



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA INTEGRADA

LUCIENE SILVÉRIO PADILHA

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SETOR DE URGÊNCIAS DA
CLÍNICA DE ODONTOLOGIA DA UEM**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mirian Marubayashi Hidalgo

Coorientador: Prof. Dr. Wilton Mitsunari Takeshita

Maringá

2012

LUCIENE SILVÉRIO PADILHA

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SETOR DE URGÊNCIAS DA
CLÍNICA DE ODONTOLOGIA DA UEM**

Trabalho de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada, da Universidade Estadual de Maringá, como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mirian
Marubayashi Hidalgo

Coorientador: Prof. Dr. Wilton Mitsunari
Takeshita

Maringá

2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

P123p Padilha, Luciene Silvério
Processo de implantação do acolhimento com classificação de risco no setor de urgências da clínica de odontologia da UEM / Luciene Silvério Padilha. -- Maringá, 2012.
85 f. : il., color., figs., tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mirian Marubayashi Hidalgo.
Coorientador: Prof. Dr. Wilton Mitsunari Takeshita.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Mestrado em Odontologia Integrada, 2012.

1. Acolhimento - saúde. 2. Classificação. 3. Equidade em saúde. 4. Odontologia I. Hidalgo, Mirian Marubayashi, orient. II. Takeshita, Wilton Mitsunari, coorient. III. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Mestrado em Odontologia Integrada. IV. Título.

CDD 21.ed. 614.42

AHS-001223

Luciene Silvério Padilha

18 de julho de 1971	Nascimento – Alto Piquiri – PR
Filiação	Lázaro Silvério Padilha Maria Pereira de Oliveira Padilha
1989 - 1993	Curso de Graduação em Odontologia, na Universidade Estadual de Maringá, PR
1994 – 2012	Consultório particular
1998 – 2012	Cirurgiã-dentista, supervisora do Setor de Urgências da Clínica Odontológica, da Universidade Estadual de Maringá, PR
2002 - 2003	Especialização em Ciências da Saúde, na Universidade Estadual de Maringá, PR
2004 - 2006	Especialização em Prótese Dentária, na Universidade Estadual de Maringá, PR
2011 – 2012	Curso de Mestrado em Odontologia Integrada, no Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Maringá, PR

Dedicatória

*À Deus, fonte de toda
sabedoria, que me conduz em
todos os caminhos
Foi por meio Dele, com Ele e
para Ele que tudo se deu...*

Agradecimentos Especiais

À Deus, por estar presente em cada momento da minha vida, cercando-me de cuidados e de alento nos momentos difíceis. Que colocou em meu caminho pessoas iluminadas, com as quais aprendi muito e sobretudo, inundou meu coração com a esperança que me fez acreditar que “tudo posso, naquele que me fortalece” Fil 4:13.

*Ao meu amado pai **Lázaro** (in memoriam)*

Você foi um exemplo de humildade e de fé. Homem simples, apreciador da natureza e das pessoas. Meu maior incentivador, sei que estás feliz, que voas livre como os pássaros que tanto admirava e agora pode permear tudo que não compreendia e o deixava extasiado: a grandeza do mar, a infinidade das estrelas, o milagre da vida. Se hoje realizo sonhos, foi porque você me ensinou que primeiro é preciso tê-los, e nunca desistir de torna-los reais.

*À minha mãe **Maria***

Pelo grande exemplo de coragem e de perseverança. Como uma Fenix, renasce à cada ciclo ainda mais bela e produtiva. Você me acompanhou em todos os momentos, me ajudando sempre nesta jornada. Hoje mais do que nunca, essa vitória também é sua.

*Ao meu marido **Fernando***

Agradeço pela dedicação sem limites, me apoiando em todas as etapas deste trabalho. Agradeço a Deus todos os dias da minha vida por ter encontrado você, você se tornou meu porto seguro.

*Ao meu filho **Gabriel***

És a razão do meu viver. A sua presença na minha vida é a mais pura garantia de que Deus me ama incondicionalmente. Obrigada por suportar as ausências necessárias durante este período, por esperar sempre o meu retorno, por me tirar às vezes da imersão dos estudos para brincar com você, para dizer simplesmente “Eu te amo mamãe”. Você foi a inspiração para os momentos difíceis. Minha eterna gratidão por você existir, eu te amo.

*À minha irmã **Lucia***

Pelo exemplo de luta e amor pela profissão da Odontologia, que um dia me fez sonhar em ser Dentista. Pelo apoio durante toda minha vida, em especial durante este período, acolhendo meus pacientes com presteza e cuidando de tudo para que pudesse me dedicar a este trabalho. Muito obrigada.

*À minha orientadora, prof. Dra. **Mirian Marubayashi Hidalgo***

Serei eternamente grata por me oportunizar a concretização deste sonho, acreditando nele muitas vezes mais do que eu mesma. Pelas sábias palavras, que você citou uma vez “palavras são pérolas, que depende aonde você as coloca, transformam o conteúdo da frase em uma joia preciosa”. Complemento esta citação dizendo que, além da composição escrita, as palavras acabam ressoando na mente de quem as escuta, sendo então como sementes, que caindo em terras férteis se transformam em flores e frutos. Assim posso dizer que, além da dissertação produzida, seus ensinamentos percorreram várias dimensões da minha vida, profissional e pessoal e me impulsionaram em direção ao crescimento. Obrigada pela compreensão, pela dedicação e zelo com que me conduziu neste caminho, e por me fazer enfim transpor meu status de sonhadora, à uma realizadora.

*Aos **usuários** do Serviço de Urgências*

Compartilhar suas dores e sofrimentos por vezes me fez sofrer. Mas foi em busca de resposta à elas que me lancei nesta jornada. Este trabalho não se encerra, representa o início de um longo caminho a percorrer para que vocês, ao buscarem ajuda para os problemas de saúde, encontrem no S'UO-COD um dos caminhos abertos para o crescimento de suas fortalezas, refletindo-se na sua saúde e qualidade de vida. Muito obrigada.

Agradecimentos

Ao meu coorientador Prof. Dr. **Wilton Mitsunari Takeshita**, pela dedicação e disponibilidade desde o início do curso, com um entusiasmo contagiante. Muito obrigada.

Às Profas. Dras. **Elisa Emi Tanaka Carloto** e **Raquel Sano Suga Terada** pela criteriosa leitura e direcionamentos no exame de qualificação.

E pelo empenho e dedicação ao participarem da banca de defesa, agradeço às Profs. Dras. **Elisa Emi Tanaka Carloto** e **Mitsue Fujimaki Hayacibara**. Seus conhecimentos compartilhados e sugestões enriqueceram este trabalho imensamente.

Às Profas. Dras. **Mitsue Fujimaki Hayacibara** e **Raquel Sano Suga Terada**, em palavras é difícil expressar o quanto foram importantes nesta etapa da minha vida. Um mundo novo se descortinou para mim, quando vocês me mostraram vossas perspectivas da Saúde Coletiva e do SUS. E, cada qual com suas peculiaridades, se fizeram presentes como apoio constante nos momentos difíceis e principalmente, me motivando ao desenvolvimento das minhas potencialidades. Minha eterna gratidão.

À minha querida amiga e Profa. Dra. **Mariliani Chicarelli Silva**, pelos momentos de apoio e de troca de conhecimentos, pela ajuda revisando meus trabalhos e paciência em dividir minhas angústias. Mais ainda pelo incentivo em vários momentos da minha vida, sempre presente.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação e do Curso de Odontologia, pelos valiosos ensinamentos e por contribuírem efetivamente para a minha formação profissional.

À **Talita Alexandrino** e **Cláudia Pires Porto**, pelo esforço e presteza durante a fase de coleta de dados.

À minha equipe de trabalho do Serviço de Urgências, as Técnicas em Saúde Bucal **Célia Novais de Oliveira** e **Elizabet Fernandes Moreno** e a colega Mestre **Marilene Pintinha**, pelo apoio e participação constantes. Divido com vocês esta vitória, pois o empenho e envolvimento de todas foram vitais para a execução deste trabalho. Vocês fizeram história, são exemplos reais de que tudo pode mudar, para melhor.

Aos colegas do mestrado, **Adriana**, **Carina**, **Ermelinda**, **Heldo**, **Hélio**, **João Paulo**, **Julyano**, **Thiago** e **Uhana**, pelo companheirismo e pelos bons momentos compartilhados, pela convivência agradável e divertida, ficarão guardados em meu coração.

Ao **Grupo de Trabalho em Humanização**, agradeço os ricos momentos de discussões e experiências compartilhados. Os primeiros rascunhos deste trabalho surgiram dos nossos encontros. Nunca imaginei que esta iniciativa nos levaria tão longe. Sei que cada integrante deste grupo faz da humanização, um princípio norteador em suas condutas, refletindo-se em todo o seu entorno, propiciando novas concepções nas formas de se trabalhar. Esta conquista também é vossa.

Às consultoras da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, **Patrícia de Souza Campos Silva** e **Eliane Benkendorf**, pela rica experiência que nos proporcionaram, ao conhecer os princípios desta política, contribuindo para que nossas potencialidades humanizadoras fossem sendo despertadas.

*À Assistente Social **Cristiane Muller Calazans**, pela participação cotidiana em nosso trabalho em busca de soluções para o enfrentamento dos problemas dos usuários do Serviço de Urgências; por sua luta incansável pelos direitos dos usuários do SUS e pelo resgate da função social do trabalho, colocando os objetivos da coletividade muitas vezes, acima de si mesma. Muito obrigada pelo apoio e por não desistir.*

À todos os trabalhadores da Clínica e do Departamento de Odontologia da UEM, minha especial gratidão, por compartilharem comigo suas experiências de trabalho, suas dúvidas e anseios, que me fizeram perceber as diversas perspectivas que estão envolvidas no cotidiano do meu trabalho, e a entender que fazemos parte de uma mesma família.

À todos que de alguma forma contribuíram para a execução deste trabalho, minha eterna gratidão.

Agradecimentos Institucionais

*À Universidade Estadual de Maringá, na pessoa do seu Magnífico Reitor Prof. Dr. **Júlio Santiago Prates Filho**;*

*À Pró-reitoria de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Maringá, na pessoa do Pró-reitor, Prof. Dr. **Mauro Antônio da Silva Sá Ravagnani**;*

*Ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, na pessoa da Chefe, Profa. Dra. **Marina de Lourdes Calvo Fracasso**;*

*À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada, na pessoa da Coordenadora, Profa. Dra. **Renata Corrêa Pascotto**;*

*À Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, por meio da Coordenadora de Saúde Bucal, **Letícia Padovez** e da Gerente de Auditoria **Maria da Penha Marques Sapata**;*

*À 15ª Regional de Saúde do Paraná, na pessoa da Coordenadora de Saúde Bucal, **Rosângela Forestiero**.*

RESUMO

Processo de implantação do Acolhimento com Classificação de risco no Setor de Urgências da Clínica de Odontologia da UEM

A organização do atendimento da demanda que procura os serviços de saúde com a utilização de uma classificação de risco atende aos princípios do SUS, pois possibilita dar vistas ao princípio da equidade, favorecendo a integralidade da atenção, sem, contudo, comprometer o princípio da universalidade. Este trabalho se refere ao à implementação de uma proposta de mudança no processo de trabalho do Serviço de Urgências (SUO) da Clínica de Odontologia (COD) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Para isso, foram compiladas, por meio de pesquisa na literatura, e discutidas as diversas Classificações de risco, específicas ou não à Odontologia. A revisão da literatura, os dados epidemiológicos coletados no SUO-COD, os encontros com pactuações entre os diversos grupos de atores envolvidos, orientaram e possibilitaram a elaboração de um instrumento específico de classificação de risco adaptado à realidade do Serviço, bem como de um fluxograma da porta de entrada. Foram desenvolvidas capacitações dos trabalhadores vinculados ao atendimento às urgências visando facilitar a operacionalização da implantação da proposta, por meio de oficinas que focaram no aprimoramento do nível de informação, a avaliação e a problematização do processo de trabalho, a sensibilização para o acolhimento do usuário e a operacionalização da classificação de risco propriamente dita. Uma avaliação preliminar foi efetuada, verificando-se o perfil do usuário e do atendimento no Setor pós-intervenção, a resolutividade conseguida, a frequência das prioridades classificadas segundo o risco apresentado e análise dos tempos de espera e de atendimento. Encontrou-se melhoras quantitativas na diminuição do preenchimento inadequado das fichas, no predomínio de atendimento às apresentações clínicas consideradas de necessidade urgente, na ampliação dos usuários encaminhados para o tratamento odontológico programado e no registro das casos considerados em alta. Também devem ser consideradas como grandes conquistas, a melhora qualitativa observada no processo de trabalho para servidores e acadêmicos, assim como na atenção ao usuário. A experiência aqui relatada pode ser utilizada como modelo tanto para clínicas dos serviços público e privado como de instituições de ensino. Frente ao problema da demanda reprimida pelos serviços de urgências e do acesso aos serviços de saúde bucal, o ACCR no SUO contribuiu para a integralidade da atenção e para exercitar a universalidade, acessibilidade, o vínculo e continuidade, responsabilização, humanização, equidade e a participação social.

Palavras-chave: Acolhimento, classificação, equidade em saúde, Odontologia.

ABSTRACT

Implementation of Embracement with Risk Rating process in the Urgency Sector at the UEM Dental Clinic

The organization of the attendance of the demand that looks for health service by using a risk classification demonstrates that it is suitable instrument for comply the SUS principles. It allows giving views to equity principle favoring attention integrity without compromising the universality principle. This work refers to the implementation of a change proposal for the Urgency Service (US) work process of the Dental Clinic (DC) at the State University of Maringá (UEM) with implementation of the Embracement with Risk Rating (URR). To achieve this aim, various risk rating, specific or not to Dentistry were compiled, by means of literature, and discussed. The literature review, epidemiological data collected at US/DC, and meetings with pacts among different participants, guided and enabled the creation of a specific risk rating instrument adapted to the Service reality, as well as to the flow chart of entrance door. The skills of workers who were directly linked to the urgency care were developed in order to facilitate the plan implementation. This was done by means of workshops which focused on improving the level of information, evaluation and problematization of the work process, sensibilization to user's assistance care, and operationalization of the risk rating process itself. Preliminary assessment was conducted to verify: the user's and sector attendance profiles in the post-intervention period, resolvability achieved, frequency of the classified priorities according to the risk posed, and length of waiting and of attendance. It was found quantitative improvements in the reduction of inadequate forms filling, in the predominance of compliance to clinical presentations considered of urgent care, in the expansion of the users referred for dental treatment schedule and in the registration of cases considered as discharge. Also, great achievements that should be considered are the qualitative improvement observed in the work process for servers and academics, as well as in the attention to the user. The reported experience may be used as a model for both public and private clinical services, and educational institutions. In view of problems as the unmet demand at the urgency services, and the dental care assistance access, the URR at US contributed to care assistance integrality and to exercise the universality, accessibility, bonding and continuity, accountability, humanization, equity and social participation.

Keywords: User embracement, classification, equity in health, Dentistry.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma do acesso da demanda espontânea da COD no período pré-intervenção.....	19
Figura 2	Novo Fluxograma de acesso da demanda espontânea da COD.....	23
Figura 3	Ficha para a realização da classificação de risco do SUO-COD.....	26
Figura 4	Frequências (%) dos casos classificados em cada nível de prioridade, segundo risco apresentado ao ser atendido no SUO-COD no período de janeiro a julho de 2012.....	36
Figura 5	Percentual de cada ocorrência clínica identificada durante a classificação de risco.....	38
Figura 6	Distribuição das frequências (%) de pacientes sem encaminhamento, segundo os meses validados.....	46
Figura 7	Distribuição da frequência dos casos atendidos no SUO-COD, segundo a urgência do tratamento nos períodos pós e pré-intervenção.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Resumo dos principais problemas identificados durante a implantação da classificação de risco no SUO-COD e sugestões apresentadas para melhor resolução.....	31
Tabela 2	Casuística e frequência dos atendimentos realizados e analisados nos períodos pós e pré-intervenção.....	32
Tabela 3	Fichas de classificação de risco.....	35
Tabela 4	Tempos médios de espera e de atendimento para cada nível de prioridade, segundo risco apresentado ao ser atendido no SUO-COD no período de janeiro a julho de 2012.....	40
Tabela 5	Perfil dos usuários atendidos no SUO-COD-UEM nos períodos pós e pré-intervenção.....	42
Tabela 6	Fluxo do atendimento do SUO-COD, nos períodos pós e pré-intervenção.....	44
Tabela 7	Frequência de casos não urgentes atendidos no SUO-COD nos períodos pós e pré-intervenção.....	49
Tabela 8	Frequência dos tratamentos realizados nos casos de urgência no SUO-COD, nos períodos pós e pré-intervenção.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACCR	Acolhimento Com Classificação de Risco
ATS	<i>Australasian Triage Scale</i>
CD	Cirurgiã-Dentista
CECAPS	Centro de Capacitação Permanente em Saúde
COD	Clínica Odontológica
COPACA	Colegiado Permanente da Clínica Ampliada
COPEP	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CTAS	<i>Canadian Triage and Acuity Scale</i>
DOD	Departamento de Odontologia
ESI	<i>Emergency Severity Index</i>
HOB	Hospital Odilon Berekhs
HURM	Hospital Universitário Regional de Maringá
MTS	<i>Manchester Triage Scale</i>
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSB	Política Nacional Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUO	Serviço de Urgências Odontológicas
SUO-COD	Serviço de Urgências Odontológicas da Clínica de Odontologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnica em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO	1
1.1 Serviços de Urgências Médicas	1
1.2 Serviços de Urgências Odontológicas	5
2. INTRODUÇÃO	11
3. OBJETIVOS	13
3.1 OBJETIVO GERAL	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4. METODOLOGIA	14
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
5.1 SITUAÇÃO EXISTENTE NO SERVIÇO E CARACTERÍSTICAS DO SETOR ...	17
5.1.1. Local da intervenção	17
5.1.2. O processo de trabalho do SUO pré-intervenção	18
5.1.3. Construção da proposta de intervenção	20
5.1.4. Protocolo de Acolhimento com classificação de risco para os usuários do SUO-COD	22
A) FLUXOGRAMA PARA O ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA	22
B) ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS.....	25
5.2. IMPLANTAÇÃO	29
5.3. AVALIAÇÃO PRELIMINAR	32
5.3.1. Atendimentos realizados	32
5.3.2. A Classificação de risco	33
5.3.3. O perfil do usuário e do atendimento	41
6. CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	53

APÊNDICES

1. Modelo do questionário utilizado 61
2. Lista de Unidades Básicas de Saúde e áreas de abrangência 62

ANEXOS

1. Aprovação pelo Comitê de Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (Dados 2009 e 2010) 80
2. Aprovação pelo Comitê de Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (Dados 2011 e 2012) 81
3. Aprovação pelo Centro de Capacitação Permanente em Saúde (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde 84
4. Fluxograma da Clínica Ampliada do curso de Odontologia 85

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1. SERVIÇOS DE URGÊNCIAS MÉDICAS

De nosso conhecimento, não há experiências da implantação da classificação de risco nos serviços odontológicos de urgência, no Brasil. Nos serviços médicos de urgências hospitalares, a partir de 2011, a inserção das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o consequente repasse de recursos estão diretamente condicionados à sua implantação (BRASIL, 2011).

Entre outros motivos para essa exigência, observava-se que os serviços de urgência e emergência médicos vinham apresentando um aumento progressivo em sua demanda, explicado pela alta utilização para a atenção a situações não-urgentes, levando a atrasos no atendimento de casos realmente graves e gerando problemas para os serviços hospitalares (SOLER et al., 2010). Também, a falta de leitos e deficiências estruturais da rede assistencial denotam a incipiência nos mecanismos de referência e contra referência, a inadequação na estrutura curricular formadora de profissionais da saúde, bem como a característica epidemiológica da demanda de urgência e emergência, com a observação cotidiana de agravos recorrentes, denotando falhas na integralidade da atenção (BRASIL, 2006a). Há relato semelhante sobre os fatores que contribuíram para o aumento da demanda nos Estados Unidos, sendo atribuído à diminuição no número de departamentos de emergência e dos leitos disponíveis devido ao fechamento de hospitais; envelhecimento da população em geral; dificuldades em se referenciar os pacientes; difícil acesso aos serviços de atenção primária; e, escassez de equipes de enfermagem (GILBOY et al., 2005).

Como forma de gestão hospitalar para organizar os problemas advindos dessa demanda, vêm sendo implementada, em todo o mundo, a classificação dos casos segundo uma escala de gravidade, que determina o tempo que o paciente pode esperar para ser atendido em segurança, além da ordenação do atendimento em ordem decrescente de gravidade (BEVERIDGE et al., 1998; AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2005; MAFRA, 2006; MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008), seguindo o modelo básico de triagem desenvolvido há mais de 200 anos pelos franceses (SMITH et al. 2006). Desta maneira, a classificação dos pacientes por meio da triagem pode garantir o acesso mais rápido de pacientes graves e também, em casos em que a demanda não seja excessiva, pode contribuir para aumentar a satisfação dos pacientes e diminuir a ansiedade enquanto se aguarda o atendimento (KANEGANE, 2011).

Sobre a distinção conceitual entre os termos triagem e classificação de

risco compreende-se que o primeiro, no sentido literal da palavra, implica em uma técnica de decisão de quem será ou não atendido, pautada na lógica da exclusão. Já a classificação de risco, implica na avaliação do paciente e determinação da prioridade do atendimento, segundo a gravidade de cada caso, e a premissa de que todos serão atendidos (MAFRA, 2006). Embora o termo *classificação de risco* seja o mais adequado e recomendado pelo Ministério da Saúde brasileiro, o termo *triagem* ainda é o mais comumente utilizado pelos profissionais de saúde (SOUZA, 2009), e, ambos são descritos como sinônimos para fins de pesquisa.

No Brasil, com a humanização da atenção às urgências hospitalares, duas tecnologias: o acolhimento e a classificação de risco são apresentadas como complementares e necessárias à organização da demanda no Sistema Único de Saúde (SUS; BRASIL, 2009a). Entende-se que acolhimento é um modo de desenvolver o processo de trabalho em saúde, de forma a atender aos usuários que procuram os serviços, ouvindo os seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e lhes dar respostas mais adequadas. Este processo inclui um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando o paciente e sua família em relação ao atendimento e funcionamento dos demais serviços de saúde e o estabelecimento de meios para garantir o sucesso dos encaminhamentos, caso haja necessidade. Já a avaliação com classificação de risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário para proporcionar atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004a, 2008).

Na proposta de Acolhimento com classificação de risco (ACCR), há a necessidade da utilização de protocolos para o acesso da demanda espontânea, com uma escala de classificação das urgências hospitalares como ferramenta para sua organização. Entre as diversas descritas mundialmente, quatro são as mais utilizadas.

A *Manchester Triage Scale* (MTS) foi desenvolvido em 1996, pelo *Manchester Triage Group*, no Reino Unido. É uma ferramenta que permite definir prioridades clínicas categorizadas em cinco níveis com a representação por cores e a determinação do tempo máximo de espera:

- 1** – Vermelho: atendimento imediato (0 minuto);
- 2** – Laranja: muito urgente, atendimento em até 10 minutos;
- 3** – Amarelo: urgente, atendimento em até 60 minutos;
- 4** – Verde: padrão, atendimento em até 120 minutos;
- 5** – Azul: não urgente, atendimento em até 240 minutos.

A metodologia da classificação MTS se aplica pelo reconhecimento do

caso, seguida pela observação de discriminadores redutivos, que são os sinais e sintomas que discriminam as prioridades clínicas. Estes são relacionados à escolha de um dentre 52 fluxogramas de decisão disponíveis, que irão determinar a prioridade de cada caso. Os discriminadores podem ser gerais ou específicos. Os primeiros compreendem condições de ameaça à vida (comprometimento das vias aéreas, da respiração e da circulação), hemorragia, dor, nível de consciência, temperatura e acuidade (relacionado ao tempo de duração da queixa). Os discriminadores específicos correspondem às características de apresentações específicas de cada caso. Outros fatores que interferem na classificação correspondem às condições relacionadas a idade (crianças e idosos), vulnerabilidades (deficiências físicas e mentais), pacientes agressivos, sob efeito do álcool e fatores relacionados à demanda do próprio serviço, como retornos ou encaminhamentos de outros setores (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008).

A *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS) é um instrumento de classificação de risco desenvolvido pela *Canadian Association of Emergency Physicians* e implantado no Canadá, em 1998. Sua escala possui cinco níveis:

Nível 1: paciente em condição de risco de vida, que requer intervenção médica imediata;

Nível 2: paciente em condição de emergência, que requer avaliação médica em 15 minutos, com intervenção ou ações delegadas;

Nível 3: paciente em condição de urgência e que pode potencialmente progredir para um problema sério, com atendimento em até 30 minutos;

Nível 4: paciente em condição de semi-urgência em função da idade ou da possibilidade de deterioração ou complicação, com atendimento em até 60 minutos;

Nível 5: paciente em condição de não urgência aguda ou crônica na qual a intervenção pode esperar ou o paciente pode ser encaminhado para outras áreas, com um tempo de atendimento de até 120 minutos.

Esta escala atende a três conceitos: utilidade, sendo que o instrumento deve ser de fácil entendimento, melhorar cuidados individuais e facilitar o funcionamento do serviço; relevância, o instrumento deve ser importante para profissionais e pacientes, e otimizar o tempo de espera; e, validade, o instrumento deve ter consistência e permitir a visualização de resultados como morbidade, mortalidade, hospitalização e utilização de recursos (BEVERIDGE et al. 1998).

A *Australasian Triage Scale* (ATS) é a classificação adotada pelo Conselho da *Australasian College of Emergency Medicine*, desde 2002, e é utilizada na Austrália e Nova Zelândia. Este sistema faz uma avaliação combinada do problema atual e da condição geral do paciente, determinando o

grau de urgência e a necessidade de tratamento imediato. O paciente é classificado em uma das cinco categorias:

Categoria 1: situação de ameaça à vida, de atendimento imediato com avaliação e tratamento simultâneos;

Categoria 2: situação de ameaça à vida iminente ou exigência de tratamento imediato, com o atendimento em até 10 minutos, com avaliação e tratamento frequentemente simultâneos;

Categoria 3: situação com ameaça à vida ou de urgência, com avaliação inicial e o tratamento iniciado em até 30 minutos;

Categoria 4: situação de urgência potencial ou de complicações/gravidade importantes, com avaliação inicial e o tratamento iniciado em até 60 minutos;

Categoria 5: situação menos urgente/problema clínico-administrativo, com avaliação inicial e o tratamento iniciado em até 120 minutos.

Este protocolo estabelece ainda que avaliações frequentes devem ser realizadas enquanto o paciente espera por atendimento e, se houver piora no quadro, o caso deve ser reclassificado em uma categoria mais urgente (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2005).

Desenvolvido pelos médicos Richard Wuerz e David Eitel, o *Emergency Severity Index* (ESI) constitui-se em uma escala de classificação de risco de cinco níveis, que foi implantada nos Estados Unidos, em 1999. Difere das demais escalas tanto na abordagem conceitual quanto na sua aplicação prática, que visam determinar quanto tempo o paciente que aguarda atendimento de emergência pode esperar para receber os cuidados necessários. Na escala ESI, além da determinação da acuidade, uma estimativa da quantidade de recursos necessários para o atendimento é considerada para a determinação da prioridade em casos de nível 3, 4 ou 5. Ou seja, para pacientes estáveis, avaliados e triados por uma enfermeira experiente, é realizado uma previsão dos recursos necessários ao paciente para obter o atendimento de urgência. Deve ser salientado que os juízos de acuidade são determinados, em primeiro lugar na triagem, com base na estabilidade das funções vitais do paciente e a probabilidade de risco de vida imediato ou ameaça a órgãos, podendo ser classificados como nível 1 ou 2 (GILBOY et al., 2005).

No Brasil, os protocolos de avaliação e classificação de risco são instrumentos tecnológicos considerados necessários para a organização do atendimento da demanda pelos serviços de saúde e de atenção às urgências e o governo federal vem incentivando sua criação e implementação nos hospitais do país, inclusive com aporte de recursos (BRASIL, 2006b e b, 2011).

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco implantado no Pronto Socorro do Hospital Odilon Berekhs (HOB), de Belo Horizonte, em 2006,

apresenta uma escala de cinco níveis que são definidos por quatro cores: **vermelho, amarelo, verde e azul**. No nível de prioridade máxima estão classificados os de cor vermelha, que podem ter prioridade **I e II**. Ambos se referem a emergências, sendo que no primeiro são atendidos imediatamente por serem os mais graves que necessitam reanimação ou casos de parada cardiorrespiratória iminente. Já no segundo caso, incluem-se aqueles que correm risco de vida, mas poderão ser atendidos em até 15 minutos. Os classificados como nível amarelo correspondem aos casos de urgência, com atendimento em, no máximo, 30 minutos. No nível de cor verde, encontram-se as urgências menores que deverão ser atendidas em até uma hora. Como último nível de prioridade encontram-se os identificados em azul, que são os casos não urgentes e que serão encaminhados para a assistente social realizar o direcionamento para a atenção básica (MAFRA, 2006). A partir do HOB, essa experiência foi levada para várias outras cidades de Minas e do país pela Política Nacional de Humanização: Florianópolis, Porto Alegre, Cuiabá, Rio de Janeiro, Fortaleza, João Pessoa, entre outras (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2012).

1.2. SERVIÇOS DE URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

Para a Odontologia, a situação dos Serviços de Urgências apresenta características semelhantes às médicas com relação à demanda, ou seja, um aumento progressivo de casos em função da escassez de vagas ofertadas pela atenção básica, com relação a abordagem para condições crônicas. O usuário não tem acesso a programas de promoção de saúde nem a resolução de seus problemas ainda em fase inicial o que o leva, devido ao agravamento de sua doença, a procurar por serviços de pronto-atendimento, utilizando-se destes como acesso direto à atenção especializada (SAKAI et al., 2005; AMORIM et al., 2007). Os casos de urgências odontológicas relacionam-se, na sua maioria, com a cárie e suas sequelas (FERREIRA JÚNIOR; DAMANTE, 1998; KANEGANE et al., 2003; LACERDA et al., 2004; NAIDU et al., 2005; SANCHEZ; DRUMOND, 2011; CASSAL; CARDOZO; BAVARESCO, 2011; SHQAIR et al., 2012; WONG et al., 2012).

Um aspecto que contribui para o aumento da procura por atendimentos de urgência é a desinformação da população a respeito do propósito desse tratamento (CASSAL; CARDOZO; BAVARESCO, 2011), fazendo com que, em função do fácil acesso, este serviço sirva como sistema alternativo de assistência odontológica, gerando clientela própria que o utiliza abusivamente (MIOTO; HIDALGO, 2003; SAKAI et al., 2005; TORTAMANO et al., 2007; SILVA et al., 2009). Este aspecto pode ser potencializado pela falta de consenso sobre o conceito de urgência odontológica e pela falta de critérios para seu

atendimento. Segundo Roncalli (2000), os serviços públicos de Odontologia no Brasil se caracterizavam historicamente por uma assistência excludente, voltada para grupos específicos de usuários com ênfase nos escolares. À população adulta somente lhe era oferecido atendimentos de urgência, colaborando para que se propagasse uma cultura voltada à solução de problemas já instalados, com a procura de atendimento odontológico somente em casos de dor, sem possibilidade de atuação preventiva.

Propostas que visem uma mudança nesse padrão cultural de procura dos serviços em função da presença de dor, e conseqüentemente de uma prática pautada na promoção de saúde, requerem a implementação de uma mudança real no modelo de organização do atendimento da demanda (TERRERI; SOLER, 2008). Dentro deste contexto, iniciativas do governo Federal como a inserção da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) em 2000 (BRASIL, 2000), e a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b), denotam a convergência de esforços para a organização e constituição de um modelo de atenção em saúde bucal. O PSF se propôs a superar as práticas baseadas em modelos biomédicos dos serviços de saúde, substituindo-a por uma nova concepção apoiada na promoção à Saúde. Desta maneira, uma nova forma de se organizar o acesso da demanda ficou estabelecida, entretanto, não havia recomendações sobre como lidar com a demanda espontânea que recorre aos Serviços de Saúde ou como atender aos imprevistos no cuidado à saúde, demonstrando a necessidade de se criar parâmetros para acolhimento na atenção primária à saúde (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2012).

Alguns municípios brasileiros realizam o acesso aos Serviços de Saúde Bucal por meio de classificações de risco (MARINGÁ, 2004; SÃO PAULO, 2004; MINAS GERAIS, 2006; LONDRINA, 2009; BARBOSA, 2010; NUTO et al., 2010; RESENDE, 2010; COIMBRA et al., 2011). Entretanto, estas classificações são utilizadas para o atendimento programático e, embora a oferta do atendimento de urgência seja prioritária, não há classificação entre as urgências odontológicas, colocando-as em uma mesma ordem de prioridade, sendo atendidas pela lógica da ordem de chegada, descrita como prática contrária ao acolhimento (BRASIL, 2004a). Também denotam uma fragmentação da atenção, uma vez que estes usuários não conseguem acessar o tratamento regular por demanda espontânea. Estes aspectos apontam para a necessidade de implementação da humanização do atendimento, com a implantação do acolhimento à demanda espontânea nos serviços de saúde bucal com a garantia da continuidade do cuidado e a classificação do risco para os usuários que necessitam do atendimento de urgência.

Até o presente momento, poucos estudos apresentam alternativas para a organização do acesso da demanda de urgências odontológicas, com vistas a discriminar a gravidade e a priorização de casos mais graves. As classificações

das urgências odontológicas descritas na literatura, na sua maioria, se referem a serviços de triagem telefônica de emergência, realizada de modo sistematizado com o apoio de um software para a tomada de decisão. Neste caso, profissionais não clínicos fazem a abordagem telefônica, com uma série de perguntas que levam a uma resposta fornecida pelo programa, classificando as urgências e sugerindo a melhor alternativa de atendimento para se resolver o problema (EVANS et al., 2001; SMITH et al., 2006; SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME, 2007). São métodos importantes e necessários, ressaltando-se que devem ser utilizados em conjunto, precisamente porque não existe projeto único que responda a todas as questões possíveis sobre um sistema de informação clínica (LIU; WYATT, 2011).

Evans (2001) descreveu o processo de construção de um modelo de triagem de urgência/emergência odontológica para a demanda por atendimento fora do horário normal de trabalho. Os critérios de classificação foram definidos por consenso, em uma conferência com 20 cirurgiões-dentistas clínicos experientes. A escala construída possui três categorias: **emergência, urgência e não urgência**. As primeiras correspondem aos casos de hemorragia após exodontia; trauma nos dentes ou maxilares; e, edema/tumefação maxilar em torno dos olhos ou da mandíbula resultando em dificuldade de engolir ou respirar, indicando infecção aguda. Urgências odontológicas correspondem às dores dental e facial não controladas por analgésicos ou medidas locais e à infecção aguda dos tecidos moles ou dental. As demais queixas foram consideradas não-urgentes. A classificação é realizada por uma técnica em saúde bucal (TSB), que poderá aconselhar o auto-cuidado sobre como resolver o problema ou encaminhar o caso para o atendimento, determinando o tempo que poderá ser de quatro horas para emergências, 24 horas para urgências e 7 a 15 dias para queixas não-urgentes.

Dentro deste mesmo conceito de atendimento telefônico, Smith e colaboradores (2006) apresentam como foi construído o protocolo implantado na Austrália, para classificação das emergências odontológicas. Um mapa de diagnóstico foi desenvolvido por meio de questões elencadas por um grupo de quatro profissionais de odontologia experientes (40 anos de experiência clínica) que definiram quais as principais questões, sintomas e decisões de tratamento para cada caso. A escala de classificação apresentada compreende seis categorias, sendo que nos casos mais urgentes (**Categoria 1**) recomenda-se o atendimento em até 24 horas. A **Categoria 2** compreende pacientes que apresentam uma urgência menor, com recomendação de atendimento relatada para o período de 1 a 2 dias; a **Categoria 3** é representada por pacientes que necessitem de uma consulta dentro de 3-7 dias; a **4** engloba pacientes menos urgentes que devem ser vistos dentro de 1-2 semanas. As **categorias 5 e 6**, correspondem às queixas não odontológicas que necessitam ser

encaminhadas a outro serviço de saúde.

Já na Escócia (SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME, 2007), foram consideradas as opiniões de especialistas a respeito dos critérios de classificação das urgências para o desenvolvimento do seu protocolo para atendimento telefônico. Uma comissão formada por profissionais das diversas especialidades da Odontologia formularam as diretrizes e submetem à consulta pública por profissionais de todo o país em um site da internet. Todas as opiniões foram analisadas, consideradas e revisadas pela comissão. A escala de classificação elaborada apresenta três níveis de prioridade, representadas por cores:

Vermelho: incluem as emergências odontológicas, sendo recomendado o atendimento em, no máximo, 60 minutos.

- Trauma, incluindo laceração facial/oral e/ou lesões oclusais (por exemplo, avulsão de um dente permanente);
- tumefação orofacial que seja significativa e em evolução;
- sangramento pós-extração em que o paciente não é capaz de controlar com medidas locais;
- condições dentárias que resultaram em doença sistêmica aguda ou temperatura elevada como aquela devido à infecção dentária;
- trismo severo;
- condições oro-dentais que possam exacerbar condições médicas sistêmicas (por exemplo, diabete).

Amarela: representam as condições de urgências odontológicas que deverão ser atendidas em um prazo de 24 horas.

- infecções dentárias e de tecidos moles, sem sintoma sistêmico;
- dor dentária e facial grave não controladas por analgésicos;
- fraturas dentárias ou dentes com exposição pulpar.

Verde: condições não urgentes ou indicadas para tratamento de rotina, sendo sugerido no atendimento telefônico que se realize o auto-cuidado mediante aconselhamento ou, se necessário, a consulta com um profissional no período de 7 dias.

- dor leve ou moderada que são aliviadas com analgésicos;
- trauma dental menor;
- sangramentos pós-exodontias, controláveis por medidas locais de auto cuidado;
- recimentação de próteses;
- fraturas de aparelhos protéticos ou de outros tipos;
- sangramentos gengivais.

Sempre é recomendado um novo contato, no caso de piora do quadro.

Como forma de acolhimento à demanda espontânea, alguns municípios de Minas Gerais implantaram um modelo de ACCR para o atendimento, com a identificação das urgências odontológicas e a priorização em função da gravidade.

Neste caso, as urgências são classificadas segundo a necessidade de atendimento, sendo:

imediate: hemorragia pós-cirurgia dentária; paciente que apresenta dor espontânea relativa às seguintes doenças bucais agudas: pulpíte, pericoronarite, alveolite, úlcera traumática, GUNA, abscesso agudo, pericementite, estomatite; paciente que apresente fratura total de restauração em dentes anteriores que comprometa o convívio social; e, casos de traumatismo (fraturas dentárias, ósseas, óseo-alveolares e deslocamentos dentários).

mediate: se referem a necessidades de exodontia de decíduo por retenção prolongada; exodontia de dente com mobilidade avançada; dor provocada (por estímulo térmico e/ou químico, sensibilidade cervical); e, recimentação de coroas protéticas.

Estes últimos são atendidos no mesmo dia, se houver disponibilidade de vagas, por ordem de chegada, ou agendado para um atendimento o mais rápido possível. Após este atendimento, os pacientes cadastrados são orientados sobre os serviços de saúde disponíveis para a sua necessidade (CARATINGA, 2009; CARDOSO, 2010).

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais em sua linha guia para atenção básica em saúde bucal (MINAS GERAIS, 2006) apresenta um protocolo para o acolhimento da demanda espontânea contendo critérios para a priorização das urgências odontológicas. Sugere a identificação de sinais de alerta que são os sinais e sintomas que caracterizam as urgências/emergências mais comuns e o estabelecimento de fluxo de encaminhamento de acordo com a gravidade de cada caso, baseados na classificação dos sinais. As situações clínicas consideradas de urgência deverão ser atendidas no mesmo dia, colocando-se em ordem de prioridade decrescente com relação ao potencial de agravamento ou ao sofrimento e são classificadas, segundo uma escala, em quatro grupos, com a identificação por três cores:

risco sistêmico: compreende todos os usuários que, juntamente com os sinais de alerta em saúde bucal, apresentem sinais e sintomas sistêmicos. Estes devem ser abordados pela equipe de saúde de acordo com o protocolo geral de atendimento de urgência/emergência;

amarelo: compreende as emergências odontológicas, incluindo os usuários que necessitam de atendimento odontológico o mais rápido possível (dor, hemorragia, edema, abscesso, traumatismo e dificuldade de movimentos);

azul: compreende os que devem ser atendidas por ordem de chegada, correspondendo aos casos de lesão de tecidos moles ou outros sintomas ligados ao câncer bucal, necessidade de recimentação ou reparo de peça protética ou de intervenção estética urgente;

verde: usuários que são prioridade de atendimento tanto no grupo amarelo como no azul (usuários com idade superior a 60 anos, gestantes, deficientes físicos, usuários com impossibilidade de deambulação).

No contexto da Política Nacional de Humanização (PNH), o curso de Odontologia da UEM, incluindo todo o Departamento de Odontologia (DOD) e a Clínica Odontológica (COD), vem passando por um processo de reformulação geral que envolve melhorias na estrutura física e no atendimento prestado ao usuário, bem como na formação acadêmica, visando a integralidade da atenção e a humanização da assistência. O divisor de águas foi a criação da Clínica Ampliada, que visa a abordagem do paciente atendido em seu contexto integral, acolhendo suas demandas e trabalhando em equipes multiprofissionais para a solução dos problemas (HAYACIBARA, et al., 2012). Com isso, novas formas de se pensar o acesso dos usuários são requeridas, indo ao encontro da inovação que representa a implantação da Clínica Ampliada na Odontologia.

O alvo inicial dessas mudanças é o usuário do Serviço de Urgências Odontológicas (SUO), que corresponde à demanda acumulada e excluída dos serviços de saúde e que não consegue ser absorvido em sua totalidade pela clínica para atendimento integral que necessita. Ao propor o acesso por critérios de risco e o acolhimento responsável, constrói-se em direção aos princípios da Clínica Ampliada e do SUS. Ainda, considerando o SUO como uma importante porta de entrada ao sistema de saúde vigente, o presente estudo aponta os avanços conseguidos para a organização da demanda pelos serviços de urgências odontológicas, contribuindo para a construção e consolidação do SUS, podendo servir como modelo para os demais serviços de saúde odontológicos.

2. INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde bucal para atendimento de condições crônicas no Brasil ainda é um dos grandes problemas a ser equacionado pelos sistemas públicos de prestação de serviços de saúde, fato que colabora para o aumento da demanda de urgências odontológicas. Isso porque os casos de urgência odontológica relacionam-se, majoritariamente, com a cárie e suas sequelas (FERREIRA JÚNIOR; DAMANTE, 1998; KANEGANE et al., 2003; LACERDA et al., 2004; NAIDU et al., 2005; WONG et al., 2012), evidenciando a dificuldade de acesso da população aos serviços básicos de saúde e, conseqüentemente, a programas preventivos de doenças bucais.

Formas de se organizar o serviço para atender a demanda pelos atendimentos de urgência/emergência hospitalar vêm sendo implementadas em todo o mundo, com a classificação dos casos de acordo com sua gravidade e a determinação do tempo que o paciente pode esperar para ser atendido em segurança (BEVERIDGE et al., 1998; AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2005; GILBOY et al., 2005; MAFRA et al., 2006; MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008). No entanto, poucos estudos internacionais descrevem escalas para a classificação das urgências odontológicas, sendo as existentes relativas à serviços de atendimentos telefônicos (EVANS, et al., 2001; SMITH, et al. 2006; SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME, 2007).

No Brasil, com a humanização da atenção, o acolhimento e a classificação de risco são dois dispositivos da PNH apresentados como complementares e necessários à organização do atendimento da demanda dos serviços em geral e de emergência, em especial, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS, BRASIL, 2009a). Entende-se que acolhimento é um modo de desenvolver o processo de trabalho em saúde, assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, com resolutividade e responsabilização, estabelecendo meios para se garantir o sucesso dos encaminhamentos, caso haja necessidade (BRASIL, 2004a; 2008). Já a avaliação com classificação do risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando-lhe atenção centrada no nível de complexidade do seu caso e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004a; 2008; 2009a).

Nesse sentido, esforços têm sido despendidos na organização da atenção básica em saúde bucal, como por exemplo, com a inserção da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF, BRASIL, 2000) e a implantação e implementação da Política Nacional Saúde Bucal (PNSB, BRASIL, 2004b). No entanto, existem poucos estudos com relação à criação de instrumentos que

atuem no acolhimento da demanda pelos serviços de saúde bucal (MARINGÁ, 2004; SÃO PAULO, 2004; MINAS GERAIS, 2006; LONDRINA, 2009; BARBOSA, 2010; RESENDE, 2010; NUTO et al., 2010; COIMBRA et al., 2011), sendo todos relativos à organização da demanda programada.

Sobre o acolhimento da demanda espontânea, em especial daquela reprimida que procura os serviços de urgência como porta de entrada para o SUS, apenas Kanegane (2011) testou a escala de classificação de risco internacionalmente utilizada e traduzida para o português, a *Manchester Triage Scale* (MTS, MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008), afirmando que uma parte é aplicável à Odontologia sendo útil ao atendimento do Serviço de Urgências Odontológicas (SUO) de uma faculdade de Odontologia para a identificação do risco para a saúde.

Um protocolo de acolhimento para urgências odontológicas, com uma escala específica, possibilita discriminar os casos de maior gravidade, tornando o atendimento mais humanizado na medida em que diminui o grau de sofrimento dos pacientes durante a espera. Além disso, permite uma atenção integral, uma vez que o acolhimento facilita o acesso do usuário aos demais serviços de saúde por meio do encaminhamento responsável àquele que ele necessita.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Implantar uma estratégia de acolhimento com classificação de risco para a demanda dos usuários que procuram o Serviço de Urgências Odontológicas da Clínica de Odontologia (COD) da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- diagnosticar a situação existente no Serviço pela análise das características do setor e do perfil de sua demanda pré-intervenção;
- diagnosticar a situação existente no Serviço por meio da identificação dos nós críticos de seu funcionamento no que se refere ao fluxo dos usuários e ao acesso da demanda;
- elaborar um fluxograma do acesso da demanda espontânea da COD;
- elaborar uma escala de classificação das urgências odontológicas;
- implantar o acolhimento com classificação de risco no SUO-COD;
- avaliar preliminarmente os resultados da intervenção por meio da análise dos dados obtidos pelas fichas de classificação utilizadas;
- avaliar preliminarmente os resultados da intervenção por meio da análise do perfil do usuário e dos atendimentos pós-intervenção comparando-os ao perfil pré-intervenção.

4. METODOLOGIA

Este estudo se refere a uma proposta de intervenção para a organização do atendimento de urgência da COD-UEM. De caráter quali-quantitativo, o trabalho foi estruturado em três fases distintas:

- de diagnóstico da situação atual e suas origens, com elaboração e discussão da proposta de mudança com os atores envolvidos;
- operacional propriamente dita; e,
- avaliativa.

Após as aprovações (ANEXOS 1, 2 e 3) pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UEM (CAAEs nºs 0108.0.093.000-11 e 03387812.8.0000.0104) e pelo Centro de Capacitação Permanente em Saúde (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), iniciou-se a **primeira fase do processo**, compreendendo os seguintes passos:

- Definição do perfil dos usuários do SUO e do serviço: por meio de um estudo transversal observacional retrospectivo, as características do setor e o perfil de sua demanda pré-intervenção foram avaliados mediante coleta dos dados a partir das fichas dos pacientes atendidos no SUO-COD no período compreendido entre janeiro de 2009 a julho de 2011. Um questionário foi elaborado (APÊNDICE 1) a partir da adaptação daquele proposto por Mioto e Hidalgo (2003), sendo preenchido pela análise observacional dos dados existentes nas fichas em uso pelo SUO-UEM. Teste piloto prévio foi realizado.

O questionário foi dividido em três partes:

- caracterização do usuário: gênero, idade e cidade de origem do usuário;
- padrão das doenças atendidas: diagnóstico da doença, caracterizada como urgência ou não urgência, e seu tratamento;
- fluxo do atendimento: se o usuário já foi atendido no SUO-COD anteriormente, se possui prontuário na Clínica e se foi referenciado a outro serviço de saúde.

Para se conseguir preencher totalmente o questionário com relação ao fluxo do atendimento, além da análise das fichas do SUO foi necessário estender a pesquisa aos registros do COD. Todos os dados coletados foram tabulados e submetidos à análise quantitativa descritiva.

- Identificação de nós críticos no processo de trabalho do SUO: para complementar o diagnóstico, uma análise foi realizada por meio da problematização do processo de trabalho do SUO em reuniões com os gestores da COD e os setores da COD responsáveis pelo primeiro contato com os usuários (vigilantes, grupo de Acolhimento e do Serviço de

Urgências), identificando os nós críticos do funcionamento do Serviço, em especial com relação ao fluxo dos usuários e o acesso da demanda.

- Elaboração de um protocolo para acesso dos usuários ao SUO-COD: subsidiado pelo diagnóstico, um protocolo para o acesso dos usuários ao SUO-COD foi construído coletivamente com a equipe diretamente envolvida no processo. Concomitantemente e diretamente relacionado, elaborou-se um fluxograma do acesso da demanda espontânea da COD, colocando os pontos de entrada dos usuários, os pontos de decisão do processo e as saídas possíveis dos usuários. Também, uma escala de classificação das urgências odontológicas foi elaborada, com base no perfil de doenças atendidas no SUO-COD e nas escalas descritas pela literatura, incluindo um roteiro contendo detalhes dos critérios utilizados.
- Apresentação da proposta de intervenção para coleta de sugestões e consequente aperfeiçoamento em reuniões com as equipes de gestão da COD, bem como com os profissionais e gestores do município e da regional de saúde envolvidos de alguma forma no atendimento e/ou referência/contra-referência das urgências odontológicas.

A cada encontro/reunião foi-se otimizando até considerar-se finalizada uma proposta consensuada de intervenção, a partir da qual iniciou-se a **segunda fase** do processo que compreendeu a operacionalização propriamente dita. Para tanto, por meio de oficinas, conceitos chaves sobre o tema do acolhimento com classificação de risco (ACCR) foram discutidos e fundamentados, buscando a capacitação de todos os envolvidos em relação às mudanças no fluxo da demanda e o pleno conhecimento do protocolo desenvolvido. Em janeiro de 2012, iniciou-se a utilização da classificação de risco no SUO-COD.

Durante todo o processo de mudança foram realizadas reuniões ordinárias periódicas bimestrais e extraordinárias sempre que se fazia necessário, com a equipe de trabalhadores do SUO e do Acolhimento, assistente social e gestores, para correções de rumo, se necessárias, assim como adaptações e alterações tão logo fossem detectadas dificuldades.

A **terceira fase do processo** compreendeu a avaliação preliminar dos resultados da intervenção por meio de duas análises:

- do perfil do usuário do SUO-COD após o processo de mudança, no período de janeiro a julho de 2012, mediante a coleta de dados das fichas de atendimento em uso, para fins de comparação com os dados iniciais de diagnóstico obtidos;
- dos dados obtidos no período de janeiro a julho de 2012 a partir da ficha de classificação utilizada com relação ao número de usuários classificados e a quantificação em cada nível; a identificação da frequência das principais ocorrências clínicas atendidas para reformular os critérios utilizados, se

necessário; o cálculo do tempo de espera pelo atendimento e do próprio atendimento para cada nível de classificação para, posteriormente determinar o tempo de espera, baseado na capacidade do serviço; e, o percentual de encaminhamentos realizados à cada serviço de saúde disponível para o acolhimento dos usuários do SUO-COD-UEM.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ACCR corresponde a uma estratégia de gestão adequada para organização do atendimento da demanda espontânea que procura os serviços de urgência e emergência, com vistas a proporcionar respostas às queixas dos usuários, de maneira responsável e resolutiva, tendo como reflexo, uma atenção humanizada. Desta maneira, sua implementação no SUO-COD é fruto de uma construção coletiva e contribui para o conjunto de estratégias humanizadoras implementadas no DOD e na COD, em sua trajetória de implementação do currículo integrado e da Clínica Ampliada. As primeiras discussões sobre ACCR na COD se iniciaram em 2010, mas optou-se pela dedicação total à recém implantada Clínica Ampliada. No entanto, nesse ano decidiu-se que, quando possível, a implantação da ACCR iniciar-se-ia no SUO-COD e a fase de diagnóstico foi deflagrada com a pesquisa desenvolvida por Alexandrino (2011) sobre o perfil do usuário e dos atendimentos nesse Setor.

5.1. SITUAÇÃO EXISTENTE NO SERVIÇO E CARACTERÍSTICAS DO SETOR

5.1.1. Local da intervenção

O SUO-COD da UEM foi criado em 1998, proporcionando à demanda espontânea, um atendimento imediato aos casos considerados de urgência. Para fins de atendimento, são caracterizadas como urgências odontológicas as doenças pulpares e periodontais agudas, traumatismos dento-alveolares, traumas de oclusão e procedimentos de dentisteria relacionados à exposição dentinária com conseqüente sensibilidade. São realizados procedimentos para sanar o quadro de dor/sofrimento, sendo na sua maioria, de caráter provisório (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, 2002).

A sua equipe de trabalho é composta por duas Cirurgiãs-dentistas (CD) que atuam como supervisoras, com carga horária de 20 horas semanais em períodos alternados e duas Técnicas em Saúde Bucal (TSB) que trabalham 40 horas semanais. O funcionamento é diário, das 7:40 às 11:40h e das 13:30 às 17:30h, havendo uma variabilidade em função de férias e atividades acadêmicas. Os atendimentos são executados por alunos da quarta e quinta série do curso de graduação em Odontologia, que complementam parte do seu aprendizado clínico das disciplinas de Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva III e IV, cumprindo uma jornada de 80 horas. Dessa forma, o SUO-COD, além de ser uma extensão de serviços à comunidade, apoia o ensino e a pesquisa.

5.1.2. O processo de trabalho do SUO pré-intervenção

Para o diagnóstico da situação inicial, realizou-se um levantamento do perfil do usuário e dos atendimentos do SUO-COD no período de janeiro de 2009 a julho de 2011, que será objeto de apresentação e análise conjuntamente com a avaliação preliminar neste trabalho. No entanto, ele fez parte da discussão coletiva na qual também se problematizou o processo de trabalho do SUO-COD e que foi realizada nos primeiros meses de 2011 com um grupo de trabalhadores correspondendo aos integrantes do setor de acolhimento, vigilantes e gestores. Apesar da participação institucionalizada dos usuários estar inviabilizada na COPACA, ela está prevista e a articulação com os usuários foi trabalhada e intermediada pela participação da assistente social em todas as fases. Também se deu por meio da escuta qualificada dos Projetos Acolhida e Vida sobre as expectativas e queixas dos usuários, bem como orientação com relação aos direitos dos mesmos.

Um fluxograma inicial para a reflexão sobre como se processava o acesso do usuário ao SUO-COD (Figura 1) foi construído, à medida que se identificava os nós críticos na forma de se processar essa entrada da demanda espontânea. De acordo com Merrhy (1997), o fluxograma é uma ferramenta analisadora para representar esquematicamente o modo de organização de um conjunto de processos de trabalho que estão vinculados entre si. Desta maneira, a entrada e a saída do processo global é representada por uma elipse; os retângulos representam os momentos nos quais se realizam as etapas de trabalhos importante da cadeia produtiva; e, os losangos representam os momentos de decisão de caminhos a serem seguidos.

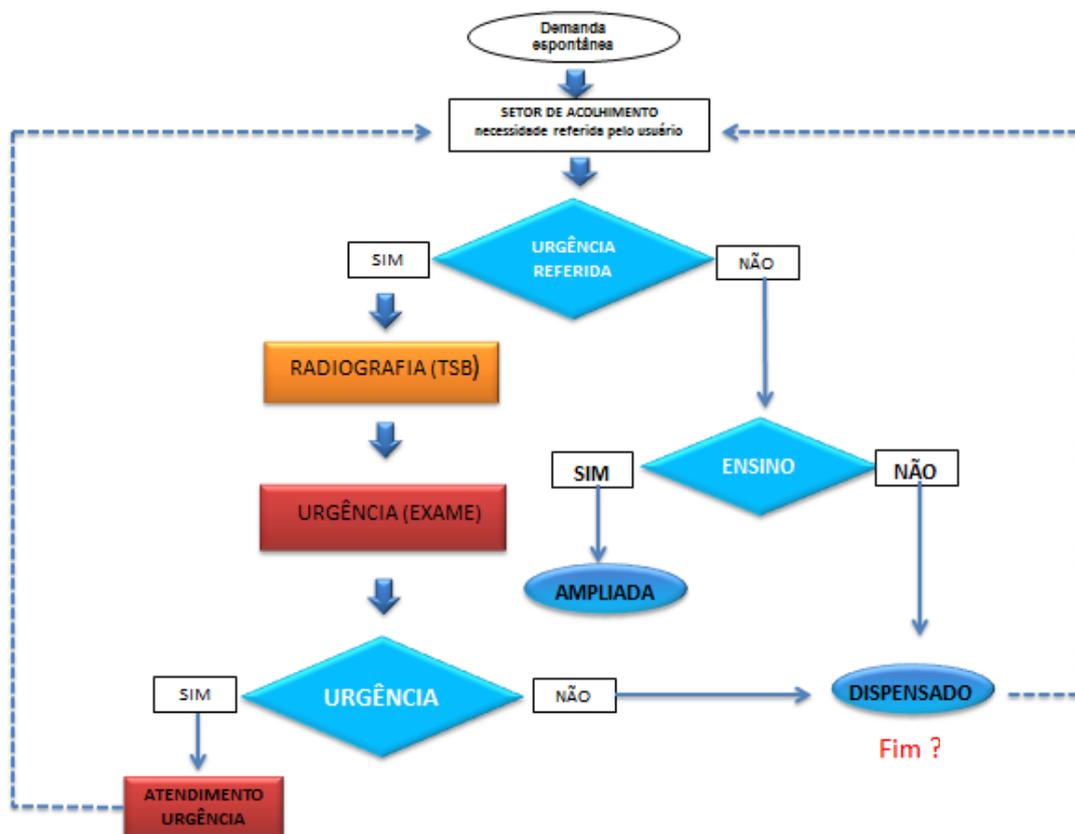


FIGURA 1 - Fluxograma do acesso da demanda espontânea da COD no período pré-intervenção.

Verificou-se que o acesso dos usuários se processava da seguinte maneira:

- o usuário apresentava-se à Clínica, podendo abordar tanto os vigilantes, que se posicionam na porta de entrada, quanto dirigir-se ao Setor de Acolhimento, com queixas diversas e solicitando o atendimento no Serviço de Urgências. Esses trabalhadores decidiam por encaminhá-lo ou não ao SUO, segundo sua própria percepção. Assim, evidenciou-se a falta de critérios para este encaminhamento, deixando que um trabalhador não capacitado decidisse sobre acolher ou não o caso;
- o recepcionista anotava o nome dos pacientes para o atendimento do SUO, formando uma fila e a TSB chamava-os por ordem de chegada. Sem participar ativamente do processo, a TSB radiografava todos os casos para agilizar o processo, não questionando se era realmente uma urgência. Constatou-se que, além do trabalho executado de forma mecânica e automática, tomadas radiográficas desnecessárias eram realizadas;

- após o exame radiográfico, o paciente era encaminhado ao SUO-COD para ser examinado pelo acadêmico estagiário, que procedia a anamnese e exame físico e, em conjunto com a cirurgiã-dentista supervisora, decidia pelo atendimento ou não do caso;
- como esse processo de avaliação era demorado, a maioria dos casos recebia algum tipo de intervenção, mesmo não se tratando de urgências;
- todos os usuários que passavam pelo SUO, atendidos ou não, eram orientados a retornarem ao Setor de Acolhimento. Como o número de vagas na Clínica é restrito em determinadas épocas do ano, o usuário era dispensado, sem perspectivas de solução do seu problema;
- um círculo vicioso era formado, pois o usuário não acolhido para tratamento, ao não ter seus problemas resolvidos acabavam retornando ao SUO, com seu caso ainda mais agravado.

Assim, os problemas principais relacionados ao trabalho do SUO-COD verificados foram:

- falta de critérios para o acesso dos usuários ao atendimento;
- atendimento fragmentado, tanto com relação aos atendimentos prestados pela própria clínica, quanto aos demais serviços de saúde impossibilitando a resolução dos problemas relativos às queixas dos usuários;
- desconhecimento sobre os propósitos do SUO por parte dos trabalhadores e dos usuários; e,
- desconhecimento dos fluxos internos e externos dos usuários.

Em resposta à esta problemática inicial levantada, desenhou-se a necessidade do envolvimento de atores externos à Clínica, além de representantes do Comissão Permanente de Avaliação da Clínica Ampliada (COPACA) nas discussões acerca da proposta a ser construída.

5.1.3. Construção da proposta de intervenção

Para a implantação de um sistema de classificação de risco em demandas de serviços de saúde, fez-se necessário a utilização de recursos metodológicos como: fluxograma analisador do processo de trabalho; oficinas de discussão e construção coletivas de ações, com a participação de equipes locais e/ou consultorias externas; e a elaboração de protocolos sob a ótica da intervenção multiprofissional na qualificação da assistência (BRASIL, 2004a). Dentro desta perspectiva, toda a proposta de mudança elaborada foi fruto de uma construção coletiva e, a partir da verificação da situação existente e das

características do setor e dos usuários, seguiu-se a preparação de um protocolo inicial e da escala com os critérios da classificação de risco a ser utilizada, baseado nos dados encontrados na literatura. Também, adaptou-se o fluxograma de acesso da demanda espontânea existente (Figura 1), para uma situação considerada mais adequada, considerando os problemas inicialmente identificados e aproveitando a oportunidade para a indicação de caminhos para solucioná-los.

O processo de construção foi fruto de pactuações entre profissionais, setores da COD e gestores da COD/DOD, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maringá, da 15ª Regional de Saúde e da macrorregião noroeste do Estado do Paraná. Para transpor a dificuldade imposta pela incompatibilidade de agendas dos participantes, optou-se pela divisão em grupos. As reuniões foram sequenciais em meados de 2011, com quatro grupos distintos, iniciando-se sempre com a contextualização e apresentação da proposta, seguida de discussão buscando dar respostas aos problemas levantados, considerando as peculiaridades, necessidades e contribuições de cada grupo, com o esclarecimento de dúvidas e a incorporação de sugestões e informações.

Os grupos de discussão foram:

- docentes representantes do COPACA da UEM, incluindo aqueles responsáveis pelos conteúdos de saúde coletiva no curso de mestrado, do Programa de Pós-graduação em Odontologia Integrada; docente responsável por abordar a Humanização na disciplina do quarto ano do curso de graduação em Odontologia; assistente social da COD; e, representante da gestão do DOD. **Objetivos:** apresentar e discutir a proposta inicial ao grupo; definir fluxos com vistas a integrar o atendimento do SUO ao acesso da clínica ampliada; pactuar cota de vagas para os usuários da demanda espontânea, entre outros.
- gestores representantes da coordenação de saúde bucal da SMS de Maringá, da 15ª Regional de Saúde e da macrorregião noroeste do Paraná. **Objetivos:** conhecer o fluxo externo dos usuários do SUO-COD, delimitando o campo de atuação do SUO perante o SUS, bem como pactuações para as referências necessárias; esclarecer sobre a porta de entrada para o SUS, para o município e região; e, identificar os serviços de saúde bucal disponíveis.
- trabalhadores que atuam no SUO-COD e no Setor de Acolhimento e gestores do DOD, representantes da equipe de acolhimento do Hospital Universitário Regional de Maringá (HURM), bem como seus gestores. **Objetivos:** problematização do processo de trabalho do SUO-COD desde a chegada do paciente na recepção até a saída pós-atendimento; divisão de responsabilidades e pactuação de metas para a operacionalização.
- gestores da COD e do DOD, com a participação de docente da área de cirurgia. **Objetivos:** discutir e aprovar a proposta, buscar apoio à

implantação e registrar a necessidade de recursos para eventuais modificações estruturais.

A partir do protocolo/protótipo inicial, o material foi incrementado a cada reunião chegando-se, finalmente, a uma proposta consensuada de escala de classificação de risco e de fluxograma de acolhimento da demanda espontânea. Desta maneira, considerando que, para a efetivação da implementação de um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) como o ACCR, a diretriz da co-gestão se faz necessária como um dos eixos estruturantes da mudança (Brasil, 2009a). A iniciativa aqui relatada possibilitou esse exercício tendo como foco o acolhimento e a forma de acesso dos usuários do SUO-COD, sendo esse o disparador de reflexões e de identificação de problemas no processo de trabalho, bem como de busca por soluções para os problemas identificados, incluindo em todos os momentos a triangulação gestor/trabalhador/usuário de forma participativa. Esta tríplice inclusão nos processos de gestão interfere na forma de se processar o trabalho em saúde na medida em que há uma participação ativa do trabalhador nos processos decisórios, levando a uma corresponsabilização pelos resultados. Da mesma forma, a cogestão reconhece que não há combinação ideal prefixada desses três pontos, mas que é no exercício do próprio fazer da cogestão que os contratos e compromissos entre os atores envolvidos vão sendo construídos (BRASIL, 2009b).

5.1.4. Protocolo de Acolhimento com classificação de risco para os usuários do SUO-COD

A) FLUXOGRAMA PARA O ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

O novo protocolo para o acesso dos usuários ao SUO-COD e da demanda espontânea à COD foi construído (Figura 2) ficando explicitados os pontos de entrada dos usuários e de decisão do processo, assim como as saídas possíveis dos usuários.

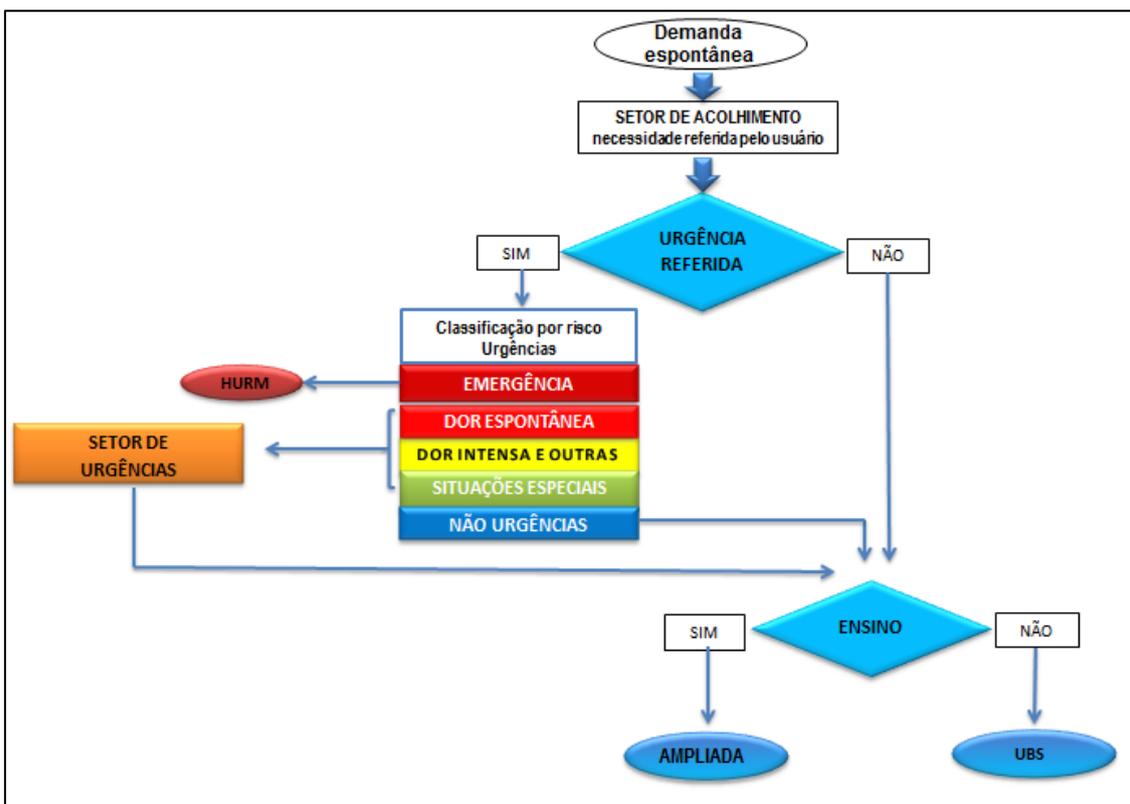


FIGURA 2 – Novo Fluxograma de acesso da demanda espontânea da COD.

De acordo com o fluxograma construído, a entrada dos usuários da demanda espontânea da COD inicia-se com o contato com o Setor do Acolhimento, onde o recepcionista deve ouvir sua queixa, em um processo de acolhimento, com uma escuta qualificada, tentando identificar qual a necessidade referenciada pelo usuário.

Para este trâmite, considerando o objetivo do atendimento do SUO-COD de sanar o quadro de dor/sofrimento em função de doenças buco-dentais agudas infecciosas ou traumáticas (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, 2002), se forem estes sinais e sintomas identificados pelo trabalhador ou autorreferidos, incluindo a dor, edema, histórico de traumatismos dento-alveolares e hemorragias pós-cirúrgicas, ou mesmo por solicitação do usuário ao atendimento de urgência, o recepcionista deve encaminhá-lo à classificação de risco, não cabendo a este trabalhador, julgamentos a respeito da intensidade da dor/sofrimento ou gravidade do caso.

A classificação de risco deve ser realizada por uma dupla constituída pelas trabalhadoras do SUO, que possuem experiência de, no mínimo 10 anos em atendimento de urgências odontológicas, ficando sempre uma TSB e uma CD responsáveis pela classificação, enquanto os acadêmicos apenas acompanham e serão gradualmente incorporados no processo. Neste período

inicial de implantação, a experiência dessas profissionais é de extrema importância, mas será minimizada pela especificidade da ficha de classificação de risco adotada.

Todos os usuários da demanda espontânea da clínica que forem incluídos no atendimento do SUO-COD devem ser classificados, conforme os critérios estabelecidos e apresentados a seguir. O paciente deve ser encaminhado ao serviço demandado para a resolução do caso, que pode ser considerado de emergência, urgência com seus respectivos níveis de estratificação, ou não urgência. No primeiro caso, o paciente deve ser encaminhado à especialidade identificada pela classificação, que no caso da Odontologia usualmente se trata da Cirurgia Buco-maxilo-facial e/ou Médica, podendo também ser encaminhado imediatamente ao HURM. No caso das urgências, os usuários devem ser encaminhados para atendimento por ordem de prioridade determinada pela classificação. Os casos de intercorrências decorrentes de tratamento realizado na COD serão absorvidos pelo SUO. Para os pacientes identificados como não urgentes devem ser feitos os encaminhamentos ao atendimento programado de rotina que pode ser ao acolhimento da clínica, se houver vaga disponível, ou às Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede municipal ou regional da sua área de abrangência.

Quando o problema de saúde referido pelo usuário da demanda espontânea não for considerado como urgência ou solicitar atendimento de outra ordem (necessidades diversas, restaurações, exodontias, profilaxia, entre outros), o agendamento para o atendimento programado da Clínica de ensino poderá ser diretamente realizado, se houver disponibilidade de vagas. Se não houver vaga, deve ser encaminhado à UBS da sua área ou município de abrangência.

Para a construção do fluxograma, além das informações coletadas por meio das reuniões coletivas, o fluxograma da Clínica Ampliada do DOD (ANEXO 4) explicita como se dá o processo de inserção no atendimento programado da Clínica.

Para facilitar o encaminhamento dos usuários às respectivas UBS de referência, uma apostila foi confeccionada para a cidade de Maringá (APÊNDICE 2), contendo o mapeamento de todas elas e suas respectivas áreas de abrangência, identificando os bairros atendidos pelas Unidades, com o endereço e telefone de cada uma. Este material está disponibilizado para as equipes responsáveis pelo acolhimento ao paciente: Setor de Acolhimento e SUO-COD. Para os usuários dos demais municípios, após o acolhimento procede-se o encaminhamento à Coordenação de Saúde Bucal da SMS de origem.

B) ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

À despeito das definições de urgência e emergência odontológicas, a escala de classificação de risco foi especificamente construída para o SUO-COD, com base no perfil do seu usuário e de seu atendimento, voltada à sua capacidade operacional, aos recursos disponíveis para o acolhimento à sua demanda e a sua inserção na rede de saúde do SUS. No entanto, ela pode servir de base ou ser aplicável para outras realidades.

Um processo de classificação se inicia pelo reconhecimento da apresentação usual do quadro ou síndrome clínica que o usuário apresenta (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008) e não implica em diagnóstico, mas sim em estratificação dos casos inicialmente reconhecidos por ordem de gravidade (MAFRA, 2006; GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2012). A organização do processo de trabalho do SUO implica na implementação de uma metodologia que dê agilidade ao atendimento ao mesmo tempo que seja confiável e segura, de modo que os casos mais graves sejam atendidos primeiro mas as demais queixas devem ser também consideradas e, mesmo as não urgentes do ponto de vista profissional, ter uma resposta resolutiva.

A partir dessa premissa, optou-se pela elaboração de uma escala simplificada, considerando como parâmetro da classificação, o problema de saúde autorreferido pelo usuário ou identificado pelos trabalhadores, no momento do acolhimento. Com isso, a classificação das urgências odontológicas deve ser realizada pela TSB, que faz a abordagem inicial do paciente. Uma ficha para a classificação foi elaborada (Figura 3), contendo a identificação do paciente; os horários de chegada, do início do atendimento e de saída; e, um roteiro com as principais manifestações discriminadoras, em ordem de prioridade. Também como processo de acolhimento, um espaço relativo aos encaminhamentos efetuados foi destacado na ficha. Se a TSB não identificar o problema apresentado pelo usuário ou este não constar no roteiro, esta poderá solicitar auxílio à cirurgiã-dentista supervisora para proceder a avaliação e classificação. Na abordagem, a TSB deverá explicar ao usuário qual o propósito do ACCR, do atendimento do SUO-COD, como se processa o acesso ao atendimento e como poderá ser resolvido o seu problema, utilizando-se o fluxograma como base.



Universidade Estadual de Maringá
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

HORÁRIO: _____

Chegada: _____

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - URGÊNCIA

Atendimento: _____

Prontuário: _____

Saída: _____

DATA: __/__/____

NOME: _____ IDADE: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

VERMELHO I: Pacientes que deverão ser encaminhados ao HURM

Hemorragia intensa;

Infecções com comprometimento sistêmico (febre, prostração);

Tumefação extensa (área dos olhos ou dificuldade para engolir/respirar);

Traumas maiores (laceração facial e bucal, fraturas ósseas);

Outros

VERMELHO II:

Pacientes institucionalizados/escortados/internados;

Hemorragias menores (controláveis em ambulatório);

Traumatismo alvéolo dentário (fraturas dentárias com exposição pulpar, luxação e avulsão, ocorridos em tempo inferior a 2 horas);

Dor espontânea (que não responde a medicação);

Tumefação relacionada a infecções de tecido mole (abcessos);

Outros

AMARELO:

Dor intermitente ou noturna (intensa mas que tem períodos de acalmia);

Outros

VERDE:

Traumatismos menores (fraturas dentárias sem exposição pulpar/ ocorridos há mais de duas horas);

Pacientes com doenças sistêmicas descompensadas ou comprometido sistemicamente e doença bucal;

Lesão bucal;

Pacientes com perda estética importante, com limitações sociais;

Manutenção da Clínica;

Cimentação de peças protéticas;

Outros

AZUL: Necessidades não urgentes

Dor leve, fugaz;

Sensibilidade dentinária;

Fratura de restauração;

Pacientes pediátricos para exodontia de decíduos;

Outros

ENCAMINHAMENTOS: ()COD ()Projetos ()Especialização
()UBS ()Prótese (alta)

Outros

FIGURA 3 - Ficha para a realização da classificação de risco do SUO-COD.

A escala desenvolvida apresenta cinco níveis de prioridades, identificadas por quatro cores:

Vermelho, prioridade I: casos de emergência odontológica;

Vermelho, prioridade II: casos de urgência maior;

Amarelo: casos de urgência menor;

Verde: condições especiais;

Azul: condições não-urgentes.

Beveridge (1998) orienta que uma escala de classificação de risco para atendimento de urgências pode ser realizada por meio de informações epidemiológicas do próprio serviço, observando as características culturais, demográficas, bem como os padrões de doenças encontrados e que os recursos disponíveis, a eficiência do sistema de classificação e a rede de saúde disponível influenciam a capacidade de atingir os objetivos, mesmo em serviços com características semelhantes. Por isso, torna-se relevante todo o cuidado com as reuniões preparatórias e o diagnóstico da situação pré-existente.

A escala concebida considerou também os objetivos para os quais o SUO-COD foi criado, o atendimento de quadros clínicos de dor/sofrimento em função de doenças buco-dentais agudas infecciosas ou traumáticas (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, 2002) e que vem de encontro com escalas descritas na literatura (EVANS et al., 2001; SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME, 2007).

Considerou-se como prioridade máxima do atendimento do SUO-COD (**Vermelho I**), os casos de emergência odontológica, caracterizados como quadros mais graves dos eventos descritos acima e, difere do nível de prioridade Vermelho II, por dois critérios: o de gravidade e pela necessidade de avaliação/intervenção de profissional do nível secundário de atenção, visto que o SUO-COD se encontra no nível básico, sendo os alunos da graduação supervisionados por CD os responsáveis pela execução dos procedimentos. São consideradas emergências odontológicas a hemorragia intensa, infecções de origem buco-dental graves com possibilidade de comprometimento sistêmico e os traumas maiores.

A hemorragia considerada intensa, é aquela contínua e não controlada pela aplicação de pressão direta local e na qual o sangue continua fluindo rapidamente através de compressas grandes (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008) não sendo passíveis, portanto, de controle por medidas locais em nível ambulatorial. Os traumas maiores compreendem os faciais, com suspeitas de fraturas ósseas e lacerações faciais extensas. Dentre os sinais de infecção aguda de origem buco-dental observados nos casos de emergência, podem ser citados a tumefação extensa que se estende para a região periorbitária ou para

a região do pescoço, dificultando a deglutição e respiração e podendo resultar em trismo (EVANS et al., 2001). A temperatura, a depender da intensidade, é um indicador de gravidade do quadro clínico (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008), portanto, a febre é um sintoma relacionado à possibilidade de infecção disseminada e a sua presença, assim como a descrição de qualquer sinal ou sintoma sistêmico associado à infecção buco-dental aguda, deverá ser considerada como discriminador.

Como prioridade **Vermelho II**, encontram-se os casos descritos como urgência maior, para se diferenciar da urgência menor ou amarela. Como na Odontologia os casos de urgência não representam risco de vida, as prioridades desta classe são motivadas pelas especificidades da demanda do SUO. Por se tratar de um serviço público de saúde, a presença de usuários institucionalizados foi relatada pelos trabalhadores e, em especial os usuários que necessitam de escolta, trazem constrangimentos aos trabalhadores e aos demais usuários, assim como o risco de complicações como uma eventual tentativa de fuga ou resgate. Além disso, eles devem retornar o mais rápido possível à instituição de origem. Como manifestações clínicas foram incluídas as hemorragias menores, traumatismos dento-alveolares e dor de origem dentária espontânea e contínua.

As hemorragias menores são descritas como não contínuas, ou seja, aquelas controláveis por medidas locais (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008). Os traumatismos dento-alveolares ocorridos em tempo inferior a duas horas também são considerados casos de urgência maior, pois a demora pode implicar em sequelas como a perda do dente acometido. Isso vem de encontro ao protocolo médico canadense (BEVERIDGE, 1998) no qual os casos de traumatismo alvéolo-dentário em crianças com avulsão devem ser atendidos em até 15 minutos (prioridade de nível II) e os demais traumatismos em até 30 minutos (nível III). A dor, pela perspectiva do paciente, é um discriminador para se classificar o sofrimento e a gravidade do caso (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008), sendo que a responsável pela maioria dos atendimentos de urgências odontológicas (CASSAL; CARDOZO; BAVARESCO, 2011; SANCHEZ; DRUMONT, 2011; FIGUEIREDO; CARNUT; GOES, 2010; SQUAIR et al., 2012). No SUO, a maioria das urgências diagnosticadas tratava-se de origem endodôntica (ALEXANDRINO, 2011; PORTO, 2012) e por isso a prioridade II é a dor espontânea, que representa um sintoma de estado mais evoluído de comprometimento pulpar/periapical (ALVARES; ALVARES, 2001). A descrição de incapacitação de funções, seja mastigatória ou outra, em função da dor também será considerada.

Para a prioridade **Amarela**, o descritor observado é também a dor, mas de aparecimento não espontâneo e intermitente e/ou incapacitante, identificada como moderada a intensa, passível de controle por analgésicos. São casos em

que o usuário não poderá aguardar por atendimento programado, pois a dor é intensa, mesmo que em curtos períodos ou que não esteja com dor no momento.

Como prioridade **Verde** são incluídas condições que devem ser alvo de atendimentos no SUO, ainda que não sejam caracterizadas como urgências odontológicas mas as são do ponto de vista do usuário ou por merecerem atenção diferenciada pela condição sistêmica do paciente. Deverá ser objeto de avaliação do SUO o relato de doença crônica descompensada e infecção bucal, pois um agravamento poderia expor o paciente a risco sistêmico; lesão bucal autorreferida que deverá ser examinada, avaliada e encaminhada, se necessário; e, perda estética relevante, autorreferida pelo usuário como limitante do ponto de vista psicossocial. Como contribuição do SUO-COD na constituição e manutenção do vínculo com a COD, foram incluídos neste nível os casos não urgentes, mas que pela continuidade do cuidado prestado pela Clínica necessitam de atendimentos sem programação, como intercorrências nos usuários em atendimento regular. São casos de acompanhamento pós-operatório, manutenção de aparelhos protéticos ou ortodônticos, recolocação de peças protéticas executadas, entre outros.

O nível **azul** compreende todas as demais queixas odontológicas não urgentes, sendo que se destaca na ficha: dor leve, sensibilidade dentinária, fraturas de restauração e exodontia de decíduos em pacientes pediátricos. São usuários que têm necessidade de tratamento odontológico percebido como urgente, mas que não são reais e podem aguardar por atendimento programado, cabendo ao SUO-COD, de acordo com o protocolo, referenciar aos serviços de saúde demandados, para a resolução do problema relatado.

Os usuários com idade superior a 60 anos e crianças deverão ter prioridade respeitando-se os níveis de classificação, assim como pacientes que por condição fisiológica ou patológica se encontrem em situação de vulnerabilidade, como pacientes com necessidades especiais e gestantes. Isto significa que, após a determinação da classificação, estes terão prioridade com relação aos pacientes do mesmo nível.

5.2. IMPLANTAÇÃO

Após finalização da proposta de intervenção, iniciou-se a **segunda fase** do processo que compreendeu a operacionalização da implantação propriamente dita. Para tanto, uma capacitação de todos os envolvidos, trabalhadores do SUO, do setor de acolhimento, vigilantes e assistente social foi realizada no último trimestre de 2011. Por meio de oficinas, conceitos chaves sobre o tema do ACCR foram discutidos e fundamentados, objetivando

promover e favorecer a apropriação das tecnologias disponíveis para sua implementação, com vistas à efetivação das mudanças no fluxo da demanda e o pleno conhecimento do protocolo desenvolvido.

Os conteúdos trabalhados envolveram a contextualização da implantação da PNH na COD, o processo de trabalho em saúde, a classificação de risco e a apresentação de experiências em ACCR que deram certo; os conceitos de urgência e emergência em Odontologia, com o conhecimento do Regulamento do SUO; a apresentação da proposta de ACCR finalizada, com simulações do atendimento o protocolo e discussão sobre os possíveis problemas a serem enfrentados e sugestões para sua solução.

Após a capacitação dos trabalhadores, iniciou-se a implantação da classificação de risco no SUO em janeiro de 2012, sendo que os primeiros 30 dias representaram o período de teste do protocolo de acesso, sendo acompanhado pela pesquisadora, identificando problemas operacionais, estruturais e esclarecendo as dúvidas advindas em relação à escala de classificação e protocolo de acesso.

Durante o período inicial do processo de mudança foram realizadas reuniões ordinárias periódicas bimestrais e extraordinárias sempre que se fazia necessário com a equipe de trabalhadores do SUO e Acolhimento, assistente social e gestores, para correções de rumo, assim como adaptações e alterações no protocolo, tão logo fossem detectadas dificuldades (Tabela 1).

TABELA 1 - Resumo dos principais problemas identificados durante a implantação da classificação de risco no SUO-COD e sugestões apresentadas para melhor resolução.

Reunião	Problema	Sugestão
FEVEREIRO 2012	Não existe local apropriado para a classificação.	Deverá ser destinada uma sala própria próxima ao SUO. Por hora, realizar no espaço reservado na sala de espera, que conta com escrivaninha e cadeira, para assegurar a privacidade.
	Não existe equipe especializada para o atendimento de urgências de casos complexos.	Formar equipes de apoio ao SUO compostas por professores, estagiários e monitores das especialidades, estabelecendo uma escala de plantão.
ABRIL 2012	Não existe serviço de referência para casos de necessidade de prótese provisória.	Solicitar aos professores de prótese, monitores para o atendimento ressaltando que se destina somente aos usuários em atendimento na COD. Aos demais usuários, verificar outras instituições de ensino e levar a demanda para os gestores municipais.
JUNHO 2012	Não existe fluxo definido para o adequado acolhimento dos casos de violência que possam ser atendidos no SUO.	Casos suspeitos de violência, seja por relatos ou identificação de sinais de qualquer natureza, deverão ser encaminhados à assistente social para avaliação e encaminhamento adequado do caso.
SETEMBRO 2012	Não existe serviço de atendimento às urgências nos finais de semana, dificultando o acompanhamento necessário para alguns casos	Entrar em contato com a área da Cirurgia Buco-maxilo-facial para discutir a possibilidade deste acompanhamento por residentes e levar a demanda à gestão municipal.

5.3. AVALIAÇÃO PRELIMINAR

A avaliação preliminar dos seis meses de implantação do ACCR no SUO-COD foi realizada comparando-se o perfil do usuário e do atendimento no período pós com o pré-intervenção, além da análise dos dados coletados nas fichas de classificação de risco dos usuários atendidos no período.

5.3.1. Atendimentos realizados

Para a análise do perfil do usuário e do atendimento do SUO-COD verificou-se que um total de 8.188 atendimentos foram realizados (Tabela 2), sendo 1.657 no período pós-intervenção e e 6.531 no pré-intervenção. Houve uma lacuna de estudo no período de agosto a dezembro de 2011 pela indisponibilidade dos dados, à revelia dos pesquisadores. Foram consideradas para fins de análise, apenas as fichas que apresentavam-se adequadamente preenchidas. Portanto, do total de 1.657 fichas de atendimentos realizados em 2012, 1.609 foram incluídas na avaliação preliminar, havendo um descarte de 3%. No período pré-intervenção, do total de 6.531, 1.293 foram excluídas representando 20% e restando 5.238 fichas para análise.

TABELA 2 – Casuística e frequência dos atendimentos realizados e analisados nos períodos pós e pré-intervenção.

Atendimentos/Fichas	Quantidade n (%)	
	Pós (01-07/12)	Pré (01/09-07/11)
Atendimentos realizados	1.657 (100)	6.531(100)
Fichas excluídas	48 (3)	1.293 (20)
Média de atendimentos diários	14	11
Amostra atendimentos analisados	1.609	5.238

Pode-se perceber que a implantação do ACCR trouxe um expressivo aumento na eficácia do trabalho desempenhado pela equipe do SUO-COD, considerando que em termos de avaliação de ações em serviços de saúde o conceito de eficácia significa realizar bem, com a melhor qualidade possível as

ações programadas (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR, 2001). A melhora na atenção destinada ao preenchimento das fichas foi considerável e de 20% de fichas incorretamente preenchidas reduz-se a 3% no período pós-intervenção. Uma maior dedicação ao trabalho pode estar relacionada ao aumento na motivação e satisfação da equipe, objetivo conseguido por meio da gestão participativa (BRASIL, 2009b) exercitada durante este trabalho. Reflete ainda uma modificação na estruturação do trabalho constituindo-se, de fato, em um trabalho em equipe, pois no caso do SUO-COD, o preenchimento das fichas clínicas é realizado pelo acadêmico que faz o atendimento e que não participou diretamente das capacitações. Porém, houve uma corresponsabilização de todos neste preenchimento, deixando de ser objeto de atenção somente do acadêmico, mas de toda a equipe, TSBs e CDs, refletindo também uma melhora na supervisão do trabalho.

Segundo a literatura, a demanda por serviços de urgência é extensa (SILVA, 2009; FIGUEIREDO; CARNUT; GOES, 2010) e vem aumentando progressivamente com o passar do tempo (LADRILLO; HOBDELL; CAVINESS, 2006; WONG, 2012). Este fato pode ser observado neste estudo, pois houve um ligeiro aumento de 11 atendimentos diários em média no período pré para 14 atendimentos na fase pós-implantação e se torna mais evidente se comparado com o estudo realizado anteriormente no SUO-COD por Mito e Hidalgo (2003), que apresentou uma média de atendimentos diários de 5,6.

Apesar dos investimentos e implantação de uma Política Nacional de Saúde Bucal em nosso país (BRASIL 2000 E 2004b), estes números refletem a lacuna existente com relação ao acesso à atenção em saúde bucal. Vale destacar que, muitas vezes, apenas a oferta do serviço não se traduz em acesso, pois a concepção do usuário sobre o processo saúde-doença influencia na maneira como ele manifesta suas necessidades ao procurar o serviço de saúde (MATUMOTO, 1998). Esta concepção é constituída sócio-historicamente e, no caso da Odontologia no Brasil, os modelos excludentes do passado, que ofertavam atendimentos a adultos somente em caso de urgência (RONCALLI, 2000) sendo muitas vezes tratamentos mutiladores, contribuíram para a consolidação de procura de atendimento somente em caso de dor.

5.3.2. A Classificação de risco

O SUO-COD corresponde a um serviço de urgências odontológicas inserido em uma clínica de ensino, que segundo Gonçalves e Verdi (2005) são estabelecimentos vinculados aos cursos de Odontologia das universidades e mantidos por verba pública, que prestam atendimento odontológico à

população, por meio de profissionais ainda em formação. Sendo assim, algumas dificuldades são comuns e até inerentes à esse tipo de serviço como a dependência de suas atividades ao calendário letivo, o tempo de atendimento ser dependente do desenvolvimento do acadêmico e a necessidade de adequação do caso clínico às competências e habilidades dos alunos de graduação (KANEGANE, 2011).

Dentro deste contexto, o SUO-COD resente-se das mesmas dificuldades que são ampliadas ao considerar a grande demanda reprimida existente em saúde bucal, o que levou à busca de alternativas para uma gestão adequada do Serviço. O ACCR se mostrou como ferramenta útil e necessária para se adequar os recursos disponíveis às necessidades dos usuários, ao mesmo tempo que buscou contribuir para os princípios da atenção básica (BRASIL, 2009a, 2008, 2004a) uma vez que se reflete, discute, pactua e exercita a universalidade, acessibilidade, o vínculo e continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social.

A implantação do ACCR no SUO-COD foi avaliada quantitativamente nos primeiros seis meses de implantação e seus resultados, ainda que preliminares, poderão direcionar ajustes e complementações ao protocolo, além de possibilitar a identificação de indicadores de desempenho e orientar metas para as equipes de trabalho da COD.

Analisando a Tabela 3, pode-se perceber que um percentual de 10% dos atendimentos não foram submetidos à classificação de risco. Considerando que o ACCR é uma ferramenta útil para se organizar grandes demandas, este resultado pode representar os momentos em que a demanda no período foi considerada baixa ou inferior à capacidade de atendimento, sendo desnecessária a classificação, pois todos seriam atendidos de imediato. Sendo assim, uma parcela considerável (90%) do total dos atendimentos realizados de janeiro a julho de 2012 foram submetidos à classificação de risco, e deste total, uma pequena porcentagem (4%) foi excluída restando uma amostra de 1.438 fichas para análise nesta avaliação preliminar.

TABELA 3 – Fichas de classificação de risco.

Fichas	Quantidade n (%)
Total	1.657 (100)
Classificadas	1.497 (90)
Excluídas	59 (4)
Amostra analisada	1.438

Para a classificação do risco, as apresentações clínicas são identificadas, avaliadas e utilizadas juntamente com outras informações para estratificação dos níveis de classificação locais (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008). Assim sendo, colocou-se como discriminador da prioridade a apresentação clínica ou problema de saúde relatado pelo usuário ou identificado pela responsável pela classificação. Na escala construída há cinco níveis classificatórios sendo que os intermediários (Vermelho II, Amarelo e Verde) são referentes ao público alvo objeto de intervenção no SUO-COD como demonstrado no Fluxograma de acesso à demanda espontânea da COD (Figura 2). Os níveis de prioridade Vermelho I e Azul, embora sejam sempre avaliados e acolhidos, a realização do procedimento necessário pode não ocorrer nas dependências do SUO-COD, por ser este um serviço que presta atendimento odontológico básico. O acolhimento pressupõe a adequação dos recursos disponíveis para que concorram na resolução dos problemas do usuário (MATUMOTO, 1998) e traduz-se em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário (BRASIL, 2004a, 2008 e 2009). Sendo assim, diferentemente das escalas médicas e odontológicas conhecidas, o nível mais alto de prioridade não se constitui em objetivo de intervenção do SUO-COD, devido a necessidade de atendimento especializado. Porém, por fazer parte da demanda que procura este serviço é avaliado e, reconhecida a sua gravidade, a melhor forma de se solucionar o problema do usuário, com maior agilidade possível, independente de quem a executa, se interna ou externamente é buscada.

A Figura 4 apresenta as frequências dos casos classificados em cada nível de prioridade, segundo risco apresentado ao ser atendido no SUO-COD, no período utilizado para a avaliação preliminar. Verifica-se que, do total dos usuários classificados, cerca de 1% o foram como nível Vermelho I. Destes, 75% foram encaminhados ao HURM e 25% foram atendidos no SUO-COD, por

residentes da Cirurgia Buco-maxilo-facial (dados não apresentados). Portanto, o acolhimento entendido aqui como a escuta às necessidades dos usuários com vistas à integralidade do cuidado e a articulação com a rede de saúde local se mostrou efetiva para garantir a resolutividade dos casos.

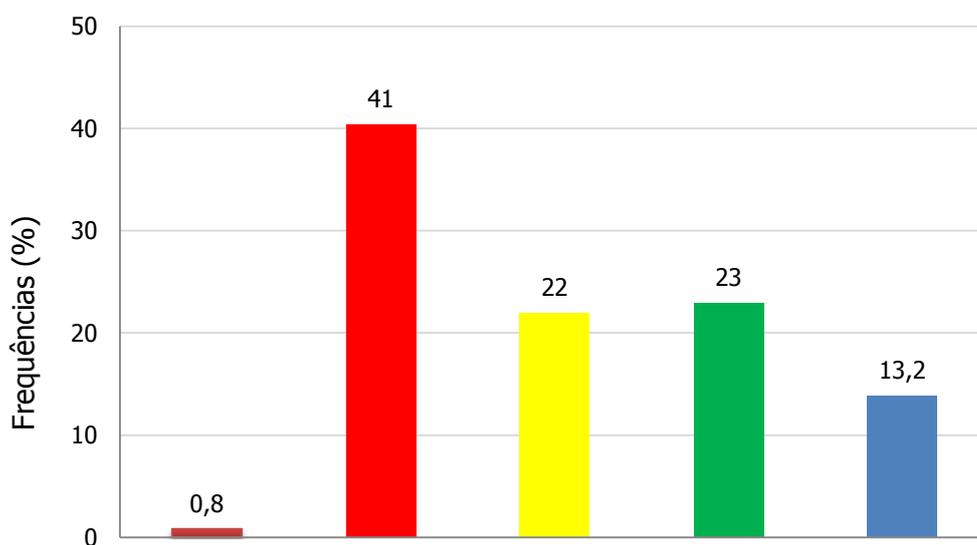


FIGURA 4 – Frequências (%) dos casos classificados em cada nível de prioridade, segundo risco apresentado ao ser atendido no SUO-COD no período de janeiro a julho de 2012.

Avaliando as demais categorias de classificação de risco, pode-se perceber que conseguiu-se organizar a demanda, proporcionando maior eficiência ao Serviço. Considerando que eficiência se traduz em uma utilização mais racional dos recursos disponíveis (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR, 2001) e compreendendo que o SUO-COD foi idealizado e organizado para o atendimento de usuários com necessidades urgentes em saúde bucal, verificou-se que a demanda atendida correspondeu aos objetivos do serviço, pois os níveis de prioridade Vermelho II, Amarelo e Verde, representaram a expressiva maioria correspondendo a 86% dos casos atendidos. Ao observar o percentual de frequência do nível verde (23%) similar ao amarelo (22%), pelo olhar estritamente biológico poder-se-ia sugerir que o SUO-COD estaria se desvirtuando dos objetivos para os quais foi criado. Entretanto, a inclusão de casos considerados não-urgente do ponto de vista biológico, mas considerados urgentes pela perspectiva do usuário, representam uma inversão do objeto de trabalho do Serviço, antes focado na doença, agora voltado para os sujeitos

com problemas de saúde, o que demonstra a inserção do SUO-COD no contexto da clínica ampliada (HAYACIBARA et al., 2012). Para exemplificar, destaca-se os casos de lesão bucal que representam uma ampliação dos cuidados do SUO para além da produção de procedimentos, visto que a intervenção nestes casos não é nela realizada. Ao identificar a apresentação clínica de lesão bucal há a responsabilidade de acolher, avaliar a necessidade de se agilizar o tratamento e dar apoio emocional quando necessário. De forma similar, o atendimento aos usuários que solicitam o atendimento devido a perda estética considerada limitante do ponto de vista psicossocial, ou seja, comprometendo a capacidade do indivíduo de exercer suas atividades sociais, correspondem ao esforço em se considerar o usuário em seu contexto integral (biopsicossocial).

Como visto, o ACCR no SUO-COD contribuiu para a construção e fortalecimento do vínculo dos usuários com o Serviço e com a própria Clínica, pois houve a extensão do atendimento do SUO a situações/problemas em que, pela perspectiva da Instituição de ensino podem ser considerados urgentes. Casos de pacientes que fazem parte do atendimento programado da clínica, que devido a uma intercorrência ou um momento de agravamento de seu problema é acolhido no SUO-COD, constitui-se em uma responsabilização por estes usuários, representando uma continuidade do cuidado e a melhoria da qualidade do tratamento prestado pela COD.

Um percentual de 13,2% procurou o SUO-COD com necessidades diversas, consideradas não urgentes ou não prioritárias para o atendimento neste Serviço. O não atendimento da necessidade do paciente de imediato e o seu encaminhamento a outro serviço pode ser realizado de forma acolhedora, se houve uma disposição para escutar, procurar dar o encaminhamento adequado e orientar o usuário no caminho a percorrer para a solução do problema (MATUMOTO, 1998). Ressaltado na literatura sobre acolhimento (BRASIL, 2004a, 2008 e 2009a), configura-se como encaminhamento responsável, pois o trabalhador/serviço como no caso o SUO-COD, referencia o usuário mediante o conhecimento sobre qual serviço é o adequado para prestar este atendimento. A busca por esta informação passa pelo estabelecimento do fluxo externo ao Serviço (Figura 2), pelo empenho da gestão em pactuar vagas para tratamento e do trabalhador em buscá-la no momento do atendimento, proceder o encaminhamento e a devida orientação ao usuário e/ou acompanhante.

A escala desenvolvida e empregada neste estudo se adequa às necessidades de um serviço de urgências odontológicas como o SUO-COD, pois apresentou uma distribuição de frequência em cada nível de classificação similar a um estudo com escalas médicas, principalmente com relação aos níveis de prioridade mínima e máxima (SOUZA, 2009). Kanegane (2011) testou parte da escala médica MTS aplicável à Odontologia em um Serviço de

Urgências Odontológicas de uma Faculdade de Odontologia observando que nenhum caso foi classificado como nível primeiro de prioridade e um grande percentual (33%) como nível azul, o que significaria uma inadequação desta escala às demandas de urgências odontológicas. Entretanto, vale ressaltar que seu estudo não abordou a dificuldade de acesso dos usuários a tratamentos regulares, nem formas de se processar o acolhimento da demanda não absorvida pela clínica da faculdade, o que justificaria os dados encontrados.

Na Figura 5 pode-se verificar as principais ocorrências clínicas na classificação realizada. Concordando com a literatura (CASSAL; CARDOZO; BAVARESCO, 2011; SANCHEZ; DRUMONT, 2011; SQUAIR, 2012), a dor representa o sintoma/queixa mais referida (62%) pelo paciente como causa da procura pelo atendimento de urgência, constituindo-se em um problema de saúde que se associa com modelos de atendimento odontológico exclusivos com o conseqüente uso frequente dos Serviços de Urgências (CASSAL; CARDOZO; BAVARESCO, 2011). No quantitativo das apresentações clínicas, verificou-se ainda que se destacaram os casos de usuários da própria clínica que necessitavam de cuidados extras (13%). Sugere-se o acompanhamento deste indicador ao longo do tempo, subsidiando os gestores para adequações na assistência prestada pela COD, em especial com relação ao atendimento dos pacientes dos cursos de pós-graduação lato sensu, bem como a discussão sobre uma eventual revisão e adequação dos critérios da escala de classificação.

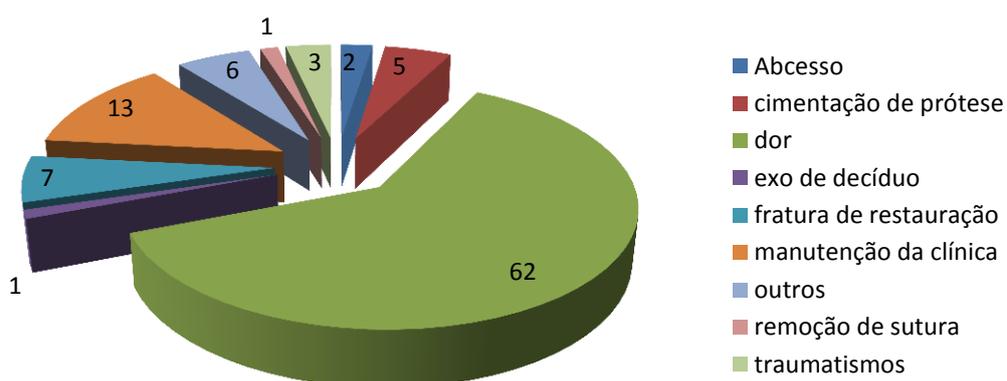


FIGURA 5 – Percentual de cada ocorrência clínica identificada durante a classificação de risco.

Foram analisados os tempos espera e de atendimento, correspondendo respectivamente ao tempo decorrido desde o momento em que o usuário entrou em contato com a recepção até o momento em que foi atendido pelo acadêmico e aquele do início ao término do atendimento pelo acadêmico, com a saída do paciente. Os resultados obtidos (Tabela 4) serão utilizados para informar aos pacientes, a partir do ano de 2013, sobre o tempo aproximado de espera para o seu atendimento, segundo a classificação que apresente e a capacidade operacional do SUO-COD, identificada neste estudo. Portanto, metas tanto para o acolhimento quanto para o atendimento clínico prestado aos usuários do SUO-COD poderão ser propostas à partir destas informações. Como demonstrado, o ACCR proporcionou a ordenação da espera por atendimento em função da gravidade/sofrimento, invertendo a característica histórica dos serviços de saúde de atendimentos por ordem de chegada no qual aquele que apresenta uma queixa aguda, um sofrimento, espera em detrimento daqueles que estão com retorno programado ou tem queixas menos complexas (MATUMOTO, 1998). Digno de menção que não se observou descontentamento ou revolta por parte dos usuários ao ser explicado a necessidade de maior espera para os casos menos graves. Assim, com o acolhimento, oportuniza-se o exercício do princípio da equidade do SUS, oferecer mais a quem mais necessita. Isso pode ser observado pela análise de outro dado, o erro padrão do tempo de espera, no qual se demonstra que todos aqueles com prioridade I foram rapidamente atendidos e os demais classificados, apresentaram atendimentos com duração variada, denotando também eficácia - no seu entendimento mais amplo - do serviço.

É apresentado o tempo de espera e de atendimento de usuários classificados como azul, que deveriam simplesmente ser encaminhados para verificação de vaga no ensino e, na ausência dela, encaminhados. Isso se deu, e, nos dias de pouca demanda, estes também foram atendidos no SUO-COD, ainda que não fosse o público alvo.

TABELA 4 – Tempos médios de espera e de atendimento para cada nível de prioridade, segundo risco apresentado ao ser atendido no SUO-COD no período de janeiro a julho de 2012.

Prioridade Cor	Tempo de espera (min)	Erro padrão	Desvio padrão	Tempo de atendimento (min)	Erro padrão	Desvio padrão
Vermelho I	13	2,15	7,76	47	11,9	37,6
Vermelho II	21	0,85	20,757	63	1,49	36,02
Amarelo	29	1,17	21,69	54	1,71	31,65
Verde	48	2,15	38,37	29	1,28	22,78
Azul	58	3,42	43,35	29	2,14	26,86

Considerando o tempo de atendimento, pôde ser observado que há um investimento maior de tempo para os casos classificados como Vermelho II (63min) e Amarelo (54min). Considerando que, para os objetivos do SUO-COD, estes casos representam as urgências reais, novamente demonstra-se uma adequação dos recursos disponíveis aos problemas trazidos pelo usuário. Deve-se ressaltar as dificuldades em relação à rede de saúde de referência pelo tempo médio de 47 minutos de atendimento para os casos de nível Vermelho I, considerando que estes casos em sua maioria são referenciados para encaminhamento responsável a outros profissionais/serviços, realizado mediante a avaliação em conjunto com a CD supervisora e o contato telefônico desta com o profissional de referência, com a garantia de atendimento. Fica implícito que, mesmo que esta avaliação ocorra com agilidade máxima, o mesmo não ocorre em relação ao serviço referenciado, visto que as prioridades para as instituições são diferentes: as emergências odontológicas nem sempre são consideradas emergências médicas. Desta maneira, este dado revela a necessidade de investimentos na formação da rede de referência disponível, com a intensificação das discussões sobre o acolhimento e o fluxo externo à Clínica podendo o ACCR no SUO-COD ser um potencializador dessa iniciativa.

5.3.3. O perfil do usuário e do atendimento

Ainda que em uma avaliação preliminar, é mister realizar o acompanhamento constante do perfil do usuário e do atendimento do SUO-COD para detectar eventuais modificações e possibilitar que, futuramente, se desenvolva indicadores de desempenho e metas para as equipes de atendimento às urgências da COD, que poderão ser utilizados em pactuações internas do próprio Serviço da COD ou externamente, com os demais serviços de saúde.

A Tabela 5 demonstra que não houve modificações com relação às características do usuário do SUO-COD, aproximando-se àquelas descritas em estudos anteriores do Serviço (MIOTO; HIDALGO, 2003; ALEXANDRINO, 2011; PORTO, 2012) e consenso com a literatura que aponta uma procura maior pelo gênero feminino (TORTAMANO et al., 2007; SILVA et al., 2009; CASSAL; CARDOZO; BAVARESCO, 2011; FIGUEIREDO; CARNUT; GOES, 2010; SANCHEZ; DRUMONT, 2011). Atribui-se à mulher uma maior importância dada aos cuidados com a saúde e estética (SILVA, 2009) e de acordo com Sanchez e Drumont (2011), a explicação está relacionada à questão cultural ou social, cuja concepção de responsabilidade pelos cuidados de saúde da família fica à ela delegada, além da questão reprodutiva que a coloca naturalmente mais disposta à frequentar serviços de saúde, em função do pré-natal realizado. Não obstante, Silva (2009) afirma que o principal motivo pela procura do atendimento é a dor, independente do gênero, e Kanegane (2011) relata que a maioria dos problemas que demandaram atendimento de urgência não fizeram distinção entre os gêneros.

TABELA 5- Perfil dos usuários atendidos no SUO-COD-UEM nos períodos pós e pré-intervenção.

Perfil		Frequência % (n)	
		Pós (n=1.609)	Pré (n=5.238)
Gênero	Masculino	44 (709)	43 (2.247)
	Feminino	56 (900)	57 (2.991)
Idade	até 10 anos	14 (221)	8 (441)
	11 a 18 anos	15 (233)	9 (459)
	19 a 35 anos	31 (494)	37 (1957)
	36 a 50 anos	23 (382)	29 (1.494)
	>50 anos	17 (279)	17 (887)
Origem	Maringá	88 (1.415)	88 (4.604)
	Zona Rural	1 (3)	3 (120)
	Municípios 15ª Regional de Saúde	5 (101)	7 (362)
	Municípios outras Regionais	2 (28)	1 (77)
	Sem endereço fixo	4 (62)	1 (75)

Adultos jovens corresponderam à faixa etária com maior frequência em todo o período analisado, guardando estreita similaridade com a literatura (MIOTO; HIDALGO, 2003; SILVA et al., 2009; CASSAL; CARDOZO; BAVARESCO, 2011; ALEXANDRINO, 2011). Considerando que esta faixa etária corresponde à fase produtiva, pode se especular que a jornada de trabalho torna-se um empecilho ao atendimento programático, levando a procura por atendimentos de urgência (CASSAL; CARDOZO; BAVARESCO, 2011).

Com relação à origem dos usuários, percebe-se que a grande maioria (88%), nos dois períodos pesquisados, era originária do município de Maringá, fato esperado considerando ser o município sede da COD. Os demais usuários se dividiram entre originários da Zona Rural, dos demais municípios da 15ª Regional de Saúde e de outras Regionais de Saúde do Paraná, com pequenas variações entre os períodos, o que vai de encontro ao descrito por Sanchez e Drumont (2011) sobre a dificuldade de acesso do usuário à esse serviço de

saúde básico em alguns municípios, demonstrando uma violação aos princípios da atenção básica, visto que as urgências odontológicas estão incluídas, de acordo com Norma Operacional da Assistência à Saúde - SUS 01/02 (BRASIL, 2002) como um procedimento mínimo a ser garantido à população. Destaca-se na literatura os consideráveis avanços na redução das desigualdades no acesso e o aumento na utilização de serviços odontológicos no Brasil (PERES et al., 2012) mas, houve uma pequena elevação da população socialmente vulnerável representada pelos usuários que não possuíam endereço fixo.

Para avaliar o perfil do atendimento, comparou-se o fluxo de atendimento nos dois períodos (Tabela 6). Pode ser verificado o expressivo aumento dos usuários que já haviam sido atendidos no serviço, maior inclusive que os percentuais encontrados no anteriormente (43%) por Mioto e Hidalgo (2003). Pode se afirmar que este alto percentual corresponde aos usuários que não possuem acesso ao atendimento regular odontológico ou não procuram, não tendo seus problemas resolvidos e, então retornam ao SUO-COD, com o mesmo ou um novo problema. Refletem também, a insuficiente abrangência das ações de promoção e prevenção em saúde bucal e é corroborado por dados como os de Tortamano e colaboradores (2007) e Cassal; Cardozo e Bavaresco (2011), que relataram 38% e 64% de usuários reincidentes, respectivamente. Espera-se que as modificações no SUO-COD em função da implantação do ACCR e o encaminhamento responsável sejam percebidas em avaliações futuras.

O aumento expressivo no percentual dos encaminhamentos efetuados a partir do atendimento no SUO-COD e observado na Tabela 6, passando de 45% no período inicial para 83% após a implantação da classificação de risco, também relaciona-se ao aumento da eficácia no trabalho conseguida mediante a corresponsabilização pela resolução dos problemas dos usuários com a procura de alternativas disponíveis na rede de saúde local.

TABELA 6 – Fluxo do atendimento do SUO-COD, nos períodos pós e pré-intervenção.

Atendimento		Frequência % (n)	
		Pós (n=1.609)	Pré (n=5.238)
Atendimento anterior no Serviço de Urgências	Sim	49 (785)	21 (1.111)
	Não	51 (824)	79 (4.127)
Estava sob tratamento odontológico regular no COD/UEM	Sim	23 (376)	11 (601)
	Não	77 (1.233)	89 (4.637)
Encaminhamento subsequente para Atendimento	Sim	83 (1.332)	45 (2.383)
		<i>COD = 46 (617)</i>	
		<i>UBS = 33 (441)</i>	
		<i>Outros = 21 (274)</i>	
	Não	10 (161)	55 (2.855)
	Em alta	7 (116)	--

A corresponsabilização pelos usuários em atendimento programado na COD, com o acolhimento de seus problemas decorrentes de intercorrências ou da impossibilidade de agendamentos é demonstrado pelo expressivo aumento no percentual de usuários que estavam sob tratamento regular na COD e que foram atendidos no SUO-COD. Porto (2012) comenta que o o apoio prestado à COD ocorreu em detrimento do atendimento das urgências propriamente ditas, mas, se considerada a definição mais ampliada de urgência, esta inclui também àquelas que ocorrem pela perspectiva da Instituição (BRASIL, 2006a). Neste caso, moral e eticamente deve-se responsabilizar pelos usuários que atende, caracterizando uma urgência pela impossibilidade de atendimento devido à sua condição de clínica ensino, com horários restritos em função da matriz curricular e do calendário acadêmico. Mesmo que esta solução possa não ser considerada a mais adequada por gerar um incremento à demanda do SUO-COD, demonstra o esforço de toda equipe Urgências, Clínica, Departamento e Curso, em estabelecer e manter o vínculo dos usuários à COD, pela continuidade do cuidado.

Cabe aqui uma reflexão sobre a condição de vulnerabilidade em que se encontram os usuários de Clínicas de Odontologia vinculadas às Instituições de

ensino, visto que há uma priorização dos casos de interesse acadêmico em suas formas de acesso, sobrepondo-se às necessidades dos usuários, justificando-se pelo fato de ser uma escola, cuja finalidade primordial é capacitar novos profissionais. Entretanto, convém ressaltar que toda pessoa, na condição de usuária de um serviço de saúde, ou seja, quando apresenta necessidades relativas a sua saúde, deve ser tratada para que tais necessidades sejam suprimidas (GONÇALVES; VERDI, 2005). Neste sentido, há uma constante preocupação quanto ao acolhimento dos usuários da COD por seus gestores e trabalhadores e, mesmo com limitações no sentido de que há uma desarticulação normativa evidente entre a educação e a saúde, buscaram uma integração junto à rede de saúde disponível no município e região, julgando pertinente para uma formação em saúde de qualidade, voltada aos princípios do SUS. Neste sentido, a Tabela 6 demonstra que esta integração foi efetivada pela observação do expressivo aumento nos percentuais de usuários encaminhados no período pós-intervenção, o que foi conseguido às custas do estabelecimento do fluxo interno e externo à clínica, durante o processo de implantação do acolhimento e pela convergência de esforços das diversas instituições envolvidas em Maringá (UBS, serviços privados e outras Instituições) e na região, também aqui exercitando a corresponsabilização.

Um percentual de 7% dos usuários atendidos após a implantação do ACCR receberam alta, pois tratavam-se de usuários com necessidades de tratamento curativo, que foram sanadas em uma única sessão. No período pré-intervenção, é possível que alguns usuários tenham sido considerados em alta, entretanto, todo o atendimento era voltado para a produção de procedimentos, não se responsabilizando pela resolução ou a continuidade dos casos, deixando de mencionar no prontuário esta informação e, provavelmente de prestar esclarecimentos ao usuário.

Na Tabela 6 menciona-se os 10% de usuários que, por algum motivo, não foram encaminhados após atendimento no SUO-COD. A Figura 6 apresenta o fluxo desses usuários não encaminhados, desmembrando-os mês a mês no decorrer do período. Nota-se que houve um declínio a partir dos meses iniciais da implantação do ACCR até os dias atuais. No início do ano ocorre um aumento na demanda e traz a tona resquícios da histórica *triagem*, realizadas anteriormente em todos os anos na COD/DOD, para a captação de pacientes para as clínicas de graduação, ainda que todos tenham sido exaustivamente capacitados. Desta maneira, representou uma dificuldade na organização inicial do trabalho, mas compreensível em uma fase de adaptação dos trabalhadores. Gradativamente as dificuldades foram superadas e o processo de mudança foi sendo incorporado, levando ao expressivo decréscimo no percentual de casos não encaminhados. Silva (2009) descreve uma variação entre 2,3% a 13,10% nos casos encaminhados mensalmente por um Serviço de Urgências Odontológicas, ligado à uma Universidade do Nordeste e que acompanhou o

calendário letivo, sugerindo que ficou restrito internamente à clínica de ensino. É possível que, este percentual residual de usuários não encaminhados ocorra em função da insuficiente capacitação do acadêmico estagiário em relação ao ACCR, demonstrando a necessidade de envolvimento dos mesmos no processo. A partir desta constatação, esforços serão realizados para a capacitação e conscientização desse coletivo.

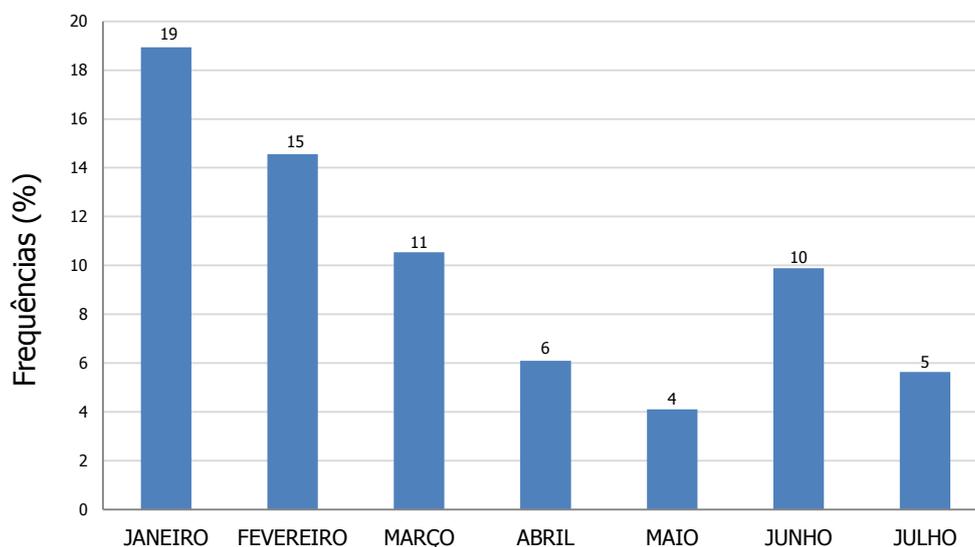


FIGURA 6 – Distribuição das frequências (%) de pacientes sem encaminhamento, segundo os meses avaliados.

Além da organização da demanda por prioridades, pode-se perceber que a classificação de risco proporcionou maior eficiência ao Serviço, visto que resultou em uma utilização mais racional dos recursos disponíveis, como atesta a frequência das urgências atendidas e sua distribuição (Figura 7). Houve um aumento do atendimento de casos considerados como urgências no período pós-intervenção. Esta diferença se torna mais evidente se comparada aos resultados de referentes ao ano de 2001 apresentados por Mito e Hidalgo (2003), quando as não urgências eram a maioria (56,49%). A partir desse achado, os gestores e os trabalhadores iniciaram um movimento para a adequação de sua demanda de modo que os objetivos para o qual o SUO-COD foi criado fossem alcançados.

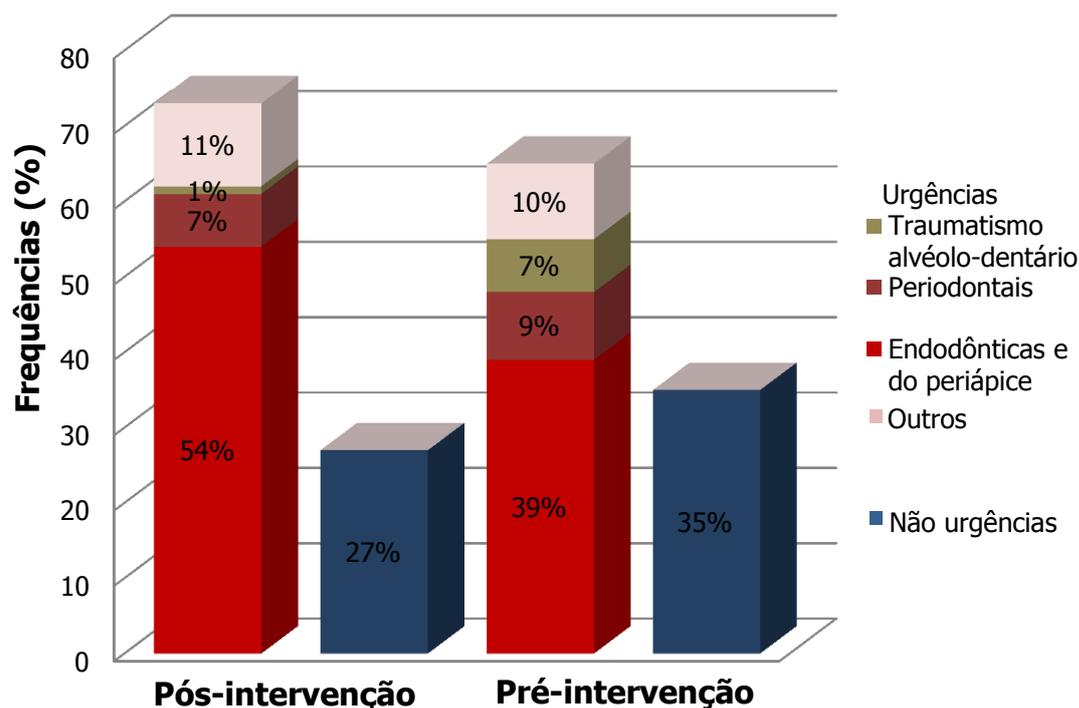


Figura 7 – Distribuição da frequência dos casos atendidos no SUO-COD, segundo a urgência do tratamento nos períodos pós e pré-intervenção.

Detendo-se na distribuição das urgências atendidas mostradas na Figura 7, identifica-se que as endodônticas e do periápice são as mais frequentes em ambos os períodos, mas com aumento desses atendimentos após a implantação do ACCR. Depreendem-se duas reflexões: a adequação da demanda ao Serviço, como já relatado, fica evidente e indica haver uma mudança no entendimento do usuário sobre os propósitos deste tipo de atendimento; a ineficiência de programas preventivos de cárie, pois em concordância com outros estudos, existe uma predominância das urgências em consequência de sequelas de cáries não tratadas (CASSAL; CARDOZO; BAVARESCO, 2011; SQUAIR, 2012; WONG, 2012). Desta maneira, considerando que o acolhimento só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para os processos de produção de saúde (BRASIL, 2008), resta-nos intensificar sua utilização junto às outras equipes, cujo objetivo de trabalho não seja limitado ao atendimento às urgências ou à cuidados estritamente curativos como é o caso do SUO-COD.

Ainda com relação a Figura 7, a diminuição no percentual de traumatismos observada é expressiva e relaciona-se à organização da assistência prestada pelo Projeto de extensão: Centro Especializado Maringaense de Traumatismo (CEMTrau), da UEM, que atende e acompanha

pacientes traumatizados.

A Tabela 7 se atém às principais apresentações clínicas diagnosticadas e caracterizadas como não urgências. A maior frequência se refere a *outros motivos*, que teve um expressivo aumento percentual em 2012 e podem ser caracterizados como: ajustes de restaurações e próteses, restaurações fraturadas, reembasamento de próteses, confecções de próteses provisórias, atendimentos relacionados à continuidade dos cuidados estendidos aos usuários da COD em tratamento regular nas clínicas de graduação e pós-graduação. Estas situações clínicas foram formalmente caracterizadas e incluídas aos objetivos do SUO-COD com a implantação da classificação de risco, sendo consideradas prioridades verde. Ressalta-se que esta demanda sempre esteve relacionada ao serviço de urgências, porém, informalmente e sem um estabelecimento de prioridades, ficando a cargo dos trabalhadores a decisão de atender ou não. Em relação às outras categorias houve uma diminuição de preservação da clínica, aqui incluindo a continuidade dos cuidados da clínica de graduação, mas aquela programada em função de tratamentos que necessitem revisões periódicas para acompanhamento ou troca de curativos nos quais o atendimento pelo aluno/clínica responsável ficou inviabilizado em função do calendário ou matriz curricular. Para isso, requer-se o contato do aluno ou professor e sua solicitação. Nota-se que houve uma melhora na organização do atendimento da COD ocorrido pela implementação da Clínica Ampliada, observada pelo esforço do aluno em responsabilizar-se por estes atendimentos, rompendo a limitação imposta pela agenda. Essa responsabilidade no pós-operatório de seus assistidos em cirurgia pode explicar a redução no percentual de remoção de sutura executada no SUO-COD em 2012, assim como a redução das exodontias realizadas (Tabela 8).

Tabela 7 – Frequência de casos não urgentes atendidos no SUO-COD nos períodos pós e pré-intervenção.

Apresentação clínica	Frequência % (n)	
	Pós (n=436)	Pré (n=1.839)
Colagem de provisório	16 (70)	17 (234)
Remoção de sutura	9 (39)	22 (400)
Lesões bucais	1 (5)	2 (28)
Proservação da clínica	0,5 (2)	5 (95)
Exodontia decíduo	9,5 (41)	6 (116)
Outros	64 (279)	42 (783)

Comparando-se a frequência dos procedimentos realizados no SUO-COD, verifica-se que não houve alterações relevantes em seus percentuais (Tabela 8). Apenas, uma pequena variação no percentual de exodontias, demonstrando uma tendência à preservação da estrutura dental. Da mesma forma, houve uma discreta redução nos procedimentos para acesso endodôntico, instrumentação e medicação intracanal e um aumento em procedimentos mais conservadores como restaurações provisórias. Os tratamentos mutiladores são relatados na literatura como procedimentos resolutivos ligados aos serviços de urgência (SANCHEZ; DRUMONT, 2011), na realidade encontrada no SUO-COD, foi encontrado um percentual mínimo e em processo de regressão. Sua execução é restrita aos casos em que a indicação é precisa e se considerada urgente. Neste sentido, entendendo-se que a perda dentária compromete a condição biológica, mastigatória, física e emocional e reproduz desigualdades sociais (FERREIRA, 2006), compreende-se a relevância do acolhimento aos usuários com demandas urgentes nos serviços de saúde, para que a Odontologia, detentora de tecnologias avançadas, não se utilize de recursos tão arcaicos, como alternativa única para atender às dores e sofrimentos.

Tabela 8 – Frequência dos tratamentos realizados nos casos de urgência no SUO-COD, nos períodos pós e pré-intervenção.

Tratamentos realizados	Frequência % (n)	
	Pós (n=1.745)	Pré (n=3.732)
Abertura coronária, instrumentação e medicação	35 (625)	40 (1.495)
Medicação sistêmica	15 (267)	13 (517)
Remoção de tecido cariado e restauração com material provisório	34 (591)	25 (945)
Exodontia	2 (41)	6 (209)
Irrigação com clorexidina e medicação	3 (60)	6 (218)
Raspagem corono-radicular	2 (30)	1,5 (61)
Drenagem de abscesso periapical	1 (12)	0,5 (26)
Drenagem de abscesso periodontal	0,5 (7)	0,5 (26)
Abertura coronária	0,5 (5)	0,5 (20)
Outros	6 (107)	7 (275)

Vista como um todo, a avaliação preliminar indica que a adoção e a implantação da ACCR no SUO-COD possibilitou maior dedicação, motivação e satisfação aos trabalhadores vinculados ao Serviço em decorrência da gestão participativa e do sentimento de pertencimento. Ao Serviço em si, houve uma adequação da demanda aos seus propósitos, sendo atendidos predominantemente urgências reais ou biológicas, sem olvidar daquelas sob o ponto de vista do usuário ou da Instituição. O perfil do usuário e do atendimento não se alterou drasticamente e sim em um ou outro detalhe. Já no fluxo de atendimento verificou-se mudanças importantes no encaminhamento responsável e na absorção dos usuários nos Serviços para resolução de seus problemas. O ACCR permitiu a organização do atendimento da demanda segundo a gravidade do caso e foi possível identificar o tempo médio de espera para atendimento de cada estrato, que será utilizado para maior informação e segurança do usuário. Depreende-se que, ao ser um processo de implementação, a avaliação não se resume à observação quantitativa dos ganhos observados e sim, do qualitativo e, ao ser uma Instituição de ensino, deve refletir diretamente na melhoria da formação dos recursos humanos.

Desta forma, a experiência aqui relatada pode ser utilizada como modelo tanto para outras instituições de ensino como para clínicas dos serviços público e privado.

A partir da implantação do ACCR no SUO-COD, pretende-se extendê-la para o âmbito da COD e abrangendo o risco social. Isso acontecerá no futuro, cujo espaço temporal dependerá e estará em conformidade com a maturidade das ações que estão sendo atualmente implantadas como a Clínica Ampliada, da equipe de trabalho e da percepção dos acadêmicos sobre a relação profissional-paciente.

6. CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos pode-se afirmar que a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no SUO-COD contribuiu para avançar em direção à integralidade da atenção na medida em que possibilita uma resposta efetiva à demanda dos usuários, por não somente atender à urgência referida, mas pelo encaminhamento responsável a outros serviços que sejam detectados como necessários. Da mesma maneira esta diretriz/dispositivo possibilitou refletir, discutir coletivamente, pactuar e exercitar a universalidade, acessibilidade, o vínculo e continuidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social, possibilitando a consolidação do SUS para além do plano constitucional.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRINO, T. F. *Análise do perfil do usuário e dos atendimentos do Serviço de Urgências da Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Maringá no período de 2009 a 2010*. 2011. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) - Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

ALVARES, S.; ALVARES, S. *Emergência em Endodontia: diagnóstico e conduta clínica*. 2ed. São Paulo: Santos. 2001.

AMORIM, N. A. et al. Urgência em Odontopediatria: perfil de atendimento da Clínica Integrada Infantil da FOUFA. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.*, João Pessoa, v.7, n.3, p.223-227, set./dez., 2007.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR, L. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina; EDUEL, 2001.

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. *Guidelines on the implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments*. 2005.

BARBOSA, G. S. *Classificação de Risco como instrumento para a organização do processo de trabalho e viabilização da equidade no acesso aos serviços odontológicos*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2010.

BEVERIDGE, R. et al. *Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)*. December 16, 1998. Disponível em: <http://caep.ca/resources/ctas/implementation-guidelines>. Acesso em: 24/07/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.601/GM. *Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências*. Diário

Oficial da União 7 jul, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília:Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional De Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Gestão Participativa e Cogestão* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília:Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação médica das urgências* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada – Brasília:Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências* / Ministério da Saúde – 3ed. ampl. – Brasília:Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – Brasília:Ministério da Saúde, 2004a. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2002 Fev 28; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 1.444/GM. *Cria o incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família*. Diário Oficial da União, 29 dez, 2000.

CARATINGA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO. *Protocolo de saúde bucal*, 2009. Disponível em: <http://www.amep.org.br/vcomespdata/Dia%2009/Mesa%206/VComesp%20Protocolo%20Saude%20Bucal.pdf>. Acesso em: 13 de julho de 2012.

CARDOSO, S. A. *Protocolo de Organização do Serviço de Saúde do Município de Pirapora – MG*. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais. Pirapora, 2011.

CASSAL, J. B.; CARDOZO, D. D.; BAVARESCO C. S. Perfil dos usuários de urgência odontológica em uma unidade de Atenção primária à saúde. *Rev. APS, Juiz de Fora*, v. 14, n. 1, p.85-92, jan/mar, 2011.

COIMBRA, M. B. et al. Reorganização da demanda para atendimento odontológico no município de Amparo/SP: o desafio de garantir o acesso equânime às ações de saúde bucal. *Rev. Prog. Pós-Grad. Odontol. Fac. Saúde Univ. Metodista São Paulo – UMESP. Odonto*, São Bernardo do Campo, v.19, n.37, jan./jun., 2011.

EVANS, D. J. et al. Out-of-hours emergency dental services — development of one possible local solution. *Brit. Dent. J.*, Londres, v. 191, n.10, p. 550-554, nov, 2001.

FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, Mar. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100030&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 de novembro de 2012.

FERREIRA JÚNIOR, O.; DAMANTE, J. H. Serviço de urgência odontológica: aspectos epidemiológicos e administrativos. *Rev. Pós-Grad.*, Bauru, v.5, n.1, p.31-8, Jan/Fev/Mar, 1998.

FIGUEIREDO, N.; CARNUT, L.; GOES, P. S. A. Evaluation of out-of-hours dental service, Recife, Brasil. *Int. J. Dent.*, Recife, v.9, n.3, p.114–119, jul./set., 2010.

GILBOY, N. et al. *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook*. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May, 2005.

GONÇALVES, E. R.; VERDI, M. I. M. A vulnerabilidade e o paciente da clínica odontológica de ensino. *Rev. Bras. Bioética*. São Paulo, v. 1, n. 2, p.195 – 205, 2005.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107. Acesso em: 30 de julho de 2012.

HAYACIBARA, M. F. et. al. Experiência de clínica ampliada em odontologia na Universidade Estadual de Maringá. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 de novembro de 2012.

KANEGANE, K. *Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes "Manchester Triagem Sistem" (MTS) e adaptação para o setor de urgências odontológicas: [versão original]/Kazue Kanegane*. Tese (Tese de doutorado) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

KANEGANE, K. et al. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.37, n.6, p.786-92, 2003.

LACERDA, J. T. et al. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.38,

n.3, p.453–458, 2004.

LADRILLO, T.E.; HOBDELL M.H.; CAVINESS A.C. Increasing prevalence of emergency department visits for pediatric dental care, 1997-2001. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v.137, p.379-85, 2006.

LIU, J. L. Y.; WYATT, J. C. The case for randomized controlled trials to assess the impact of clinical information systems. *J. Am. Med. Inform. Assoc.*, Nova Jersey, v.18, n.2, p.173–180, 2011.

LONDRINA. PREFEITURA DO MUNICÍPIO. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. *Manual de saúde bucal* Prefeitura do Município; Domingos Alvanhan e Cristiane de Andrade Janene Gonini, coord - Londrina, PR: [s.n], 550p. Progressiva, 2009. Disponível em www.londrina.pr.gov.br/saude. Acesso em: 18 de agosto de 2012.

MAFRA, A. A. *Protocolo: acolhimento com classificação de risco no Pronto Socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens em Belo Horizonte*. 4 de maio de 2006.

MANCHESTER TRIAGE GROUP. *Emergency Triage*, 2nd ed. Oxford: BMJ Book, 2008. 178 p.

MARINGÁ. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Protocolo de atenção à Saúde Bucal*. p.249 – 270, 2004.

MATUMOTO, S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1998.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo, HUCITEC, 1997.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. *Linha Guia – Atenção em saúde bucal*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MIOTO, M. P.; HIDALGO, M. M. Levantamento dos atendimentos realizados pelo Serviço de Urgências da Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Maringá. *Revista de Ciências da Saúde*. Maringá, v.3, n.1, p.93-97, jan/jun, 2003.

NAIDU R. S. et al. Dental emergencies presenting to a university-based paediatric dentistry clinic in the West Indies. *Internat. J. Paediat. Dent.*, Massachussets, v.15, n.3, p.177–184, 2005.

NUTO, S. A. S. O acolhimento em saúde bucal na estratégia de saúde da família, Fortaleza-CE: um relato de experiência. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 505-509, out/dez. 2010.

PERES, K. G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.46, n.2, p.250-258, 2012.

PORTO, C. P. *Análise do perfil dos pacientes e dos atendimentos pré e pós-implantação da Classificação de risco no Setor de Urgências da Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Maringá em janeiro de 2012*. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) - Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

RESENDE, F. M. *A classificação de risco como proposta de organização da demanda em uma equipe de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família*. Monografia (Especialização em atenção básica em saúde da família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga, 2010.

RONCALLI, A. G. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva*. Tese (Doutorado em Odontologia) – Araçatuba. Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Araçatuba, 2000.

SAKAI, V. T. et al. Urgency treatment profile of 0 to 15 year-old children assisted at Urgency Dental Service from Bauru Dental School, University of Sao Paulo. *J Appl Oral Sci.* Bauru, v.13, n.4, p.340- 344, Dec, 2005.

SANCHEZ, H. F.; DRUMOND, M. M. Atendimento de urgências em uma Faculdade de Odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolutividade. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, v.59, n.1, p.79-86, jan/mar, 2011.

SÃO PAULO. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Área Temática: Saúde Bucal in: *2º Caderno de Apoio ao Acolhimento: orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade.* 177 – 187, 2004.

SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME. NATIONAL DENTAL ADVISORY COMMITTEE. SCOTTISH GOVERNMENT. *NHS Education for Scotland.* November, 2007.

SHQAIR, A. Q. et al. Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic: a retrospective study. *Braz. Oral Res.* São Paulo, v.26, n.1, p.50-6, Jan/Feb, 2012.

SILVA, C. H. V. et al. Perfil do serviço de pronto atendimento odontológico da Universidade Federal de Pernambuco. *Odontologia. Clín. -Científ.*, Recife, v.8, n.3, p. 229-235, jul/set, 2009.

SMITH, K. et al. Guided self diagnosis: an innovative approach to triage for emergency dental care. *Aust. Dental J.*, Massachussets, v.51, n.1, p.11-15, 2006.

SOLER, W. et al. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergências. *An. Sist. Sanit. Navar*, Pamplona, v. 33, Suppl. 1, p.55-68, 2010.

SOUZA, C. C. *Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um Pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos.* [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte: 2009. 119 p.

TERRERI, A. L. M.; SOLER, Z. A. S. G. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no Programa Saúde da Família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, Jul., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 de maio de 2011.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em; <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>. Acesso em: 05 julho 2012.

Tortamano I. P. et al. Aspectos epidemiológicos e sociodemográficos do Setor de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. *RPG Rev. Pós- Grad.*, São Paulo, v.13, n.4, p.299-306, 2007.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ. Departamento de Odontologia. DOD-004-02 Regulamento Emergência.doc: *Normas de funcionamento do atendimento de Urgência da Clínica Odontológica do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá*. Maringá, 04 de Abril de 2002.

WONG, N. H. I. et al. A three-year retrospective study of emergency visits at an oral health clinic in south-east. *Austral. Dental J.*, Massachussets, v.57, n.2, p.132-137; 2012.

APÊNDICE 1 – Modelo do questionário utilizado

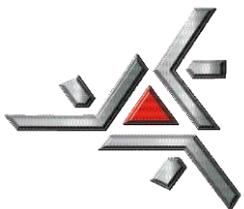


Universidade Estadual de Maringá
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DO
SETOR DE URGÊNCIAS DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

Identificação				
- Nome: _____ - Nº Prontuário: _____				
- Bairro: _____ - Cidade: _____				
- Data do atendimento: ____/____/____				
- Já foi atendido anteriormente neste Serviço de Urgências? () 1.sim () 2.não				
- Já estava sob tratamento odontológico regular no COD/UEM? () 1.sim () 2.não				
- Paciente foi encaminhado subseqüentemente para atendimento no COD/UEM? () 1.sim () 2.não				
- Gênero: () 1.Fem () 2.Masc	- Idade: () 1.até 10 anos () 2.11 – 18 anos () 3.19 – 35 anos () 4.36 – 50 anos () 5.+ 50 anos	- Tabagismo: () 1.Não fuma () 2.Fuma	- Etilismo: () 1.Nunca bebe () 2.Bebe	- Alergia: () 1.Não () 2.Sim
- Grávida: () 1.Não () 2.Sim				
Queixa Principal			- Dente envolvido:	
() 1.Urgência			() 1.Decíduo _____	
Não Urgência			() 2.Permanente _____	
			() 2.Colagem de provisório	
			() 3.Remoção de sutura	
			() 4.Lesões bucais	
			() 5.Proservação da clínica	
			() 6.Exodontia decíduo	
			() 7.Outro _____	
Diagnóstico				Tratamento realizado
() 1.Pulpite reversível		() 10.Pericoronarite		() 1.Remoção de tecido cariado e inserção de material provisório
() 2.Pulpite irreversível		() 11.Traumatismo tecidos moles		() 2.Abertura da câmara pulpar
() 3.Necrose pulpar		Traumatismo dentário:		() 3.Abertura da câmara pulpar, pulpectomia, instrumentação e curativo
() 4.Pericementite		() 12.avulsão		() 4.Drenagem de abscesso periapical
Abscesso endodôntico:		() 13.intrusão		() 5.Raspagem corono-radicular
() 5.fase periapical		() 14.luxação		() 6.Drenagem de abscesso periodontal
() 6.fase intra-óssea		() 15.concussão		() 7.Irrigação com clorexidina ou soro com peróxido de hidrogênio
() 7.fase submucosa		() 16.Fratura dentária		() 8.Exodontia
() 8.Abscesso periodontal		() 17.Outro _____		() 9.Medicação sistêmica
() 9.Alveolite				() 10.Outro _____

APÊNDICE 2 - Lista de Unidades Básicas de Saúde e áreas de abrangência.



Universidade Estadual de Maringá
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

**MARINGÁ
BAIRROS E UBS**

LISTA DE BAIROS E UBS - MARINGÁ

Bairro ampliado da Zona 5 - 7 - NIS III IGUAÇU
Bairro Mandacaru - 11 - NIS II MANDACARÚ
Bairro São Jorge - 11 - NIS II MANDACARÚ
Centro - 21 - NIS II ZONA SUL
Centro - 8 - NIS II IGUATEMI
Chácara Aeroporto - 4 - NIS II CIDADE ALTA
Chácara Morangueira - 17 - NIS II TUIUT
Chácaras - 8 - NIS II IGUATEMI
Chácaras - 8 - NIS II IGUATEMI
Chácaras próximo a Tuiuti - 17 - NIS II TUIUT
Cidade Jardim - 19 - NIS II VILA ESPERANÇA
Condomínio Bela Vista - 15 - NIS II QUEBEC
Condomínio Santa Marina - 15 - NIS II QUEBEC
Condomínio Campo Dourado - 8 - NIS II IGUATEMI
Condomínio Solo Rico - 8 - NIS II IGUATEMI
Conjunto Alcides Pires - 8 - NIS II IGUATEMI
Conjunto Ângelo Planas - 18 - NIS II UNIVERSO
Conjunto Athenas - 14 - NIS II NEY BRAGA
Conjunto Batel - 2 - NIS II PINHEIROS
Conjunto Borba Gato - 7 - NIS III IGUAÇU

Conjunto Branca Vieira - 2 - NIS II PINHEIROS
Conjunto Brasil - 15 - NIS II QUEBEC
Conjunto Cananéia - 10 - NIS II INTERNORTE
Conjunto Capelinha - 8 - NIS II IGUATEMI
Conjunto Catedral - 16 - NIS II SÃO SILVESTRE
Conjunto Champagnat 2 - NIS II PINHEIROS
Conjunto Cidade Alta I- 4 - NIS II CIDADE ALTA
Conjunto Cidade Alta II - 4 - NIS II CIDADE ALTA
Conjunto Cidade Canção - 4 - NIS II CIDADE ALTA
Conjunto Cidade Nova - 15 - NIS II QUEBEC
Conjunto Copacabana II - 15 - NIS II QUEBEC
Conjunto Copacabana I - 15 - NIS II QUEBEC
Conjunto Diamante - 15 - NIS II QUEBEC
Conjunto Ferroviária - 7 - NIS III IGUAÇU
Conjunto Guaiapó - 23 - NIS II GUAIAPO REQUIÃO
Conjunto Herman Moraes de Barros - 15 - NIS II QUEBEC
Conjunto Imperia I I - 15 - NIS II QUEBEC
Conjunto Imperial II - 15 - NIS II QUEBEC
Conjunto Império do Sol - 15 - NIS II QUEBEC
Conjunto João Paulo II - 8 - NIS II IGUATEMI

Conjunto Karina (parte) - 1 - NIS II PARIGOT DE SOUZA
Conjunto Lea Leal - 2 - NIS II PINHEIROS
Conjunto Madrid I- 4 - NIS II CIDADE ALTA
Conjunto Madrid II - 4 - NIS II CIDADE ALTA
Conjunto Moradia dos Ypês - 23 - NIS II GUAIAPO REQUIÃO
Conjunto Paris II - 15 - NIS II QUEBEC
Conjunto Paris I - 15 - NIS II QUEBEC
Conjunto Paris IV - 15 - NIS II QUEBEC
Conjunto Patrícia 2 - NIS II PINHEIROS
Conjunto Paulino 2 - NIS II PINHEIROS
Conjunto Piatã 2 - NIS II PINHEIROS
Conjunto Porto Seguro - 16 - NIS II SÃO SILVESTRE
Conjunto Prolar - 16 - NIS II SÃO SILVESTRE
Conjunto Requião II - 23 - NIS II GUAIAPO REQUIÃO
Conjunto Requião I - 23 - NIS II GUAIAPO REQUIÃO
Conjunto Requião III - 23 - NIS II GUAIAPO REQUIÃO
Conjunto Requião IV - 23 - NIS II GUAIAPO REQUIÃO
Conjunto Sanenge - 14 - NIS II NEY BRAGA
Conjunto Sanenge III - 16 - NIS II SÃO SILVESTRE
Conjunto Santa Cruz - 14 - NIS II NEY BRAGA

Conjunto Santa Helena - 15 - NIS II QUEBEC
Conjunto Santa Terezinha - 8 - NIS II IGUATEMI
Conjunto São Francisco 2 - NIS II PINHEIROS
Conjunto Grajaú 2 - NIS II PINHEIROS
Conjunto Itaparica 2 - NIS II PINHEIROS
Conjunto João de Barro - 22 - NIS II OLÍMPICO
Conjunto São Silvestre - 16 - NIS II SÃO SILVESTRE
Conjunto Sol Nascente - 16 - NIS II SÃO SILVESTRE
Conjunto Thaís - 22 - NIS II OLÍMPICO
Conjunto Tuiuti - 17 - NIS II TUIUT
Conjunto Tupinambá - 2 - NIS II PINHEIROS
Conjunto Vila Nova - 8 - NIS II IGUATEMI
Conjunto Village Blue 2 - NIS II PINHEIROS
Conjunto. Campos Elíseos 2 - NIS II PINHEIROS
Conjunto. Parigot de Souza (parte) - 1 - NIS II PARIGOT DE SOUZA
Distrito de Floriano - 5 - NIS II FLORIANO
Guarapes - 10 - NIS II INTERNORTE
Jardim Aurora - 25 - ACLIMAÇÃO
Jardim Catuaí- 4 - NIS II CIDADE ALTA
Jardim Leblon- 4 - NIS II CIDADE ALTA

Jardim Seminário - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Aclimação - 25 - ACLIMAÇÃO
Jardim Aclimação - 21 - NIS II ZONA SUL
Jardim Alvorada - 13 – NIS II MORANGUEIRA
Jardim Alvorada - 3 - NIS II ALVORADA I
Jardim Alvorada I - 24 - NIS II ALVORADA III
Jardim Alvorada II - 24 - NIS II ALVORADA III
Jardim Alvorada III - 24 - NIS II ALVORADA III
Jardim Alzira - 7 - NIS III IGUAÇU
Jardim América - 2 - NIS II PINHEIROS
Jardim América (parte) Jardim Atlanta - 1 - NIS II PARIGOT DE SOUZA
Jardim Andrade - 24 - NIS II ALVORADA III
Jardim Aurora - 22 - NIS II OLÍMPICO
Jardim Barrio - 8 - NIS II IGUATEMI
Jardim Belo Horizonte - 8 - NIS II IGUATEMI
Jardim Bertioga - 10 - NIS II INTERNORTE
Jardim Botânico - 18 - NIS II UNIVERSO
Jardim Brasília - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Canadá - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Carolina - 11 - NIS II MANDACARÚ

Jardim Céu Azul - 16 - NIS II SÃO SILVESTRE
Jardim Cidade Universitária - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Cosmos - 22 - NIS II OLÍMPICO
Jardim Del Plata - 16 - NIS II SÃO SILVESTRE.
Jardim Dona Angelina - 8 - NIS II IGUATEMI
Jardim Dourado - 2 - NIS II PINHEIROS
Jardim Ebenezer - 13 – NIS II MORANGUEIRA
Jardim Ebenezer - 24 - NIS II ALVORADA III
Jardim Europa - 16 - NIS II SÃO SILVESTRE
Jardim Galeão- 4 - NIS II CIDADE ALTA
Jardim Glória - 2 - NIS II PINHEIROS
Jardim Hortência - 14 - NIS II NEY BRAGA
Jardim Ibirapuera - 1 - NIS II PARIGOT DE SOUZA
Jardim Indaiá I - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Indaiá II - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Industrial - 9 - NIS II INDUSTRIAL
Jardim Internorte - 10 - NIS II INTERNORTE
Jardim Ipanema- 4 - NIS II CIDADE ALTA
Jardim Laranjeiras - 14 - NIS II NEY BRAGA
Jardim Liberdade - 2 - NIS II PINHEIROS

Jardim Liberdade Jardim Regente - 1 - NIS II PARIGOT DE SOUZA
Jardim Licce - 6 - NIS II GREVÍLEAS
Jardim Los Angeles - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Lucianópolis - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Marajoara I - 8 - NIS II IGUATEMI
Jardim Marajoara II - 8 - NIS II IGUATEMI
Jardim Maravilha - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Monte Belo - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Monte Carlo - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Montreal - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Moreschi - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Nevada - 19 - NIS II VILA ESPERANÇA
Jardim Novo Alvorada - 24 - NIS II ALVORADA III
Jardim Novo Horizonte - 21 - NIS II ZONA SUL
Jardim Novo Horizonte II - 21 - NIS II ZONA SUL
Jardim Novo Oásis - 2 - NIS II PINHEIROS
Jardim Oásis - 2 - NIS II PINHEIROS
Jardim Olímpico - 22 - NIS II OLÍMPICO
Jardim Ouro Cola - 22 - NIS II OLÍMPICO
Jardim Paineiras- 4 - NIS II CIDADE ALTA

Jardim Panville - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Paraíso- 4 - NIS II CIDADE ALTA
Jardim Paris V - 14 - NIS II NEY BRAGA
Jardim Paris III - 14 - NIS II NEY BRAGA
Jardim Pássaros - 22 - NIS II OLÍMPICO
Jardim Paulista - 23 - NIS II GUIAIAPÓ REQUIÃO
Jardim Pinheiros I - 2 - NIS II PINHEIROS
Jardim Pinheiros II Jardim Pinheiros III - 2 - NIS II PINHEIROS
Jardim Rebouças - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Rodolfo Bernardes - 24 - NIS II ALVORADA III
Jardim Santa Alice - 2 - NIS II PINHEIROS
Jardim Santa Clara 24 - NIS II ALVORADA III
Jardim Santa Felicidade- 4 - NIS II CIDADE ALTA
Jardim Santa Rita - 25 - ACLIMAÇÃO
Jardim Santa Rosa (parte) - 7 - NIS III IGUAÇU
Jardim São Domingos - 8 - NIS II IGUATEMI
Jardim São Francisco - 8 - NIS II IGUATEMI
Jardim Social - 21 - NIS II ZONA SUL
Jardim Tabaetê - 21 - NIS II ZONA SUL
Jardim Tarumã II. - 4 - NIS II CIDADE ALTA

Jardim Tarumã I- 4 - NIS II CIDADE ALTA
Jardim Tropical - 11 - NIS II MANDACARÚ
Jardim Tupinambá (Parte) - 17 - NIS II TUIUT
Jardim Universo - 18 - NIS II UNIVERSO
Jardim Veredas II - 7 - NIS III IGUAÇU
Jardim Veredas I - 7 - NIS III IGUAÇU
Jardim Verônica - 7 - NIS III IGUAÇU
Jardim Virgínia - 17 - NIS II TUIUT
Jardim Vitória - 15 - NIS II QUEBEC
Ney Braga - 14 - NIS II NEY BRAGA
Paque Residencial Aeroporto - 10 - NIS II INTERNORTE
Parque Avenida - 6 - NIS II GREVÍLEAS
Parque Bandeirantes - 12 - NIS II MARINGÁ VELHO
Parque Industrial 200 - 13 – NIS II MORANGUEIRA
Parque Residencial Quebec - 15 - NIS II QUEBEC
Parque das Bandeiras - 15 - NIS II QUEBEC
Parque das Palmeiras - 15 - NIS II QUEBEC
Parque do Horto - 7 - NIS III IGUAÇU
Parque Eldorado - 6 - NIS II GREVÍLEAS
Parque Grevíleas II - 6 - NIS II GREVÍLEAS

Parque Grevíleas I - 6 - NIS II GREVÍLEAS
Parque Hortência II - 22 - NIS II OLÍMPICO
Parque Residencial Tuiuti - 2 - NIS II PINHEIROS
Real - 11 - NIS II MANDACARÚ
Vila Santa Izabel - 11 - NIS II MANDACARÚ
Vila Bosque - 25 - ACLIMAÇÃO
Vila Bosque - 21 - NIS II ZONA SUL
Vila Cafelândia - 10 - NIS II INTERNORTE
Vila Cleópatra - 21 - NIS II ZONA SUL
Vila Emília - 21 - NIS II ZONA SUL
Vila Esperança - 13 – NIS II MORANGUEIRA
Vila Esperança - 19 - NIS II VILA ESPERANÇA
Vila Ipiranga - 10 - NIS II INTERNORTE
Vila Morangueira - 13 – NIS II MORANGUEIRA
Vila Morangueira (Parte) - 17 - NIS II TUIUT
Vila Nova - 10 - NIS II INTERNORTE
Vila Operária - 20 - NIS II VILA OPERÁRIA
Vila Progresso - 11 - NIS II MANDACARÚ
Vila Regina - 10 - NIS II INTERNORTE
Vila Rica - 10 - NIS II INTERNORTE

Vila Ruty - 10 - NIS II INTERNORTE
Vila Santo Antônio - 13 – NIS II MORANGUEIRA
Vila Vardelina - 11 - NIS II MANDACARÚ
Zona 4 - 12 - NIS II MARINGÁ VELHO
Zona 4 (parte) - 7 - NIS III IGUAÇU
Zona 5 - 12 - NIS II MARINGÁ VELHO
Zona 5 - 12 - NIS II MARINGÁ VELHO
Zona 5 - 7 - NIS III IGUAÇU
Zona 6 - - 12 - NIS II MARINGÁ VELHO
Zona 6 - 21 - NIS II ZONA SUL
Zona 7 - 11 - NIS II MANDACARÚ
Zona 7 - 12 - NIS II MARINGÁ VELHO
Zona 7 - 13 – NIS II MORANGUEIRA
Zona 8 - 25 - ACLIMAÇÃO
Zona 8 - 10 - NIS II INTERNORTE
Zona Central (parte) - 20 - NIS II VILA OPERÁRIA
Zona Rural do Município de Maringá - 15 - NIS II QUEBEC

ENDEREÇO DAS UNIDADES DE SAÚDE

UNIDADE	EQUIPE	ÁREA DE ABRANGÊNCIA	POPULAÇÃO (somente das equipes de PSF)	ENDEREÇO	FONE
1 - NIS II PARIGOT DE SOUZA	11-12	Cj. Karina (parte) Cj. Parigot de Souza (parte) Jardim América (parte) Jardim Atlanta Jardim Ibirapuera Jardim Liberdade Jardim Regente	11.686	Av. Sophia Rasgulaeff, s/n esq. Hebert Mayer, CEP 87.047-243	3901-1824 3901-1811
2 - NIS II PINHEIROS	2-3-4-5-6-7-10	Cj. Lea Leal Cj. Batel Cj. Branca Vieira Cj. Campos Elíseos Cj. Champagnat Cj. Grajaú Cj. Itaparica Cj. Patrícia Cj. Paulino Cj. Piatã Cj. São Francisco Cj. Tupinambá Cj. Village Blue Jardim América Jardim Dourado Jardim Glória Jardim Liberdade Jardim Novo Oásis Jardim Oásis Jardim Pinheiros I Jardim Pinheiros II Jardim Pinheiros III Jardim Santa Alice Parque Residencial Tuiuti	29.817	Rua. Valeriana, 282, CEP 87043-637	3901-1914 3901-1134
3 - NIS II ALVORADA I	13-14-15	Jardim Alvorada	12.857	Av. Alexandre Rasgulaef, 498 CEP 87083-080	3901-1828 3901-1701
4 - NIS II CIDADE ALTA	26-27-59	Chácara Aeroporto Cj Madrid II Cj. Cidade Alta I	13277	Rua Ataulfo Alves, s/n ao lado Escola Vinícius de Moraes CEP 87053-070	3901-1728 3901-1810

		Cj. Cidade Alta II Cj. Cidade Canção Cj. Madrid I Jardim Catuai Jardim Leblon Jardim Galeão Jardim Ipanema Jardim Paineiras Jardim Paraíso Jardim Santa Felicidade Jardim Tarumã II. Jardim Tarumã I			
5 - NIS II FLORIANO	44	Distrito de Floriano	1620	Av. Antonio Santiago Gualda, 793 CEP 87105-000	3260-1121
6 - NIS II GREVÍLEAS	42-43	Jardim Licce Parque Avenida Parque Eldorado Parque Grevíleas II Parque Grevíleas I	10669	Rua Quiri, s/n esq. Rua Peruíbe CEP 87023-490	3901-1046 3901-1725
7 - NIS III IGUAÇU	33-51-58	Bairro ampliado da Zona 5 Cj. Borba Gato Cj. Ferroviária Jardim Alzira Jardim Santa Rosa (parte) Jardim Veredas II Jardim Veredas I Jardim Verônica Parque do Horto Zona 4 (parte) Zona 5.	15471	Av. Nildo Ribeiro da Rocha, 5328 CEP 87060-390	3901-1924 3901-1120
8 - NIS II IGUATEMI	35-36	Belo Horizonte Centro Chácaras Chácaras Cj. Alcides Pires Cj. Capelinha Cj. João Paulo II Cj. Santa Terezinha Cj. Vila Nova Condomínio Campo Dourado	7.884	Rua Piracatu esquina com Otávio Franco CEP 87103-000	3276-1144

		Condomínio Solo Rico Jardim Jardim Barrio Jardim Dona Angelina Jardim Marajoara I Jardim Marajoara II Jardim São Domingos Jardim São Francisco			
9 - INIS II INDUSTRIAL	32-64	Jardim Industrial	6164	Rua Lobélia, 269 CEP 87065-310 3901-1245	3901-1144 3901-1705
10 - NIS II INTERNORTE	31-61	Jardim Internorte Vila Nova Cj. Cananéia Cj. Guarapes Cj. Residencial Aeroporto Jardim Bertioga Vila Cafelândia Vila Ipiranga Vila Regina Vila Rica Vila Ruty Zona 8	10.078	Rua José Fermino Barbosa , 255 Jd. Internorte CEP 87047-000	3901-1759 3901-1935
11 - NIS II MANDACARÚ	18-19-20-21	Bairro Mandacaru Bairro São Jorge Jardim Canadá Jardim Carolina Jardim Cidade Universitária Jardim Indaiá I Jardim Indaiá II Jardim Los Angeles Jardim Lucianópolis Jardim Maravilha Jardim Monte Belo Jardim Monte Carlo Jardim Montreal Jardim Panville Jardim Real Jardim Rebouças Jardim Tropical Vila Progresso	16754	Av. Mandacaru, 465 CEP 87080-000	3901-1711 3901-1922 3901-1852

		Vila Santa Izabel Vila Vardelina Zona 7 Jd. Brasília Jd. Moreschi Jd. Seminário			
12 - NIS II MARINGÁ VELHO	48-49-62	Parque Bandeirantes Zona 4 Zona 5 Zona 5 Zona 6 Zona 7	1836	Rua Antonio O. Scramin, 1836 CEP 87015-419	3901-1713 3901-1057
13 - NIS II MORANGUEIRA	45-46-47	Jardim Alvorada Jardim Ebenezer Parque Industrial 200 Vila Esperança Vila Morangueira Vila Santo Antônio Zona 7	15.207	Rua Felipinas, esq. Rua Montevideó CEP 87030-430	3901-1138 3901-1722
14 - NIS II NEY BRAGA	23-24-25- 56	Cj. Sanenge Cj. Santa Cruz Cj. Athenas Conjunto Paris III Conjunto Paris V Jardim Hortência Jardim Laranjeiras Ney Braga	17.858	Rua Urutal, 311 CEP 87083-260	3901-1871 3901-1726
15 - NIS II QUEBEC	39-40-41- 63	Cj Cidade Nova Cj. Santa Helena Cj. Brasil Cj. Copacabana II Cj. Copacabana I Cj. Diamante Cj. Herman Moraes de Barros Cj. Imperial I Cj. Imperial II Cj. Império do Sol Cj. Paris II Cj. Paris I Cj. Paris IV,	21627	Rua Letícia de Paula Molinari, s/n CEP 87023-400	3901-1884 3901-1136

		Cond Bela Vista Cond Santa Marina Jardim Vitória Parque das Bandeiras Parque das Palmeiras Parque Residencial Quebec Zona Rural do Município de Maringá			
16 - NIS II SÃO SILVESTRE	28-29	Cj Porto Seguro Cj. Sanenge III Conjunto Prolar Conjunto Sol Nascente Conjunto Catedral Conjunto São Silvestre Jardim Céu Azul Jardim Del Plata Jardim Europa	8.270	Rua P. Euclides Gavioli, s/n esq. Antonio Tait CEP 87055-420	3901-1719 3901-1137
17 - NIS II TUIUT	08-09-22	Chácara Morangueira Chácaras Cj. Tuiuti Morangueira Parte da Vila Parte do Jardim Tupinambá Jardim Virgínia	12.078	Av. Tuiuti, s/n esq. Rua Caracas CEP 87043-310	3901-1704 3901-1851
18 - NIS II UNIVERSO	30	Cj. Ângelo Planas Jardim Botânico Jardim Universo	3633	Rua Galáxia, 212 CEP 87060-430	3901-1709
19 - NIS II VILA ESPERANÇA	37-38	Jardim Cidade Jardim Jardim Nevada Vila Esperança	6.877	Rua Domingos Miranda, s/n CEP 87020- 200	3901-1743 3901-1157
20 - NIS II VILA OPERÁRIA	34-55	Vila Operária parte da Zona Central	11.119	Praça Regente Feijó, s/n – em frente ao Centro Esportivo CEP 87050-230	3901-1150 3901-1152
21 - NIS II ZONA SUL	52-53	Centro Jardim Aclimação Jardim Novo Horizonte Jardim Novo Horizonte II Jardim Social Jardim Tabaetê Vila Bosque Vila Cleópatra	12.981	Rua Tabaetê esq. Assunção CEP 87005-140	3901-1149 3901-1857

		Vila Emília Zona 6			
22 - NIS II OLÍMPICO	48-56	Cj. Thaís Cj.J. de Barros Jardim Aurora Jardim Cosmos Jardim dos Pássaros Jardim Olímpico Jardim Ouro Cola Pq Hortência II	9028	Rua Uirapuru, 586 CEP 87070-420	3901-2254 3901-2266
23 - NIS II GUAIAPO REQUIÃO	1-54-60	Cj. Requião I Cj. Requião II Cj. Requião III Cj. Guaiapó Cj. Requião IV Jardim Moradia dos Ypês Jardim Paulista	10420	Praça Miguel de Oliveira esq. Com Rua San Martin CEP 87047-417	3901-1848 3901-1846
24 - NIS II ALVORADA III	16-17-50	Cj. Ebenezer Cj. Rodolfo Bernardes Jardim Alvorada I, II, e III Jardim Andrade Jardim Novo Alvorada Jardim Santa Clara	11138	Rua Alfredo José da Costa, 567 Alvorada III CEP 87035-270	3901-1030 3901-1031
25 - ACLIMAÇÃO	65-66	Jd Aclimação Jd Aurora Jd Santa Rita Vila Bosque Zona 8	5728	Avenida Guedner, 73 CEP 87050-390	3901-2249 r – 2613

ANEXO 1 - Aprovação pelo Comitê de Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá

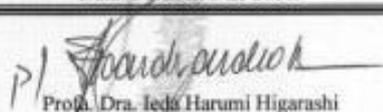


Universidade Estadual de Maringá
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos



CAAE N°.0108.0.093.000-11

PARECER N.173/11

Pesquisador(a): Mirian Murabayashi Hidalgo	
Centro/Departamento: CCS / Departamento de Odontologia	
Título do projeto: Análise do perfil do usuário e dos atendimentos do setor de urgências da clínica odontológica da UEM no período de 2009 a 2010	
<p>Considerações:</p> <p>O Objetivo do Projeto é de realizar uma análise do usuário e dos atendimentos do Setor de Urgências da Clínica Odontológica da UEM, pois, pouco se sabe sobre os aspectos epidemiológicos e as características demográficas da população atendida, bem como, as características do atendimento da atenção prestada ao usuário, fornecendo subsídios para o planejamento do próprio serviço. O estudo será do tipo observacional retrospectivo, sendo os dados coletados das fichas clínicas dos pacientes no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Os dados serão tabulados e submetidos à análise estatística qualitativa por meio de um programa especialmente desenvolvido para esse fim. O número esperado de sujeitos será de 1.500.</p> <p>A folha de rosto vem assinada pelo Chefe Adjunto do Departamento de Odontologia, autorizando a pesquisa O Orçamento está previsto em R\$ 601,50 , que correrão por conta dos pesquisadores. O Cronograma será de nove meses. Presente no Projeto solicitação de Dispensa do TCLE , por serem utilizados dados secundários retrospectivos, obtidos nas fichas clínicas dos pacientes atendidos no Setor de Urgência da Clínica Odontológica da UEM. Presente, ainda, Autorização do Coordenador Técnico-Científico da Clínica Odontológica.</p> <p>Parecer: Após análise do Projeto , somos de parecer pela sua APROVAÇÃO.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer	Data: 29/4/2011
Relatório Final para Comitê: () Não (X) Sim	Data: Fevereiro de 2011.
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 215ª reunião do COPEP em 29/4/2011.	 Prof. Dra. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.
 Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR
 Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: copep@uem.br

ANEXO 2 - Aprovação pelo Comitê de Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Estadual de Maringá

PROJETO DE PESQUISA

Título: Implantação do acolhimento com classificação de risco no atendimento do Serviço de Urgências da Clínica Odontológica da UEM
Área Temática:

Pesquisador: Mirian Marubayashi Hidaigo

Versão: 1

Instituição: Universidade Estadual de Maringá

CAAE: 03387812.8.0000.0104

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 32203

Data da Relatoria: 04/05/2012

Apresentação do Projeto:

A revisão teórica do estudo estabelece que "A alta procura por atendimentos de urgência e emergência denuncia uma falha no sistema de saúde, demonstrando que existe uma dificuldade de acesso da população a atenção básica (AMORIM et al., 2007). O usuário, ao se deparar com a escassez de vagas ofertadas para assistência básica, acaba não tendo acesso a programas de promoção de saúde e a resolução de seus problemas ainda em fase inicial, levando-o, devido ao agravamento de sua doença, a procurar por serviços de pronto-atendimento, utilizando-se destes como acesso direto a atenção especializada, (RIBEIRO, 2008), colaborando para que os serviços de urgência se constituam como uma das principais portas de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS - CASSIANO, 2009). Na Odontologia, esta situação não difere das demais áreas de saúde."

Nesta perspectiva, "A classificação de risco demonstra ser um instrumento mais adequado aos princípios do SUS para a organização da demanda pelos serviços de saúde, pois possibilita dar vistas ao princípio da equidade, favorecendo a integralidade da atenção, sem, contudo comprometer o princípio da universalidade. Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção para o processo de trabalho do Serviço de Urgências (SUO) da Clínica Odontológica (COD) da Universidade Estadual de Maringá (UEM). A proposta em questão tem como objetivo readequar o fluxo e ampliar a humanização do atendimento com a Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no SUO/COD. Neste estudo serão compiladas, por meio de pesquisa na Internet, e discutidas as diversas Classificações de risco, específicas ou não à Odontologia. A discussão dos critérios existentes se estruturará sobre a revisão de literatura e de dados epidemiológicos coletados no SUO/COD, orientando a elaboração de um instrumento específico de classificação de risco adaptado à realidade do serviço, bem como de um fluxograma da porta de entrada. Serão desenvolvidas capacitações dos trabalhadores envolvidos no atendimento às urgências visando operacionalizar a implantação da proposta por meio de oficinas que terão como foco o aprimoramento do nível de informação, a avaliação e a problematização do processo de trabalho, a sensibilização para o acolhimento do usuário e a operacionalização da classificação de risco. Frente ao problema da demanda reprimida pelos serviços de urgências e ao entrave do modelo assistencial odontológico a ser superado, o ACCR no SUO contribuirá para a integralidade da atenção, à medida que possibilitará uma resposta efetiva à demanda dos usuários, por não somente atender à urgência real referida, mas pelo encaminhamento responsável à outros serviços que sejam detectados como necessários."

Objetivo da Pesquisa:

Este trabalho objetivará a elaboração e implementação de um protocolo de classificação de risco para urgências odontológicas, aliado ao acolhimento no SUO, contribuindo para um atendimento integral às demandas de seus usuários, na medida que atenderá com eficiência sua urgência e buscará na rede de saúde, o encaminhamento para a solução das demais necessidades do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A análise da proposta revela a predominância de benefícios sobre a possibilidade de riscos aos sujeitos de pesquisa. Embora a assertiva de que "não há riscos previstos" ser inapropriada, por contrariar a legislação ética vigente (que estabelece que toda pesquisa envolve riscos, ainda que mínimos), fica evidente que os benefícios a médio e longo prazo, superam em muito qualquer eventual

risco, dada a participação indireta dos sujeitos na pesquisa (dados secundários).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa designada como estudo observacional retrospectivo, realizado a partir da análise dos prontuários dos pacientes atendidos no SUO-COD no período compreendido entre junho a dezembro de 2012. A metodologia estabelece o seguinte delineamento: "Previamente, será desenvolvida uma pesquisa na literatura relativa ao tema, para compor o marco teórico, conceituar e definir os contornos do objeto, bem como servir de base para a elaboração de um protocolo para o acesso dos usuários ao SUO, com a definição de critérios de risco para urgências odontológicas. A revista da literatura será feita a partir da consulta às bases de dados mais comuns da área de saúde (Pubmed Medline, Bireme, Liliacs, Dedalus, BBO, etc) considerando determinados descritores relativos ao tema em estudo. Para isso, será definido o perfil dos usuários do SUO e do serviço por meio de um estudo observacional retrospectivo já aprovado CAAE 0108.0.093.000-11) e realizado (ALEXANDRINO, 2011).

Também será identificado os nós críticos no processo de trabalho do SUO por meio da problematização, em reuniões com os grupos: gestores da COD e setores da COD responsáveis pelo primeiro contato com os usuários (vigilantes, grupo de Acolhimento e do Serviço de Urgências), atentando -se especialmente quanto ao fluxo dos pacientes e o acesso da demanda. Então, será elaborado um protocolo para o acesso dos usuários ao SUO, adaptado à realidade do serviço. A proposta de intervenção será apresentada às equipes de gestão da COD, bem como as demais equipes, profissionais e gestores de saúde bucal do município de Maringá e da regional de saúde envolvidos de alguma forma no atendimento e/ou referência/contra-referência das urgências odontológicas para aperfeiçoamento da mesma. Após finalização de uma proposta consensuada, será realizada a operacionalização propriamente dita. Para tanto, por meio de oficinas, conceitos-chaves sobre o tema do ACCR serão discutidos e fundamentados, visando a capacitação de todos os envolvidos em relação às mudanças no fluxo da demanda e o pleno conhecimento do protocolo desenvolvido. Durante todo o processo de implantação serão realizadas reuniões periódicas, a princípio mensais, com a equipe de trabalhadores do SUO e Acolhimento e, se necessário com outras equipes da COD para correções de rumo, se necessárias, assim como adaptações e alterações tão logo sejam detectadas dificuldades. Por fim, a avaliação dos resultados da intervenção se refere à esta solicitação ao Comitê de Ética. Durante o período de junho a dezembro de 2012, dados serão coletados no SUO com o intuito de analisar as mudanças em seu atendimento e no perfil dos usuários acolhidos, comparando com os dados prévios. Também serão avaliados por meio de análise de relatórios, os encaminhamentos realizados, observando se ocorreu de fato o acolhimento do usuário pelo serviço referenciado. Esta informação será obtida mediante uma consulta ao banco de dados dos serviços, podendo ser da própria COD ou das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Maringá ou da região. "

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto foi apresentada, devidamente preenchida e assinada pelo pesquisador responsável e pelo responsável institucional.
O Cronograma prevê a realização do estudo de maio de 2012 a maio de 2013, com início da avaliação do protocolo de junho de 2012 a janeiro de 2013.
O orçamento, totalizando R\$130,00 em material de papelaria, segue com informação de custeio pela própria pesquisadora.
Foi apresentado documento de solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), justificada pelo uso exclusivo de fontes documentais, com ratificação dos compromissos de sigilo e confidencialidade.
Consta do protocolo autorização da Coordenação da Clínica odontológica para realização do estudo em suas dependências e arquivos.

Recomendações:

Recomenda-se que em novas proposições, as informações relativas aos riscos seja devidamente estabelecidas, podendo-se ater à informação de que "NÃO SÃO PREVISTOS RISCOS OU DESCONFORTOS INACEITÁVEIS". À tal assertiva, deverão seguir-se informações pertinentes aos cuidados a serem tomados no sentido de contornar ou evitar os riscos e desconfortos eventuais.
Sugere-se redefinir a designação do estudo, posto que o delineamento apresentado é compatível com um estudo prospectivo (em 2012), de base observacional, com uso de fontes secundárias. Ademais, prevê atividades de avaliação e planejamento com gestores, que conferem ao estudo um formato de pesquisa-ação.
Com relação à eventual participação futura de gestores e serviços de atenção à saúde do município, recomenda-se a proposição de emenda ao protocolo, acompanhado de autorização específica dos referidos gestores para realização do estudo em suas unidades, ou com acesso às suas fontes de informação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Faz o exposto, tendo em vista o processo de análise do protocolo à luz da normativa ética vigente, e

considerando que as recomendações supra-relacionadas não se configuram óbices éticos, podendo ser adequados sem a necessidade de nova submissão, este comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos se manifesta por aprovar o protocolo em tela.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face o exposto, tendo em vista o processo de análise do protocolo à luz da normativa ética vigente, este comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos se manifesta por aprovar o protocolo em tela.

MARINGÁ, 05 de Junho de 2012



Assinado por:

Ieda Harumi Higarashi

ANEXO 3 - Aprovação pelo Centro de Capacitação Permanente em Saúde (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde



Ofício nº488/2012

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CECAPS
Centro de Formação e Capacitação
Permanente dos Trabalhadores da Saúde

Maringá, 13 de abril de 2012.

Prezada Senhora

Informamos que foi **autorizada**; pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 001/2010 desta Secretaria Municipal de Saúde; a pesquisa **“Implantação do acolhimento com classificação de risco com atendimento ao Serviço de Urgências da Clínica Odontológica da UEM”**, ser realizada no Centro de Informação de Saúde desta Secretaria Municipal de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - COPEP, o aluno pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada nos setores solicitados.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente


Lourdes Thomé
Coordenadora CECAPS

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Ieda Harumi Higarashi
DD. Presidente do COPEP
Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá – Pr.

ANEXO 4 - Fluxograma da Clínica Ampliada do curso de Odontologia

