



## Tecnologias do cuidado no contexto da humanização em saúde bucal

Care technologies in the context of humanization in oral health

Tecnologías del cuidado en el contexto de la humanización en salud bucal

Haroldo Castro de Alcantara<sup>1</sup>, Raquel Sampaio Florêncio<sup>1</sup>, Sinara Alves Tomás<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Revisar a literatura científica acerca da utilização das tecnologias do cuidado no contexto da humanização em saúde bucal. **Métodos:** Foi feita uma revisão integrativa realizada em onze bases de dados. Foram selecionados dez artigos, cinco por meio de equação de busca e cinco por meio de busca manual. **Resultados:** Observou-se que oito eram qualitativos e dois quantitativos. Em relação ao cenário de pesquisa, sete artigos abordaram a atenção primária, um a secundária e dois dos estudos foram realizados em instituições de ensino. Evidenciou-se que diversas tecnologias foram utilizadas, dentre as quais: acolhimento, ambiência, clínica ampliada e direito do usuário. **Considerações finais:** Existe pouco conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre Política Nacional de Humanização (PNH) e que estes indicam a falta de metas quantitativas, dificultando o trabalho. Ademais, foi apontado que ainda existe desmotivação por parte dos gestores na implementação da política, pois faltam incentivos financeiros publicados em portarias ministeriais que regulamentam esse tipo de recurso para implantação e custeio. A implementação da PNH ainda é um desafio e requer estratégias científicas e de educação permanente para sua efetivação.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal, Humanização da assistência, Tecnologia.

### ABSTRACT

**Objective:** To review the scientific literature on the use of care technologies in the context of humanization in oral health. **Methods:** An integrative review was carried out in eleven databases. Ten articles were selected, five through search equation and five through manual search. **Results:** It was observed that eight were qualitative and two quantitative. Regarding the research scenario, seven articles addressed primary care, one secondary care and two of the studies were carried out in teaching institutions. user's right. It was evidenced that several technologies were used, among which: embracement, ambience, extended clinic and user's right. **Final considerations:** There is little knowledge on the part of health professionals about the National Humanization Policy (PNH) and that they indicate the lack of quantitative goals, making the work difficult. Furthermore, it was pointed out that there is still lack of motivation on the part of managers in the implementation of the policy, as there is a lack of financial incentives published in ministerial ordinances that regulate this type of resource for implementation and funding. The implementation of the PNH is still a challenge and requires scientific and continuing education strategies for its implementation.

**Keywords:** Oral Health, Humanization of care, Technology.

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza – CE.

## RESUMEN

**Objetivo:** Revisar la literatura científica sobre el uso de tecnologías de cuidado en el contexto de la humanización en salud bucal. **Métodos:** Se realizó una revisión integradora en once bases de datos. Se seleccionaron diez artículos, cinco mediante ecuación de búsqueda y cinco mediante búsqueda manual. **Resultados:** Se observó que ocho fueron cualitativos y dos cuantitativos. En cuanto al escenario de la investigación, siete artículos abordaron la atención primaria, uno la atención secundaria y dos de los estudios fueron realizados en instituciones de enseñanza derecho del usuario. Se evidenció que se utilizaron varias tecnologías, entre las cuales: acogida, ambientación, clínica ampliada y derecho de usuario. **Consideraciones finales:** Existe poco conocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre la Política Nacional de Humanización (PNH) y que indican la falta de metas cuantitativas, dificultando el trabajo. Además, se señaló que aún existe falta de motivación por parte de los gestores en la implementación de la política, ya que faltan incentivos económicos publicados en las ordenanzas ministeriales que regulan este tipo de recurso para su implementación y costeo. La implementación de la PNH sigue siendo un desafío y requiere estrategias científicas y de educación continua para su implementación.

**Palabras clave:** Salud bucal, Humanización del cuidado, Tecnología.

## INTRODUÇÃO

O Brasil Sorridente (política de saúde bucal) tem grande relevância no cenário da implementação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), pois têm como objetivo garantir as ações no que diz respeito tanto a promoção, prevenção até e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, configurando-se como fundamental para a qualidade de vida da população brasileira. A política visa ainda a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico por meio do SUS (BRASIL, 2022; BRASIL, 2018).

Para a efetivação dessas ações, é necessário que população, gestores e profissionais da saúde trabalhem de forma articulada, de modo que haja a discussão das principais necessidades em saúde bucal, levando em consideração as demandas de infraestrutura e processos de trabalho desenvolvidas nas unidades de saúde que oferecem atendimento odontológico (AZEVEDO S, et al., 2022; BRASIL, 2018).

Em relação aos processos de trabalho, sabe-se que este deveria ser pautado na articulação das tecnologias do cuidado, sejam elas: leve, leve-duras ou duras. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais, sendo o processo especialmente transversalizado pelas tecnologias relacionais (MERHY EE, 2005).

Embora o cenário atual ainda requeira inserção desse tipo de cuidado na prática, observa-se que há um movimento na formação diferenciada de profissionais da saúde bucal. Verificam-se ações pedagógicas na graduação abordando aspectos de atenção à saúde de forma humanizada, com foco na integralidade da atenção, bem como em experiências acadêmicas em cenários diversos para a formação do trabalhador em saúde (VARGAS KF, et al., 2020).

Essas ações são essenciais, uma vez que estudo sugere que falhas éticas podem ter relação com o conteúdo ministrado na graduação dos profissionais, na qual predominava a prática curativa com foco nas questões técnicas de ensino e pouca ênfase em humanização, prevenção e promoção de saúde (CAMARGO FD, et al., 2019).

A formação humanizada e o cuidado humanizado emergem como pautam, pois, diversos são o relato de insatisfação relacionada a atenção a saúde de maneira geral, bem como relacionada à saúde bucal. Em virtude disso, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual objetiva implementar os princípios que o SUS visa para o cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de administrar e cuidar. Como estratégia de fortalecimento do sistema público de saúde, seu propósito é o de contribuir para a melhoria da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da humanização como

política que transversaliza por toda a rede, afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão e a ampliação do processo de corresponsabilização entre trabalhadores gestores e usuários no processo de gerir e cuidar (CAMPOS RG, 2015; BRASIL, 2004). Em relação às políticas anteriores, traz a preocupação com a qualidade da clínica associada à gestão com ênfase tanto aos usuários, quanto aos trabalhadores (BRASIL, 2010).

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde, sendo necessária a utilização de tecnologias do cuidado para efetivação da proposta. No entanto, percebe-se carência de estudos de revisão sobre tecnologias do cuidado utilizadas no contexto da humanização em saúde bucal. As revisões versam em sua maioria sobre aspectos específicos, tais como: desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal, integralidade no atendimento odontológico no cenário da mulher em situação de violência, humanização em saúde e odontologia, entre outros, não articulando as tecnologias do cuidado com as diretrizes da humanização (SOARES YO, et al., 2022; CARNUT L, et al., 2017; CARNEIRO NETO JN, et al., 2014).

Diante disso, o objetivo desse trabalho é revisar a literatura científica acerca da utilização das tecnologias do cuidado no contexto da humanização em saúde bucal.

## MÉTODO

Esse é um trabalho de revisão integrativa, que seguiu os passos definidos por Mendes KDS, et al. (2017), cujo período da seleção dos artigos foi de junho a julho de 2022.

### Definição da pergunta de revisão

De modo a nortear a busca, uma questão de pesquisa foi elaborada, utilizando a estratégia PICO (População, Interesse e Contexto): P – Saúde bucal; I – Tecnologias do cuidado; Co - Humanização. Justifica-se essa estratégia, pois o acrônimo possibilita uma busca mais efetiva, com uma questão de pesquisa esclarecedora e direcionada para o objetivo do estudo. Assim, a estratégia permitiu formular a seguinte questão: Quais evidências acerca da utilização das tecnologias do cuidado no contexto da humanização em saúde bucal?

### Busca e seleção dos estudos primários

Realizou-se a busca nas seguintes fontes de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), via National Library of Medicine (PubMed), MEDLINE via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via BVS; Base de Dados de Enfermagem (BDENF) via BVS; Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO) via BVS; Coleção SUS (via BVS); Scientific Electronic Library Online(SCIELO); Web of Science; Scopus; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

Para a seleção dos vocabulários controlados, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), o Medical Subject Heading (MeSH) e o MH Exact Subject Heading (vocabulário CINAHL). Por ser uma temática ainda incipiente, também foram incluídas palavras-chave (vocabulários não controlados) para melhor direcionamento da busca. As palavras/descriptores foram utilizadas nos idiomas português e inglês a depender da fonte de dados.

Para compor a equação de busca e realizar cruzamentos entre esses vocábulos, os operadores booleanos AND e OR foram inseridos na estratégia. A equação de busca para cada base e o quantitativo de publicações identificadas inicialmente, encontra-se no **Quadro 1**.

**Quadro 1** – Descrição das equações de busca segundo as fontes de dados.

Fonte	Equação de busca	Quantitativo
Medline (via BVS)	(dentista OR odontologia OR "equipe de saúde bucal" OR "saúde bucal" OR "cuidado oral" OR "saúde oral" OR "atenção odontológica" OR "dentista e unidade de saúde" OR dentist OR dentistry OR "oral health team" OR "oral health" OR "oral care" OR "dental care" OR "oral health care" OR "dentist and health unit")AND  (tecnologia OR "portal eletrônico" OR portal OR "site de saúde" OR "portal de internet" OR technology OR "eletronic portal" OR website OR "health website" OR site OR "electronic portal technology" OR "internet portal" OR "web portal" OR software OR aplicativo OR "e-health" OR "m-health") AND  (humanização OR "humanização em odontologia" OR "política de humanização" OR "política nacional de humanização" OR "acolhimento" OR "ouvidoria" OR "escuta qualificada" OR humanization OR "dental humanization" OR "humanization policy" OR "national policy of humanization" OR "humanization in the dental office" OR "humanization in dental office" OR "receive" OR "ombudsman" OR "qualified listening")	545
Lilacs (via BVS)	Idem a anterior	43
BDENF (via BVS)	Idem a anterior	14
BBO (via BVS)	Idem a anterior	11
Coleciona SUS (via BVS)	Idem a anterior	01
Pubmed	("oral health team" OR "oral health" OR "oral care" OR "dental care" OR "oral health care" OR "dentist and health unit") AND(technology OR "eletronic portal" OR website OR "health website" OR "electronic portal technology" OR "internet portal" OR "web portal" OR software OR aplicativo OR "e-health" OR "m-health")AND (humanization OR "dental humanization" OR "humanization policy" OR "national policy of humanization" OR "humanization in the dental office" OR "humanization in dental office" OR "receive" OR "ombudsman" OR "qualified listening")	441
Scielo	Idem ao anterior	01
Web of Science	Idem ao anterior	72
Scopus	Idem ao anterior	70
Cinahl	Idem ao anterior	152

**Fonte:** Alcântara THC, et al., 2023.

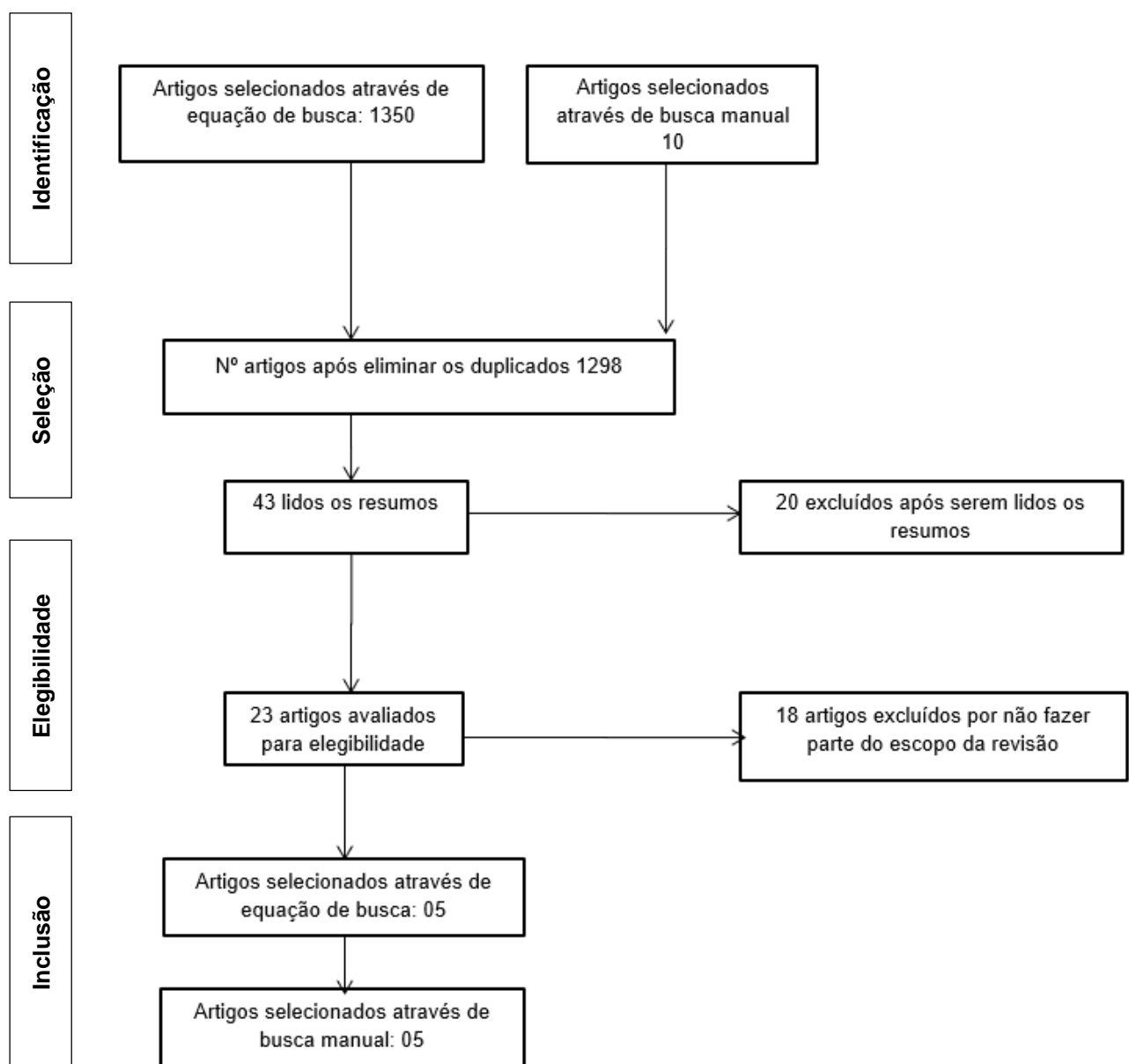
Também foram feitas buscas manuais através do Google Scholar e de portarias e publicações do ministério da Saúde. Desse modo, foram acrescentadas cinco publicações, as quais foram lidas por completo para fazer parte do quadro final da revisão. Como critérios de inclusão elencaram-se: artigos que versaram sobre princípios da PNH, relacionadas a Equipe de Saúde da Família (ESF), Equipe de Saúde Bucal (ESB), ou serviços de referência no Brasil, ou ainda na Atenção primária em outros países. E, de exclusão, estudos que

avaliaram somente o acesso a ações básicas de saúde, e os artigos que foram publicados antes do lançamento da PNH no Brasil.

Assim, através da equação de busca, identificou-se um total de 1350 artigos. Destes, 52 foram excluídos por serem duplicados, restando 1298. A partir da leitura dos títulos, foram selecionados 43 artigos. Após leitura dos resumos, foram eliminados 20.

Dos 23, restantes foram eliminados 18, por não fazer parte do escopo da revisão, sendo selecionados cinco no total pela equação de busca. A estes se juntaram mais cinco por meio de busca manual, sendo selecionados um total de 10 artigos. Estes foram analisados para esta revisão e o seu processo de seleção encontra-se no fluxograma da **Figura 1**.

**Figura 1 – Fluxograma PRISMA.**



**Fonte:** Alcântara THC, et al., 2023.

### Extração de dados dos estudos primários

A coleta de informações dos artigos selecionados para a revisão foi realizada a partir de um instrumento com questões relacionadas a aspectos gerais (identificação do artigo, autor, ano, revista), método (tipo de estudo, contexto, técnica de coleta de dados, nº de participantes, idade, sexo, nível de evidência), tipos de tecnologias, uso de tecnologias, aspectos sobre humanização.

O nível de evidência representa a qualidade dos resultados científicos e a confiança na informação utilizada. Para esse estudo, adotou-se o nível de classificação da evidência em: nível 1 - revisão sistemática ou metanálise; nível 2 - ensaio clínico randomizado controlado; nível 3 - ensaios clínicos sem randomização; nível 4 - estudos de coorte e caso-controle; nível 5 - revisão sistemática de pesquisas descritivas e qualitativas; nível 6 - único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 - opinião de autoridades e/ou relatório de especialistas (MELNYK BM, 2005).

### Avaliação crítica dos estudos primários

Esta foi feita de acordo com os critérios de Stilwell SB, et al. (2010), contemplando revisão sistemática ou metanálise até opinião ou consenso. Assim, cada um dos artigos inseridos na revisão foi criteriosamente lido e classificado com base em seu método.

### Síntese dos resultados da revisão

Os dados extraídos foram categorizados a partir de aspectos visualizados no instrumento de coleta de dados, enfatizando o uso de tecnologias do cuidado e a política de humanização. Ademais as características foram descritas de forma quantitativa e qualitativa.

### Apresentação da revisão

A revisão integrativa permite que seja realizada a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências sobre um assunto específico para a composição do estado atual do conhecimento do tema investigado, bem como a identificação de lacunas, direcionando para futuras pesquisas (MENDES KDS, et al., 2017). Esta revisão foi apresentada de forma textual, com auxílio de quadros, figuras e tabelas para melhor compreensão das informações.

Por se tratar de uma revisão integrativa, as normas brasileiras dispensam comitê de ética, uma vez que as informações dos artigos são de domínio público, conforme estabelecem a Resolução CNS Nº 466, de 12 - Ministério da Saúde e a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 - Ministério da Saúde.

## RESULTADOS

De acordo com o **Quadro 2**, os estudos foram descritos a partir de características gerais e metodológicas. Assim, caracterizaram-se os artigos em relação aos autores, título, ano, revista, tipo de estudo, população/contexto, idade/sexo e nível de evidência.

Quanto ao ano de publicação do estudo, observou-se que 2014 foi o ano que mais apresentou artigos na temática (três), em seguida, o ano de 2018 apresentou dois estudos e todos os outros anos apresentaram um artigo (2009, 2010, 2011, 2015 e 2021).

Houve uma variedade de revistas que publicaram sobre o tema e a grande maioria era de estudos qualitativos (oito) e realizaram pesquisas por meio de entrevistas ou grupo focal. Em relação ao cenário de pesquisa, sete artigos abordaram a atenção primária, um a secundária e dois dos estudos foram realizados em instituições de ensino.

No que diz respeito ao **Quadro 3**, este apresentou a relação entre as tecnologias do cuidado e diretrizes da política nacional de humanização. Assim, verificam-se que as diretrizes mais citadas foram: acolhimento (nove estudos), direito do usuário (quatro estudos), ambiência (dois estudos) e clínica ampliada (dois estudos).

**Quadro 2** – Descrição dos artigos selecionados na revisão integrativa

n	Autor	Ano	Revista	Tipo de estudo	População/Contexto	Idade/Sexo	Nível de evidência
A1	Rodrigues MP	2015	Revista Espaço para saúde	Qualitativo	Estudo de coleta de dados em que se incluiu 107 discentes da Faculdade de odontologia da Universidade Federal do Rio grande do Norte.	Discentes 19 e 22 anos (Média: 26) Docentes – Média de 34 anos	6
A2	Silva RR	2018	Faculdade de Odontologia Universidade Federal de Minas Gerais	Qualitativo	Grupos focais divididos em 03 categorias cada uma com 06 membros constando de: professores da faculdade, estudantes e funcionários de atividades administrativas.	-	6
A3	Stolee P	2021	BMJ OPEN	Qualitativo	Idosos usuários da atenção primária em três províncias canadenses.	-	6
A4	Penna CMM	2014	Rev Min Enferm.	Qualitativo	13 profissionais de saúde da ESF.	-	6
A5	Coelho MO	2009	Rev. Ciência & Saúde Coletiva	Qualitativo	70 trabalhadores das UBS e 30 usuários; divididos em 03 grupos: Grupo I (47); grupo II (23); grupo III (30).	-	6
A6	Graff VA	2018	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Qualitativo	Entrevista com 11 cirurgiões dentistas de unidades básicas de saúde em Porto Alegre.	08 mulheres e 03 homens. Idade entre 32 e 56 anos	6
A7	Pinheiro PM	2011	Interface	Qualitativo	Entrevista com 16 cirurgiões dentistas.	-	6
A8	Soares ÉF	2014	Trabalho, Educação, Saúde	Qualitativo	Entrevistas com 23 pessoas por meio de grupo focal.	-	6
A9	Silva JM	2010	Cad. Saúde Pública	Quantitativo	Entrevistas com 43 médicos, 43 enfermeiros e 43 cirurgiões-dentistas.	Entre 26 e 46 anos / 66,7% (sexo feminino) e 33,3% (sexo masculino)	6
A10	Oliveira JR	2014	Rev. Soc. Bras. Clin. Med.	Quantitativo	Questionário com 218 usuários do CEASC-Unifenas BH.	Mulheres 68% Homens 32%	6

Fonte: Alcântara THC, et al., 2023.

**Quadro 3 – Diretrizes da Política Nacional de Humanização.**

Nº	Acolhimento	Ambiência	Direito do usuário	Clínica Ampliada
A1	Essa diretriz aponta que os docentes, realizam, em geral, um bom acolhimento, porém há relatos de desconhecimento parcial por parte dos discentes.	Nas falas dos alunos e usuários, identificou-se que precisa ser melhorada.	Nas falas dos alunos e usuários é inserida como acessibilidade, e precisa ser melhorada.	Elemento não evidenciado.
A2	Na pesquisa, foram focados temas e ressaltados nessa diretriz por: Professores, alunos e funcionários da faculdade destacam: “Ouvir o paciente”; professores destacam ainda: “Acolhimento” e os estudantes: “empatia”.	Elemento não evidenciado.	Os estudantes e funcionários focaram em: falta de informação por parte do usuário e vê como Favor ser atendido; os professores focam no tema Expor o paciente.	Professores e estudantes não focaram em nenhum tema; os funcionários focaram em: Falta “informar o usuário”, “Orientar o usuário”, “falta de respeito ao usuário”, em sua privacidade.
A3	Elemento não evidenciado.	Elemento não evidenciado.	Elemento não evidenciado.	Somente é focada a discussão com os pacientes idosos sobre o seu tratamento, e sua opinião como também do cuidador.
A4	Ressalta essa diretriz como estratégia para o acesso a partir dos discursos de profissionais da ESF; formação de vínculo, com os pacientes (empatia).	Elemento não evidenciado.	Elemento não evidenciado.	Elemento não evidenciado.
A5	Percepção dos usuários e trabalhadores quanto ao acesso, acolhimento e vínculo como tecnologia leve.	Elemento não evidenciado.	Elemento não evidenciado.	Elemento não evidenciado.
A6	Foram entrevistados cirurgiões-dentistas da APS e trouxeram aspectos voltados ao acolhimento do usuário.	Elemento não evidenciado.	Diálogo entre usuário e profissional, os quais busca a pactuação de um plano terapêutico compartilhado.	Elemento não evidenciado.
A7	Uso de tecnologias leves de acolhimento e vínculo na prática do dentista, no PSF.	Elemento não evidenciado.	Elemento não evidenciado.	Elemento não evidenciado.
A8	Grupo focal, com trabalhadores das ESF, e retratada a diretriz acolhimento.	Elemento não evidenciado.	Elemento não evidenciado.	Elemento não evidenciado.
A9	Foi retratada a diretriz acolhimento, foram feitas entrevistas com 129 membros das ESF, entre médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros. O estudo utilizou formulários do projeto AMQ na coleta de dados.	Elemento não evidenciado.	Elemento não evidenciado.	Elemento não evidenciado.
A10	Houve a percepção de que a diretriz acolhimento no serviço de saúde que é oferecida pela atenção especializada visa atender os princípios norteadores da política de humanização.	Um dos focos da pesquisa com 218 usuários do CEASC-Unifenas BH, foi a ambiência.	Direito dos usuários, informações sobre a saúde do paciente e a necessidade de acompanhante para as consultas.	Elemento não evidenciado.

Fonte: Alcântara THC, et al., 2023.



A pesquisa retrata várias tecnologias usadas no tema Humanização, tais como: “escuta qualificada”, “empatia do usuário pelo profissional”, “vínculo”, as quais estão inseridas na diretriz acolhimento. A discussão do plano terapêutico pelo profissional também aponta esta, inserida na diretriz direitos dos usuários e foi vista de forma positiva, porém se relatou a deficiência na acessibilidade, as falhas na comunicação e a não visualização da saúde como direito e sim como “favor”, isso como parâmetro negativo nessa diretriz. A diretriz ambiência é relatada de forma negativa nos estudos. Percebe-se que as publicações relatam de forma limitada a diretriz clínica ampliada, mas se verifica que essa foi discutida entre profissionais e usuários dos serviços para identificação de suas necessidades, bem como usuários e cuidadores devem estar inseridos na discussão do tratamento.

## DISCUSSÃO

A diretriz focada por Stolee P, et al. (2020), é a “Defesa dos direitos do usuário”. Apesar de muitos profissionais de saúde e gestores não estarem acostumados com a participação ativa de usuários idosos nas tomadas de decisões, estes também podem participar, e isso pode trazer benefícios. Assim o tratamento focado no paciente, este é discutido com ele, seu cuidador e a família.

Ademais, Stolee P, et al., (2020), avaliaram a triagem de risco, engajamento do paciente e tomada de decisões compartilhada e coordenação do tratamento com suporte tecnológico. As intervenções focaram em envolver e auxiliar pacientes e cuidadores das famílias para melhorar a experiência do tratamento, assim como sua qualidade de vida no geral.

Ao focar em idosos e seus cuidadores, verificou-se que estes têm suas próprias necessidades ou preferências, porém, muitas vezes, não possuem a oportunidade de participarem totalmente nas decisões do tratamento ou do planejamento do cuidado (STOLEE P, et al., 2020).

Pinheiro PO, et al. (2011) relatam, ao analisar entrevistas com cirurgiões dentistas, em que se observa a importância do uso das tecnologias como o “acolhimento e vínculo” no processo de trabalho do odontólogo para a humanização da sua prática. Tanto em entrevistas como nas falas observadas, fica perceptível que há maior valorização desse tipo de tecnologia leve na relação interpessoal estabelecida entre o profissional e o usuário. Há também o relato sobre a sua ausência e a necessidade de maior utilização do acolhimento e vínculo no dia a dia do serviço.

Segundo Pinheiro PO, et al. (2011), as tecnologias leves são instrumentos fundamentais para transformação das práticas no contexto da saúde. Nesse sentido, a ESF é necessária, pois possibilita maior desenvolvimento e atuação dessas tecnologias relacionais. Assim, na tentativa de adequar efetivamente o trabalho da ESB, o odontólogo tem buscado fazer maior uso das tecnologias, tais como o acolhimento e o vínculo, dando uma maior importância à construção da relação entre ele e o usuário do sistema.

Há ainda relatos sobre o a construção do vínculo e há um destaque para a prática das visitas domiciliares, relevante meio de aproximação do profissional com a realidade vivenciada por aquele que utiliza a ESF, por meio da produção da relação de amizade e confiança com base no vínculo (PINHEIRO PO, et al., 2011).

Ao realizar entrevistas com os Cirurgiões dentistas das ESF, há evidências que estes se deparam com a falta de infraestrutura no que se refere à falta de transporte para as visitas. A falta de tempo para outras atividades, devido à grande demanda existente e ao pequeno número de profissionais contratados também é relatado. Assim, percebe-se também a influência da organização do trabalho do cirurgião-dentista dentro dos centros de saúde da família sobre a produção das tecnologias do cuidado. Em consequência, o cirurgião-dentista acaba concentrando seu trabalho no consultório odontológico, o que dificulta o vínculo (PINHEIRO PO, et al., 2011).

Diante de todas essas adversidades, deve-se ratificar que a ESF reforçou a relevância do vínculo como facilitador das relações e do processo de trabalho em cada Centro de Saúde da Família, sendo essa questão também observada na odontologia, pois se percebe uma maior presença desse tema nas falas e nas discussões trazidas pelos profissionais da saúde bucal (PINHEIRO PO, et al., 2011).

Em seu estudo, Rodrigues MP, et al., (2015), analisaram, por meio de entrevistas, a percepção de usuários, discentes e docentes sobre a humanização, indo desde o acolhimento, ambiência, acessibilidade até os efeitos gerados na relação professor-aluno que ocorrem nas clínicas multidisciplinares do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), situado na região Nordeste do Brasil. Para usuários e discentes, foi utilizado um “questionário auto-aplicável”, para os docentes um “caso simulado”. Ainda foi utilizada a “observação direta” com os docentes e discentes. No referido estudo, os alunos confundem o que seja acolhimento preconizado pela PNH, com falta de informação dada aos usuários.

Silva RR (2018), em estudo com grupos focais, estes divididos em professores, funcionários e estudantes da faculdade de odontologia da UFMG, dentre as falas dos grupos (Estudantes, funcionários e professores) o maior destaque se deu em todos os grupos para as falas: “Ouvir o paciente”; “falta de informação”; “favor em ser atendido”, essas as falas mais citadas.

Constata-se que mesmo após as mudanças promovidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, e após a inserção da PNH, a desumanização se torna uma realidade na prática clínica à medida que o professor dita ao aluno que a não realização do atendimento ou procedimento acarretará prejuízo em seu aprendizado ou mesmo a sua reprovação (SILVA RR, 2018).

Em seu relato, Coelho MO e Jorge MSB (2009) observaram ser rotineiro que, na chegada dos usuários aos centros de saúde da família, esses dirigirem-se à recepção, confirmam o tipo de atendimento, e ficam esperando nos corredores, sentados ou muitas vezes em pé e, ao serem atendidos, irem embora. Portanto, não se verifica qualquer tipo de acolhimento que estabeleça vínculo entre usuários e trabalhadores da saúde.

Dessa forma que ocorre, é um atendimento e atenção baseados apenas na relação queixa-conduta, tornando automático o contato entre trabalhadores e usuários e valorizando tão e somente a doença. Assim, tem como consequência o não estabelecimento do vínculo nem do acolhimento, tão fundamentais e que permitem, efetivamente, a responsabilidade pelas ações de saúde (COELHO MO e JORGE MSB, 2009).

Sob diversos aspectos em que se pode falar sobre acesso, acolhimento e vínculo no processo de construção da saúde, seja para os trabalhadores das unidades de saúde ou os pacientes que necessitam do atendimento, proporcionaram o estabelecimento de estratégias com vistas a aprimorar as ações de saúde na atenção básica para fazer valer os princípios do SUS (COELHO MO e JORGE MSB, 2009).

Nesse contexto, faz-se necessária a implementação do espaço físico adequado, na perspectiva de promover um ambiente acolhedor. São necessários ainda constantes treinamentos dos trabalhadores (educação permanente) no sentido de humanizar a atenção, promovendo a execução de atividades de acolhimento, pautadas nas tecnologias das relações, tendo em vista a melhoria do SUS, para se chegar ao objetivo almejado de satisfação dos usuários (COELHO MO e JORGE MSB, 2009).

Pesquisa realizada na ESF (13 profissionais de saúde), em Minas Gerais, conclui que não se pode resumir a diretriz do acolhimento somente ao vínculo e à acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, já que ele pode acontecer sem que o vínculo esteja construído e que o acesso seja garantido (PENA CMM, et al., 2014).

Porém, no caso do acolhimento qualificado, o vínculo e o acesso são efetivados de forma a refletir em resultados positivos no atendimento à população. É necessário que os profissionais tenham protocolos de atendimento, com objetivos comuns e identifiquem entraves que interfiram na estratégia da integralidade da atenção à saúde (PENA CMM, et al., 2014).

Em seu trabalho, Graff VA e Toassi RFC (2018) relatam que ao entrevistar 11 dentistas da ESF no Rio Grande do Sul, utilizando o acolhimento fundamentado na escuta qualificada ao outro como diretriz da PNH, os cirurgiões-dentistas descreveram ainda como rotina clínica a discussão do plano terapêutico com os usuários. Para isso, utilizam um recurso que é o uso de um espelho simples de mão para o acompanhamento do exame da boca pela pessoa, seguida por uma conversa estabelecida com o paciente em que se verifica a sua expectativa para o tratamento.

Como a pesquisa foi abrangente, foi utilizada também a percepção no trabalho dos profissionais entrevistados. Esta observação foi realizada nas Unidades de Saúde de atuação dos entrevistados e a intenção foi a de observar a rotina clínica desses profissionais. Há um destaque ainda para os entrevistados, pois todos tinham pós-graduações. Dentre estas, especializações e/ou residências realizadas nas áreas de Saúde Pública/ Saúde Coletiva/ Saúde da Família e Comunidade e Informação em Saúde (GRAFF VA e TOASSI RFC, 2018).

Soares EF et al. (2014) realizaram uma pesquisa com grupo focal, onde 23 agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos da ESF lotados nas equipes de saúde da família de Goiânia, estado de Goiás, foram divididos em quatro grupos.

O estudo abordou as qualidades ideais para o cirurgião dentista atuar na ESF, os participantes manifestaram que todos os profissionais de saúde deveriam apresentar características tais como: ter diálogo, humildade, companheirismo, receptividade e interesse; gostar do trabalho comunitário; aceitar a comunidade como ela é; respeitar o trabalho do outro; e ter preparação para atuar na ESF (SOARES EF, et al., 2014).

Foi ainda ressaltada a capacidade de comunicação, o que sugere deficiências na formação do cirurgião-dentista para atuar em comunidades diferenciadas ou menos favorecidas, as quais necessitam ter suas demandas devidamente acolhidas e não preteridas pelo saber técnico (SOARES EF, et al., 2014).

Em pesquisa desenvolvida por Oliveira JR, et al. (2014), membros da Liga Acadêmica de Humanidades Médicas (LAHM-Unifenas BH), situada em Minas Gerais no Sudeste brasileiro, realizaram entrevistas com 218 usuários, os quais relataram que a PNH/HumanizaSUS incentiva o contato acadêmico desde cedo com pacientes, oferecendo a oportunidade e conhecimento de como lidar com o ser humano e suas dificuldades e não apenas com a doença.

Silva JM e Caldeira AP (2010), fizeram um estudo (pesquisa quantitativa), com a participação de 129 profissionais de nível superior: médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, das ESF da cidade de Montes Claros/MG. O objetivo era verificar a adequação das equipes de saúde da família de acordo com os padrões de qualidade estabelecido pelo Ministério da Saúde e pela correlação com as atividades de saúde de acordo com os próprios profissionais de saúde. As pontuações foram definidas para cada uma das dimensões, de acordo com o número de padrões atendidos no âmbito da AMQ (Avaliação para melhoria da Qualidade). As pontuações mais baixas na dimensão “consolidação do modelo” foram para a participação da comunidade e controle social. A pesquisa avaliou o desempenho geral das equipes da ESF, em relação às dimensões e subdimensões do que está instituído pelo Ministério da Saúde (MS), como um instrumento de avaliação e aperfeiçoamento das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dividiram-se as dimensões da pesquisa em quesitos e atribuíram-se escores às dimensões, obtendo a média de 8,67 no que se refere a “Acolhimento”, “humanização e responsabilização”, sendo o escore máximo das equipes 12 (SILVA JM e CALDEIRA AP, 2010).

Diante disso, verifica-se a relevância de ampliar em estudos futuros para outros princípios da PNH nos serviços de Saúde, como o componente de afirmação da indissociabilidade entre atenção-gestão. Nesse sentido, o processo de trabalho precisa ser pensado sempre por meio do diálogo entre os muitos atores no processo de negociação: gestores, trabalhadores e pacientes devem ter voz na negociação. Esse estudo é limitado a quatro diretrizes da PNH: Acolhimento, Direitos dos usuários, Ambiência, e Clínica ampliada, porém nas duas últimas se verificou poucos artigos, que relatam o tema, sendo concentradas mais em Acolhimento e direitos dos Usuários, Ambiência e Clínica ampliada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Várias tecnologias são identificadas, tais como a “escuta qualificada”, “empatia do usuário pelo profissional”, “vínculo” referentes ao acolhimento. A discussão do plano terapêutico pelo profissional, inserida nos direitos dos usuários, foi vista de forma positiva, porém se relatou também a deficiência na acessibilidade, as falhas de comunicação entre profissionais e usuários, a não visualização da saúde como direito e não como “favor”, isso como forma negativa nesse contexto. Sobre ambiência, os estudos a relatam como uma

deficiência. De modo geral, percebe-se que limitações no que diz respeito a clínica ampliada, embora essa questão seja discutida em alguns estudos e na realizada nos serviços de saúde como um desafio. Após essa revisão, observou-se que ao falar em “linhas de cuidado”, em saúde bucal, entende-se como fundamental o acolhimento nas unidades de saúde de uma forma geral, e por profissionais identificados com o trabalho em comunidade no caso da atenção primária, que tenham empatia pelos usuários do sistema. Ademais, ainda existem poucas pesquisas relacionadas as duas últimas diretrizes citadas, principalmente no que, no Brasil está nos níveis de atenção secundária e terciária, e ainda há necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema, notadamente inseridos na saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

1. AZEVEDO SGV, et al. Vulnerabilidade programática: Análise do conceito. REME-Revista Mineira de Enfermagem, 2022; 26: e-146.
2. BRASIL. Ministério da saúde. Passo a passo das ações da política nacional de saúde bucal: Brasil Sorridente. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes\\_politica\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf). Acessado em: 22 de julho de 2022.
3. BRASIL. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf) Acesso em: 08 de agosto de 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Brasil: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf). Acessado em: 2 de abril de 2021.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2 ed. Brasília: 2004. 51 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acessado em: 22 de julho de 2022.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.
7. CAMARGO FD, et al. Ética e moral: reflexões de dentistas do serviço público. Rev. bioét., 2019; 27(2): 297-303.
8. CAMPOS RG, et al. A política nacional da humanização sob a ótica dos profissionais em saúde. Bionorte, 2017; 4(1): 16-25.
9. CARNUT L, et al. Principais desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal: subsídios iniciais para uma crítica. Revista da ABENO, 2017; 17(4): 46-62.
10. COELHO MO e JORGE MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência & Saúde Coletiva, 2009; 14(1): 1523-1531.
11. FARIA RM. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2020; 25: 4521- 4530.
12. GRAFF VA e TOASSI RFC. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2018; 28(3): 01-24.
13. MENDES KDS, et al. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. Texto contexto – enferm., 2019; 28(1): 1-13.
14. MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
15. OLIVEIRA JR, et al. Qualidade de assistência em um centro de atenção secundária em saúde. Rev Soc Bras Clin Med., 2014; 12(4): 278-281.

16. PENNA CMM, et al. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde?. *Reme*, 2014; 18(4): 815-822.
17. PINHEIRO PM, et al. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface: Comunic., Saude, Educ.*, 2011, 36(15): 187-198.
18. PETERS MDJ, et al. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. Adelaide: JBI, 2015.
19. RODRIGUES MP, et al. Humanização: fragilidades, desafios e fortalezas em uma escola de odontologia. *Espac. Saúde*. 2015; 16(3): 27-38.
20. SILVA RR. Humanização em saúde: a vivência em uma instituição de ensino. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais, BH, 2018; 70 p.
21. SILVA JM e CALDEIRA AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2010; 26(6): 1187-1193.
22. SOARES EF, et al. Características ideais do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família. *Trab. Educ. Saúde.*, 2014; 12(2): 327-341.
23. STILLWELL SB, et al. Critical Appraisal of the Evidence: Part III: the process of synthesis: seeing similarities and differences across the body of evidence. *American Jour of Nursing*, 2010; 11(110): 43-51.
24. STOLEE P, et al. Transforming primary care for older Canadians living with frailty: mixed methods study protocol for a complex primary care intervention. *BMJ Open* 2021; 11: e042911.
25. VARGAS KF, et al. Formação humanizada em Odontologia: um olhar diferenciado para a subjetividade. *Rev. ABENO*, 2020; 20(1): 33-43.