das ações de educação e promoção da saúde⁸.

Nessa perspectiva, em 2001, para que o acesso aos serviços odontológicos em nosso país passassem por uma reestruturação, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram acrescidas às ESF. Vale ressaltar que a formação do profissional e as matrizes curriculares das universidades em todo o Brasil ainda se encontram muito voltadas para o atendimento em consultório, com uma visão muito tecnicista e uma falta de comprometimento com as demandas sociais; a formação é fragmentada, reducionista/biomédica com foco no trabalho individual¹⁰, havendo um distanciamento de uma construção social entre os trabalhadores da saúde bucal e a sociedade^{2,5,6}.

Nesse contexto, o acolhimento funciona como uma estratégia de receber os problemas dos usuários de forma a resolvê-los de algum modo. Significa dizer que o acolhimento não é uma mera triagem, extrapolando a classificação de riscos que determina a sequência de ações.

Não é apenas uma sala de espera, funcionando como um espaço de encontro onde o conhecimento circula e, ainda, não é uma pré-consulta, devendo haver a integração de trabalhadores e usuários para a construção de projetos terapêuticos individuais e coletivos³. Constituiu-se em um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado envolvidas nas ações dos profissionais de saúde¹⁹.

Diante de todo o exposto, o presente estudo teve como objetivo desvelar a percepção dos cirurgiões-dentistas da ESF acerca do acolhimento e dos dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal nas Unidades de Saúde de Araçás e Ibes, no município de Vila Velha, no Estado do Espírito Santo, Brasil.

METODOLOGIA |

Este estudo priorizou uma abordagem qualitativa, por meio da análise de duas Unidades de Saúde (US) com ESF no município de Vila Velha, ES. A implantação da ESF, em Vila Velha, ocorreu em 2003. Sua cobertura populacional foi de 27%, do EACS de 28% e da saúde bucal de 16%¹⁴.

A US de Vila Nova foi excluída por ser o local de trabalho da pesquisadora, o que poderia favorecer respostas equivocadas, pelo receio de resultar em alguma sanção no atendimento. A US de Barra do Jucu também foi excluída, pois a ESB não se encontra nos moldes da portaria reguladora da saúde bucal do MS.

Dentre as US restantes, as selecionadas foram: a US de Araçás, cuja implantação da ESF se deu em outubro de 2003, constando de três ESBs, e a US do Ibes, cuja implantação ocorreu em abril de 2004, contando com três ESBs. Dessas unidades, os sujeitos foram todos os cirurgiões-dentistas (CDs) das ESBs, totalizando um universo pesquisado de seis CDs.

Os sujeitos foram entrevistados individualmente e apenas pela pesquisadora, com um roteiro semiestruturado. Realizou-se também observação sistemática, cujos resultados foram anotados em um diário de campo e analisados posteriormente. O material empírico foi analisado pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin¹. As categorias definidas foram: acesso, acolhimento, vínculo empregatício, vínculo usuário/profissional da ESF e, por último, resolutividade.

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, registrada com o n.º. 090/09. A Secretaria Municipal de Saúde de Vila

Velha autorizou a realização da pesquisa e, ainda, todos os sujeitos da pesquisa se dispuseram livremente a participar dela, tendo sido entregue e assinado um Termo de Consentimento Informado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO |

Pelas falas dos sujeitos pesquisados, foi possível avaliar a percepção dos CDs acerca dos dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal.

Inicialmente, descreve-se o perfil dos CDs, sujeitos desta pesquisa. Dentre os seis CDs entrevistados das USs selecionadas, três são mulheres e três são homens. A idade varia bastante: um CD de 25 anos, três com idade variando entre 30 e 40 anos e dois na faixa etária dos 50 aos 60 anos. Ao caracterizar a trajetória profissional dos CDs entrevistados, percebeu-se que eles se dedicam à ESF como função, seja exclusiva, seja prioritária, não exercendo atividade no setor privado.

Acesso

O acesso foi avaliado por quatro CDs entrevistados, que o consideraram muito difícil e justificaram tal dificuldade pela desproporção entre o número de ESF para o número de ESB, ou seja, há um número limitado de equipes e baixa cobertura do programa^{11,13,18,21}. A avaliação baixa em relação ao acesso é demonstrada em diversas pesquisas^{16,22}. O CD1 compara o atendimento odontológico com o do médico e o da enfermagem, acrescentando que, no caso da Odontologia, o paciente tem 32 dentes, muitas vezes com 32 necessidades, o que acarreta longos períodos de tratamento. E complementa que, mesmo que trabalhasse 24 horas por dia, ininterruptamente, não daria conta da demanda. Essa ideia também é reforçada pelas falas dos CD2 e 3. Apenas dois CDs entrevistados consideraram o acesso fácil e bom, mas, ao mesmo tempo, ambos se contrapõem, uma vez que, ao serem questionados acerca da demanda reprimida, responderam não ser possível prestar atendimento a todas as microáreas sob sua responsabilidade. Ainda, como outro fator dificultador, encontramos, nos discursos dos sujeitos, a questão do horário de funcionamento das USF, que se choca com o horário de trabalho dos usuários¹³.

Acolhimento

Todos os profissionais entrevistados tinham uma boa noção acerca do acolhimento. Para o CD1, acolher o paciente

seria dar informação, verificar qual a sua necessidade e agendar sua consulta, uma vez que a ESF prioriza prevenção e trabalha com consulta eletiva agendada, porém frisa que a US de Araçás vem funcionando como um miniPAzinho (discurso do CD entrevistado), ou seja, um pronto-atendimento (PA) de menor porte. Em pesquisa semelhante, foi detectado que o acolhimento acabou por favorecer somente o atendimento da demanda espontânea, configurando-se muito mais como um PA para as queixas agudas dos usuários²³. Por outro lado, os usuários não fazem a distinção entre unidades de cuidados básicos e hospitalares, sobrecarregando as USFs, já que buscam atendimento de urgência em vez de procurarem o PA, que é destinado a esses casos. O acolhimento vem sendo manifestado de forma tensa e conflitante¹⁷, funcionando sob condições desfavoráveis, com uma grande demanda e sobrecarga de trabalho²¹, além de uma prática centrada na queixa e com baixa resolutividade¹⁸. No setor da Odontologia das USs pesquisadas, o acolhimento fica a cargo de uma Técnica em Saúde Bucal (TSB), que também fica responsável pelo escovário. Já para o CD2, acolher seria dar uma resposta ao usuário e, para isso, os CDs treinaram as TSBs mostrando como deveriam proceder com o acolhimento dos usuários da US.

Acerca da recepção geral da US do Araçás, o CD2, que já trabalha lá há seis anos, comenta que já passaram mais ou menos dez pessoas por essa recepção, no cargo de atendente, e que essas pessoas são as que deram problemas em outras unidades, em outras secretarias e são remanejadas, são colocadas à disposição e acabam indo trabalhar na recepção da US do Araçás. Permanecem lá por apenas dois, três meses, tratam os pacientes como se fossem o pior inimigo da vida delas e a confusão na recepção se instala. Finaliza dizendo que, apesar de ter capacitação, cursinhos em vários assuntos, nunca é ministrado qualquer curso, capacitação, oficina ou qualquer outra atividade sobre acolhimento, orientando as funcionárias que ficam nas recepções.

Na fala do CD3, acolhimento é apenas a resolutividade das demandas do paciente. Se ele chegar à US e resolver o que ele veio buscar, foi acolhido; caso contrário, não. Já o CD4 observa o acolhimento como um todo, relaciona-o com o tratar o usuário, o indivíduo como um todo, acolhendo-o em todas as suas necessidades, limitadas às condições de trabalho proporcionadas aos profissionais. Para o CD5, é uma atividade que não pode ser confundida com uma simples triagem.

Pela fala de todos os entrevistados, percebe-se que há um entendimento da importância que o acolhimento representa para o serviço, para o profissional e para o usuário, o que está de acordo com achados²¹ que demonstraram que os profissionais reconhecem que o acolhimento amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários do sistema. Sintetizando, os sujeitos relacionam o acolhimento com a atividade de recepcionar, escutar o usuário e encaminhá-lo para o serviço demandado, ou seja, uma forma de orientar e resolver a queixa do paciente.

Vínculo Empregatício

Todos os CDs entrevistados possuem vínculo empregatício de contrato com a CÁRTAS Arquidiocesana de Vitória - entidade civil beneficente de assistência social e de fins não lucrativos, que promove e apoia ações assistenciais voltadas para crianças, adolescentes e população em risco social. Os profissionais são contratados na condição de celetistas, possuem carteira assinada e todos os outros direitos de acordo com a CLT, porém não têm estabilidade, o que, na opinião de todos eles, compromete, e muito, o serviço dentro dos pressupostos da ESF. São descritos sentimentos de vulnerabilidade, de ameaça, de incômodo e frustração.

A precariedade do vínculo atrapalha demais o profissional que, engajado na ESF, coordena ações, propõe projetos e atinge metas, mas, de uma hora para a outra, vê sua equipe desmantelada, tendo que recomeçar do zero tudo que já tinha construído e conquistado, sem contar com o seu próprio emprego. Com mudanças políticas, infelizmente, pode simplesmente não ser mais interessante para a nova gestão manter aquele profissional, e ele é, então, demitido sem nenhuma justificativa. Também para a comunidade é uma grande perda, pois ela se vê, de uma hora para a outra, perdida, sem referencial, tendo mais de uma vez de buscar confiança em um novo atendimento, em um novo profissional. O vínculo com a comunidade é muito abalado pela rotatividade profissional, que ocorre com certa frequência, uma vez que o vínculo empregatício não se dá por concurso para efetivar os profissionais da ESF e assim haver estabilidade.

Em suma, formas de contratação instáveis comprometem a consolidação efetiva da ESF¹², o que é um problema relevante⁷, não permitindo a criação de vínculo entre os profissionais e a comunidade¹³.

Vínculo usuário/profissional da ESF

Para todos os CDs entrevistados, esse é o “grande barato” da ESF, que ainda muitas vezes os motiva a continuar

se empenhando e trabalhando na ESF, mas também é considerado por eles muito difícil, devido à precariedade do vínculo empregatício, à grande demanda reprimida, aos contratemplos em relação à falta de material, à falta de manutenção dos equipamentos e instrumentais, entre outros fatores. Todos, sem exceção, consideram o vínculo com as microáreas atendidas por eles uma conquista por parte deles mesmos, o que está em consonância com a literatura⁴, que posiciona o vínculo como uma conquista, não como um acontecimento imediato, e ainda reforça que, quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, além de uma maior troca de saberes entre trabalhadores de saúde e comunidade.

Os CDs consideram-se amigos dos usuários. São convidados a frequentar residências. Além disso, conhecem todos pelo nome, sabem dos problemas das famílias assistidas, enfim, esse vínculo demandado pelos pressupostos da ESF está de fato funcionando, mas encontra-se abalado pela grande rotatividade profissional, principalmente em momentos de mudanças políticas. Comprovado por outros pesquisadores, a ESF proporciona um vínculo mais forte com os usuários do que os tradicionais centros de saúde^{15,20,22}. Obtém-se confiança sem dificuldades, cria-se um elo comunidade-serviços de saúde e ainda a população se sente amparada, pois está sendo acompanhada sempre¹². Os profissionais entrevistados destacaram atender com zelo, com profissionalismo, com respeito, como o usuário merece.

Resolutividade

Há demanda por procedimentos de especialidades que, na maioria das vezes, ficam sem atendimento. A baixa resolutividade é um achado comum em pesquisas¹⁷, o que compromete toda a assistência odontológica, uma vez que as necessidades demandadas pelos usuários não estão sendo resolvidas. Além deste entristecedor fato, os serviços de especialidades que existem na rede têm funcionado com muito pouca ou nenhuma resolutividade. Há uma espera prolongada, o que acaba por comprometer o dente em tratamento, acaba gerando o retorno do paciente para executar o tratamento mais invasivo e mutilador, a extração. Apesar de ter como referenciar para endodontia e a periodontia, os CDs criticam o sistema de referência e contrarreferência, que é extremamente falho. Tal fato é demonstrado em várias pesquisas, como um retrato nacional. Há falta de vagas para as especialidades e as vagas que existem são utilizadas de forma equivocada. Há casos pontuais de falta de uma rede de referência e contrarreferência oficializada e, ainda, a expansão da rede assistencial de Atenção Secundária e Terciária não acompanhou, no setor odontológico, o cresci-

mento da oferta de serviços de atenção básica^{13,15,20,21}.

O CD2 pontua ser muito frustrante não ter como resolver necessidades protéticas, ortodônticas, entre outras, e ter que encaminhar o paciente para instituições ou consultórios particulares. E acrescenta que a população deveria ter suas necessidades atendidas como um todo. Os entrevistados estão insatisfeitos com o sistema de referência e contrarreferência da rede municipal de serviços (CRE Vila Velha – CEO tipo I), pois não há atendimento de fato, a espera é prolongada, e o tratamento é pouco resolutivo ou até mesmo nada resolutivo. As necessidades demandadas e não cobertas pelo SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE da PMVV são encaminhadas para setores particulares ou, ainda, para instituições de ensino. Alguns exemplos citados pelos entrevistados foram: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Faculdades Integradas Espírito-Santenses (FAESA), Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Clínica de Especialidades Odontológicas Ltda. (CEO), Núcleo Odontológico Especializado Ltda. (NOE), Instituto de Especialidade Odontológica (IEO), Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, Serviço Social da Indústria (SESI), Serviço Social do Comércio (SESC), entre outros.

Ao finalizar a análise do material empírico, constatou-se que a percepção dos CDs acerca do acolhimento e demais dispositivos que orientam a atenção integral na saúde bucal encontra-se em consonância com o verificado na literatura, porém vislumbra-se a necessidade de reformulações no setor odontológico público brasileiro. Percebe-se que houve avanços de fato, no entanto ainda está caminhando de forma muito vagarosa, o que pode ser entendido até mesmo como um negligenciar das necessidades bucais da população em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS |

O atendimento foi descrito por todos os sujeitos com funcionalidade seguindo o protocolo de atendimento da coordenação da ESF do município estudado, demonstrando que não há viabilidade de atender à demanda imposta pela comunidade coberta pela ESF. Em relação ao acesso, percebe-se que ainda há uma grande dificuldade com acesso facilitado para os grupos prioritários e que a demanda espontânea fica sem acesso ao serviço, o que demonstra que não há um aumento do acesso com a implantação da ESF.

O acolhimento é visto pelos CDs como imprescindível para o bom atendimento à comunidade; ainda é confundido

com uma triagem; não há organização dos serviços por meio da política de acolhimento; os significados variam; e o universo pesquisado vê no acolhimento uma esperança de melhorar o acesso aos pacientes.

A precariedade do vínculo empregatício funciona como fator de frustração e comprometimento da dedicação do profissional, além de intervir fortemente no vínculo usuário/profissional da ESF, uma vez que há rotatividade profissional. O vínculo com a comunidade teve um enfoque muito grande, e todos os entrevistados consideram um fator positivo da ESF.

A resolutividade é limitada com baixa ou quase nenhuma funcionalidade do sistema de referência e contrarreferência. Muitas necessidades da população não são cobertas pela PMVV, como prótese, ortodontia, entre outras, o que força o contribuinte a desembolsar dinheiro para concretizar seu tratamento.

Acrescenta-se que, apesar de os CDs estarem insatisfeitos com o vínculo empregatício, a falta de material, falta de manutenção de equipo, de instrumentais e dos ar-condicionados, mudanças políticas que desestruturam todo o conquistado e chefias despreparadas, no geral, todos gostam muito de trabalhar na ESF, acreditam em seus pressupostos e têm expectativa de melhoria. Evidenciam-se alguns pontos relevantes: necessária reformulação das políticas da ESF em relação ao número de ESB comparado com o número de ESF, no sentido de possibilitar atendimento da demanda reprimida; abertura de concursos públicos para CDs para atuarem na ESF, com salários decentes, equiparando-se sempre aos salários da categoria médica, com valorização do profissional; e, finalizando, novos estudos no intuito de traçar novos caminhos a serem seguidos para que o sonho da universalidade do atendimento no SUS seja possível.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Bardin L. Análise de conteúdo: Edição Revisada e Atualizada. Lisboa: Edições 70; 2009.
- 2 - Botazzo C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: Macau MGL. Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Editora Rúbio; 2008. p. 3-15.
- 3 - Cavalcante Filho JB, Vasconcelos SEM, Ceccim RB, Gomes LB. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte

- de novas formas de produzir o cuidado. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2009; 13(31):315-28.
- 4 - Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl.1):1523-31.
- 5 - Emmerich A, Castiel LD. Jesus tem dentes metal-free no país dos banguelas?: odontologia dos desejos e das vaidades. *Hist Cienc Saude Manginhos* 2009a; 16(1):95-107.
- 6 - Emmerich A, Castiel LD. A ciência odontológica, Sísifo e o “efeito camaleão”. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2009b; 13(29):339-51.
- 7 - Gonsalves EMB, Emmerich AO. O processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* 2009; 11(3):44-51.
- 8 - Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Cien Saúde Colet* 2010; 15(1):255-68.
- 9 - Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2009; 13(supl.1):493-502.
- 10 - Moretti-Pires RO. Complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2009; 13(30):153-66.
- 11 - Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Cien Saúde Colet* 2005; 10(sup): 297-302.
- 12 - Oliveira RS, Magalhães BG, Gaspar GS, Rocha RACP, Góes PSA. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* 2009; 1(4):34-8.
- 13 - Passamani JD, Silva MZ, Araújo MD. Estratégia Saúde da Família: o acesso em um território de classe média. *UFES Rev Odontol* 2008; 10(2):37-45.
- 14 - Prefeitura Municipal de Vila Velha. ESF - Saúde da Família. [citado 2008 mar 4]. Disponível em: URL: <http://www.vilavelha.es.gov.br>.
- 15 - Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Sup.1):S69-78.
- 16 - Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal. *Cien Saúde Colet* 2008; 13(1):71-82.
- 17 - Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):53-61.
- 18 - Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(1):75-85.
- 19 - Scholze AS, Duarte Junior CF, Flores e Silva Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface – Comunic Saúde Educ* 2009; 13(31):303-14.
- 20 - Silva VC, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(6):1405-14.
- 21 - Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(sup.1):S100-10.
- 22 - Stralen CJV, Belisário AS, Stralen TBSV, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Sup.1): S148- 58.
- 23 - Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(2):331-40.

Correspondência para/ Reprint request to:

Ana Rosa Murad Szpilman

Rua Desembargador Carlos Xavier Paes Barreto, 380

apto 904 Ed. Praia de Búzios, Mata da Praia

Vitória - ES

CEP: 29065-330

Email: szpanarm@yahoo.com.br