

Universidade De Ribeirão Preto
Programa De Mestrado Saúde e Educação
Stricto Sensu

PATRICIA CHIARELI FERREIRA

SISTEMATIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO À DEMANDA ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma experiência no
interior paulista

RIBEIRÃO PRETO
2024

PATRÍCIA CHIARELI FERREIRA

SISTEMATIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO À DEMANDA ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma experiência no
interior paulista

Dissertação apresentada à Universidade de
Ribeirão Preto como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Saúde e
Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva.

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento

Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

F383s FERREIRA, Patrícia Chiareli, 1970-
Sistematização do acolhimento e classificação de risco à
demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção
primária à saúde: uma experiência no interior paulista / Patrícia
Chiareli Ferreira. – Ribeirão Preto, 2024.
150 f. : il. color.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Silvia Sidnéia da Silva.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Mestrado em Saúde e Educação, 2024.

1. Acolhimento. 2. Equidade no acesso. 3. Saúde bucal.
4. Odontólogos. II. Título.

CDD 610

PATRICIA CHIARELI FERREIRA

**SISTEMATIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À
DEMANDA ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NO INTERIOR PAULISTA**

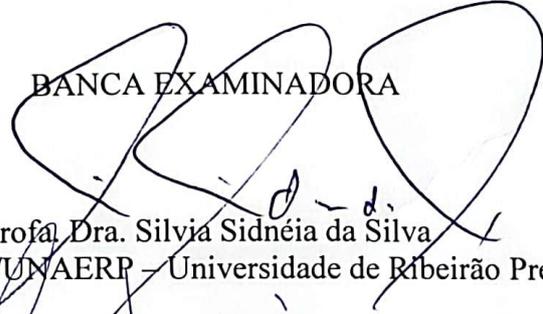
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 28 de junho de 2024

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto


Prof. Dra. Rosemary Aparecida Furlan Daniel
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto


Prof. Dr. Ricardo de Toledo Cesco
Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

**RIBEIRÃO PRETO
2024**

*Dedico este trabalho a minha família,
que sempre foi minha base de amor
e incentivo em todos os projetos de
minha vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tantas graças concedidas!

Aos meus pais, por sempre me mostrarem o valor da educação.

Ao meu companheiro de vida, Elias, que sempre me apoia nas minhas “loucuras”, obrigada por ser meu suporte! Aos meus filhos Fernando e João Vítor pelo carinho, ajuda e companhia. Amo vocês!

A minha orientadora Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva por toda a paciência, dedicação e senso prático com que sempre me orientou neste trabalho, acreditando em mim e não deixando eu me perder nos meus devaneios.

Meus agradecimentos, aos cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal das UBS do Jardim Aeroporto e José Sampaio da cidade de Ribeirão Preto, em especial Aline, Alceu, Silvana, Thayná e Simone por oportunizarem a realização da pesquisa, além de todo incentivo e contribuições.

A todos os docentes e colegas do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação, pela partilha de tantos conhecimentos. Foi muito enriquecedor!

Aos professores da banca examinadora, pelo aceite do convite e pelas contribuições para o aprimoramento do meu trabalho.

Às ASBs do CEO, em especial a Marisse, Fernandinha, Adriana, Thamires e Bárbara pela ajuda durante todo o mestrado.

À minha amiga e supervisora da UBS do Jardim Aeroporto, Patrícia Lázara Serafim Campos Diegues, pelas ideias, colaborações e por toda ajuda nesta dissertação.

À minha amiga Ana Paula Caixe, pelo incentivo e ajuda em todos os momentos que precisei.

À minha norinha Ana Jéssica por toda ajuda.

Aos usuários que gentilmente participaram, viabilizando este estudo.

“Não existe ação reflexiva que não leva sempre a constatações, descobertas, reparos, aprofundamento. E, portanto, que não nos leva a transformar algo em nós, nos outros, na realidade.”

(Paulo Freire)

RESUMO

FERREIRA, Patrícia Chiareli. Sistematização do Acolhimento e Classificação de Risco à demanda espontânea do Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: uma experiência no interior paulista. Universidade de Ribeirão Preto, 2024.

Os serviços de saúde bucal devem possibilitar acolhimento ao usuário e garantir acesso a eles, de maneira organizada e humanizada. A organização do atendimento através da utilização de uma classificação de risco está alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde. Nas Unidades Básicas de Saúde evidencia-se a alta demanda de usuários com queixas odontológicas agudas e crônicas, com número de vagas insuficiente à demanda espontânea. Esta pesquisa, de caráter descritivo, aplicada e abordagem de análise mista, objetivou avaliar a utilização de um instrumento de acolhimento e classificação de risco para atendimento à demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde no município de Ribeirão Preto, sob a perspectiva da equipe odontológica. Participaram uma auxiliar de saúde bucal e um cirurgião-dentista por unidade de saúde, abrangendo duas unidades localizadas em distritos de saúde distintos, além dos usuários que buscaram esses serviços espontaneamente, no período da coleta de dados. O estudo foi desenvolvido em três etapas. Na Etapa I foi aplicado um instrumento para coletar e registrar informações dos usuários, classificando os casos em urgentes e programáveis. O instrumento pautou-se na literatura, indicações do Ministério da Saúde (agravos) e na prática cotidiana; constituindo-se da caracterização do usuário, sua queixa principal e um roteiro com uma escala de classificação das urgências odontológicas, apontando os principais agravos, em 4 níveis de prioridade, divididas por cores: vermelho, amarelo, verde e azul; além do registro da conduta e assinatura da profissional. Na Etapa II, após 30 dias de uso do instrumento, aplicou-se um questionário com perguntas abertas, aos profissionais participantes, para compreender suas percepções sobre o uso do instrumento; e na Etapa III, os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente. Os resultados mostraram que o instrumento é eficaz na organização do fluxo de pacientes, melhorando a eficiência do atendimento e permitindo a identificação mais precisa das necessidades dos usuários. A aceitação do instrumento pela equipe odontológica foi positiva, destacando-se a imprescindibilidade de ferramentas que promovam a melhoria do acesso e a humanização no atendimento à demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde. Salienta-se que se trata de estudo piloto em duas UBS's do município de Ribeirão Preto, o que entendemos ser limitação para generalizar estes resultados em outras realidades. Sugerem-se pesquisas futuras visando fortalecer o sistema de saúde bucal na atenção primária, buscando atendimento mais eficiente, equitativo e humanizado à população, por profissionais da área que participem de processos de educação permanente em saúde.

Descritores: Acolhimento, Equidade no Acesso, Saúde Bucal, Odontólogos.

ABSTRACT

FERREIRA, Patrícia Chiareli. Systematization of Reception and Risk Classification for spontaneous demand for Oral Health Services in Primary Health Care: an experience in the interior of São Paulo. University of Ribeirão Preto, 2024.

Oral health services must provide user reception and ensure access to them in an organized and humanized manner. Organizing care through the use of a risk classification is aligned with the principles of the Unified Health System (SUS). In Basic Health Units (UBS's), there is a high demand from users with acute and chronic dental complaints, with an insufficient number of slots for spontaneous demand. This research, of a descriptive, applied nature and mixed analysis approach aimed to evaluate the use of a reception and risk classification instrument for attending spontaneous demand for oral health services in primary health care in the city of Ribeirão Preto, from the perspective of the dental team. A dental health assistant and a dentist from each health unit participated, covering two units located in different health districts, as well as users who sought these services spontaneously during the data collection period. The study was developed in three stages. In Stage I, an instrument was applied to collect and record information from users, classifying cases as urgent or schedulable. The instrument was based on literature, Ministry of Health guidelines (conditions), and daily practice: user characterization, main complaint, and a guide with a scale of dental urgencies classification, indicating the main conditions, in 4 priority levels, divided by colors: red, yellow, green and blue; as well as record of conduct and professional's signature. In Stage II, after 30 days of using the instrument, an open-ended questionnaire was applied to the participating professionals to understand their perceptions of the instrument's use. In Stage III, the data were analyzed quantitatively and qualitatively, using Bardin's content analysis to interpret the professionals' responses. The results showed that the instrument is effective in organizing the patient flow, improving care efficiency and allowing a more precise identification of users' needs. The acceptance of the instrument by the dental team was positive, highlighting the indispensability of tools that promote improved access and humanization in the care of spontaneous demand in primary oral health services. It should be noted that this is a pilot study in two UBS's (Basic Health Units) in the municipality of Ribeirão Preto, which we understand to be a limitation for generalizing these results to other realities. Future research is suggested to strengthen the oral health system in primary care, aiming for more efficient, equitable, and humanized care for the population, provided by professionals who participate in continuous health education processes.

Descriptors: User Embracement, Equity in Access, Oral Health, Dentists

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	-	Atenção Básica à Saúde
APS	-	Atenção Primária à Saúde
ASB	-	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	-	Cirurgião Dentista
CACON	-	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CEO	-	Centro de Especialidades Odontológicas
COP	-	Centro de Odontopediatria
DRS XIII	-	Direção Regional de Saúde XIII
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRPD	-	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MS	-	Ministério da Saúde
NGA-59	-	Núcleo de Gestão Assistencial
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSB	-	Política Nacional de Saúde Bucal
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TSB	-	Técnica de Saúde Bucal
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UBDS	-	Unidade Básica Distrital de Saúde
UNACON	-	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com a cor classificatória - UBS Jardim Aeroporto. Ribeirão Preto/SP, 2024	52
Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes de acordo com a cor classificatória - UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024.....	53
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes de acordo com a queixa na UBS Jardim Aeroporto. Ribeirão Preto/SP, 2024	54
Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes de acordo com a queixa na UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024.....	55
Gráfico 5 - Distribuição das medicações utilizadas pelos pacientes na UBS Jardim Aeroporto. Ribeirão Preto/SP, 2024	57
Gráfico 6 - Distribuição das medicações utilizadas pelos pacientes na UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024.....	58
Gráfico 7 - Distribuição dos pacientes segundo a conduta tomada, após a avaliação, na UBS Jardim Aeroporto Ribeirão Preto/SP, 2024	60
Gráfico 8 - Distribuição dos pacientes segundo a conduta tomada, após a avaliação, na UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024.....	60
Gráfico 9 - Distribuição dos pacientes, de acordo com o tempo decorrido do acolhimento até o atendimento – UBS Jardim Aeroporto. Ribeirão Preto/SP, 2024 .	62
Gráfico 10 - Distribuição dos pacientes, de acordo com o tempo decorrido do acolhimento até o atendimento – UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Representação da agenda semanal para Odontologia UBS (Manhã). Ribeirão Preto/SP, 2023.....	21
Quadro 2 - Unidades de Saúde Participantes do Estudo. Ribeirão Preto/SP, 2023.	40
Quadro 3 - Distribuição dos temas e categorias resultantes da análise de conteúdo das respostas às questões norteadoras, pelos participantes da pesquisa. Ribeirão Preto/SP, 2024	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Categorias referentes à utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea odontológica, na perspectiva das ASB's e CD's participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2024	65
Tabela 2 - Categorias alusivas às sugestões de acréscimos no instrumento da pesquisa, de acordo com as ASB's e CD's participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2024	66
Tabela 3 - Categorias referentes às dificuldades frente ao uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco, de acordo com as ASB's e CD's participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2024	67
Tabela 4 - Categorias relativas às vantagens do uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco, segundo as ASB's e CD's participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2024	70

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 JUSTIFICATIVA	21
1.2 OBJETIVOS	22
1.2.1 Geral	22
1.2.2 Específicos	22
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA OU ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	23
2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	24
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	25
2.4 ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA	29
2.5 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	30
2.6 RISCOS E VULNERABILIDADES	31
2.7 O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS NA APS.....	33
2.8 INSTRUMENTOS DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO RISCO ODONTOLÓGICO UTILIZADOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO.....	35
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	37
3.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	37
3.2 LOCAL DO ESTUDO	38
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
3.4 COLETA DOS DADOS	42
3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados	42
3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados	44
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	46
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	48
3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA	50

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5 CONCLUSÃO e CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE I.....	80
APÊNDICE II.....	82
APÊNDICE III.....	91
APÊNDICE IV.....	92
APÊNDICE V.....	97
ANEXO A.....	99
ANEXO B.....	100
APÊNDICE VI.....	106
APÊNDICE VII.....	109
APÊNDICE VIII.....	110
APÊNDICE IX.....	148

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Patrícia Chiareli Ferreira, tenho 53 anos, sou cirurgiã dentista há 29 anos, formada pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), em 1993, e especialista em Endodontia e Saúde Pública. Sou mãe do Fernando e do João Vítor, casada com Elias há 26 anos. Trabalho na rede pública municipal de saúde de Ribeirão Preto desde 1998. Atualmente, atuo como dentista generalista na Atenção Primária à Saúde na UBS Jardim Aeroporto, no período da manhã e como endodontista no Centro de Especialidades (CEO) no período da tarde. Nesses 24 anos de trabalho na rede municipal, já atuei também na UBS Vila Recreio, na UBDS Central e no Núcleo de Atenção à Pessoa com Deficiência (NADEF). Trabalhei também por 7 anos na Prefeitura Municipal de São Joaquim da Barra como endodontista e por 6 meses na Prefeitura Municipal de Sertãozinho no CEO.

Nesta jornada profissional atuo há diversos anos em tão distintos ambientes, e ao longo do tempo sempre surgiram muitas inquietações relacionadas ao meu trabalho. Incentivada por amigos, decidi em 2022, fazer o Mestrado Profissional no Programa de Saúde Educação visando aprimoramento profissional, aquisição de novas habilidades para um melhor desenvolvimento do meu trabalho e pela possibilidade de crescimento profissional dentro do Plano de Cargos, Vencimentos e Carreira instituído pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

Sou uma pessoa curiosa e estou sempre em busca do conhecimento. Essa oportunidade de participar do mestrado está sendo um grande desafio, mas os desafios nos modificam, nos tiram da zona de conforto, do controle da situação e proporcionam grande crescimento. Além disso, devido ao fato de ser multidisciplinar, amplia os horizontes, promove troca de experiências, cria novas perspectivas na resolução de problemas e produz reflexões importantes acerca de nossa prática cotidiana.

O Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação oferece uma ampla área de pesquisa e optei pelo tema de acolhimento odontológico da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde para elaborar minha dissertação. O tema é fruto da minha vivência na prática clínica diária, na UBS Jardim Aeroporto, onde

percebo grande dificuldade para lidar com essa demanda espontânea e a falta de ferramentas que possam auxiliar na gestão das prioridades clínicas odontológicas.

Acredito que esta dissertação poderá contribuir para a discussão do assunto, a melhoria no acesso e possibilitando um melhor direcionamento dos usuários ao tratamento odontológico e aos programas de prevenção para a diminuição da demanda espontânea.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais brasileiras e foi garantido pela Constituição Federal de 1988 que estabelece que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988; BRASIL, 2000). Sua implantação efetiva se iniciou na década de 1990 após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, as Normas Operacionais Básicas, como instrumentos regulamentadores do sistema (Oliveira e Saliba, 2005).

Com a criação do SUS, o atendimento odontológico regular e em larga escala passa a ser oferecido na rede pública de saúde seguindo os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade que reconhecem a saúde bucal como parte integrante da saúde geral do indivíduo (Antunes e Narvai, 2010).

Porém, historicamente, a oferta de serviços odontológicos no setor público foi caracterizada por uma abordagem fragmentada e excludente. A assistência se concentrava em grupos específicos, como os escolares, enquanto a maior parte da população dependia exclusivamente de tratamentos curativos, frequentemente de natureza mutiladora (Oliveira e Saliba, 2005; Barbato et al., 2007).

Em 1998, foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em convênio com o Ministério da Saúde, uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e os resultados do estudo mostraram que cerca de 20 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista, indicando um acesso muito limitado aos serviços odontológicos na época (Barros e Bertoldi, 2002). Para ampliar esse acesso e melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal, em 2000, o Ministério da Saúde propôs, como estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, a inclusão de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família.

Em 2004, foi formulada e apresentada a Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, estabelecendo novas perspectivas para a atenção odontológica no Brasil. As diretrizes desta política estabeleceram uma série de princípios para reorientar o modelo de atenção em saúde bucal, incluindo a qualificação da atenção básica, a busca pela integralidade por meio da inclusão da odontologia em todos os níveis de cuidado, a promoção e prevenção associadas ao tratamento e recuperação da saúde da população, o uso da epidemiologia e

informações territoriais para planejar ações, o trabalho baseado na vigilância em saúde e a criação de uma agenda de pesquisa financiada baseada em evidências científicas (Brasil, 2004a).

Após alguns anos de implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), houve uma expressiva expansão dos serviços e um significativo aumento no número de Equipes de Saúde Bucal (Brasil, 2015). No entanto, apesar de quase duas décadas de implementação dessa política, observa-se que os serviços de saúde bucal básicos oferecidos à população ainda não atingem todos de forma equitativa. Embora tenha ocorrido uma expansão dos serviços, muitas áreas e grupos populacionais continuam sendo negligenciados. Além disso, os serviços oferecidos não cobrem todas as necessidades de cuidados, concentrando-se apenas em determinados aspectos, comprometendo a qualidade e a abrangência da assistência fornecida (Neves; Giordani e Hugo, 2019).

A maior cobertura de saúde bucal está associada a um maior número de cirurgiões-dentistas no sistema público de saúde bucal. Entretanto, municípios com piores condições socioeconômicas apresentam um maior número de extrações, evidenciando a necessidade de que as políticas públicas de saúde bucal alcancem os municípios com piores indicadores sociais (Fernandes e Peres, 2005).

Em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada, definindo que a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essas ações são conduzidas através de práticas de cuidado integrado e gestão eficiente, realizadas por equipes multiprofissionais. Elas são voltadas para a população de uma área definida, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A Atenção Primária é a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (Brasil, 2017).

As inquietações que orientaram a elaboração desta pesquisa têm sido vivenciadas na prática de atendimento da pesquisadora como cirurgiã dentista em uma Unidade Básica de Saúde de um município do interior paulista, referindo-se à elevada quantidade de usuários que buscam o atendimento odontológico como demanda espontânea e a dificuldade de oferecer uma resposta adequada a estes

cidadãos tem se apresentado frequente. Nesse sentido, propõe-se a organização do acesso por meio do acolhimento com avaliação e classificação de risco.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde capaz de acolher o usuário e garantir acesso aos serviços de saúde através da escuta humanizada e qualificada (Brasil, 2004). A Classificação de Risco permite concretizar o princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde, gravidade, risco ou vulnerabilidade de cada usuário (Brasil, 2009).

Atualmente, a rede municipal de saúde utiliza um protocolo de acolhimento, com a utilização de um instrumento norteador para o atendimento médico que foi implantado em 2015, com o objetivo de reorganizar o atendimento da demanda espontânea para a área médica (Ribeirão Preto, 2019). As unidades de saúde, antes da implantação do protocolo, atendiam a sua demanda espontânea de forma subjetiva e desordenada, cada uma de forma diferente. Havia uma necessidade de reorganizar o atendimento da demanda espontânea percebida pela gestão, pelos próprios trabalhadores e pelos usuários. A implantação do protocolo no município trouxe uma melhora na organização do fluxo atendido à demanda espontânea na Atenção Básica, propiciando melhor acesso à comunidade e maior segurança nas práticas profissionais (Ribeirão Preto, 2019).

Na odontologia, o atendimento da demanda espontânea também ocorre de maneira diversa nas unidades de saúde e, corroborando afirmações de Osanan (2019) acolher e classificar essa demanda para distinguir entre casos urgentes e aqueles que podem ser programados, com base no risco apresentado pelo usuário, torna o serviço mais humano e eficiente. Isso proporciona respostas mais adequadas a todos que buscam atendimento, melhorando a resolutividade do serviço.

Diante da vivência da pesquisadora, a pergunta de pesquisa pauta-se na seguinte questão: a utilização de um instrumento para acolher e classificar os atendimentos de pacientes que procuram o serviço de saúde como demanda espontânea da saúde bucal poderia oferecer segurança de acesso e direcionamento do indivíduo para serviços adequados, pertinentes ao seu caso?

1.1 JUSTIFICATIVA

Os serviços de saúde, incluindo os de saúde bucal, devem possibilitar acolhimento ao usuário e garantir acesso a esses serviços, de maneira organizada e humanizada. Entretanto, proporcionar esse acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde, é um trabalho árduo e muitas vezes complexo, pois a garantia do atendimento com qualidade, frequentemente, não se concretiza (Esperança; Cavalcante; Marcolino, 2006).

Na prática cotidiana, enquanto profissional de odontologia na rede de Atenção Primária à Saúde, evidencia-se a alta demanda de usuários com queixas odontológicas agudas e crônicas. Entretanto, o número de vagas ofertadas para a realização do atendimento destes usuários é insuficiente à demanda apresentada. A agenda é composta por 07 vagas de atendimento, sendo 05 vagas de pacientes agendados (representados na agenda com a sigla OD), 05 vagas para caso novo (representados na agenda com a sigla CN) e 01 vaga para acolhimento (representados na agenda com a sigla AI), por período (Quadro 1). Porém, a procura da demanda espontânea ultrapassa sobremaneira esse número, estando, em média, em torno de 04 pacientes (Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2023). Assim, o momento do acolhimento torna-se bastante conflituoso, pois todos querem ser atendidos e, além do citado, nota-se a ausência de um instrumento para auxílio na gestão das prioridades clínicas odontológicas.

Quadro 1 - Representação da agenda semanal para Odontologia UBS (Manhã). Ribeirão Preto/SP, 2023

Dia da Semana/ Horário	Segunda nº vaga	Tipo vaga (CN, OD, AI)*	Terça nº vaga	Tipo vaga*	Quarta nº vaga	Tipo vaga*	Quinta nº vaga	Tipo vaga*	Sexta nº vaga	Tipo vaga*
07h - 7:30	1	OD	1	OD	1	OD	1	OD		OD
7:30 - 8:10	1	OD	1	OD	1	OD	1	OD	1	OD
8:10 - 8:40	!	AI	1	AI	1	AI	1	AI	1	AI
8:40 - 9:20	1	OD	1	OD	1	OD	1	OD	1	OD
9:20-10:00	1	OD	1	OD	1	OD	1	OD	1	OD
10h-10:30	1	CN	1	OD	1	OD	1	OD	1	CN
10:30-11h	1	CN	1	CN	1	CN	1	CN	1	CN

Legenda: *CN: caso novo; OD: atendimento programado; AI: acolhimento

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, 2023

Neste sentido, despertou-se o interesse para a realização de um estudo abordando a temática, visando o uso de um instrumento que possa nortear a equipe odontológica no atendimento a essa demanda espontânea.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Avaliar a utilização de um instrumento de acolhimento e classificação de risco para atendimento aos pacientes que se apresentam como demanda espontânea nos serviços de saúde bucal da atenção primária à saúde em um município do interior paulista, na perspectiva da equipe odontológica.

1.2.2 Específicos

- Discorrer sobre a Política Nacional de Saúde Bucal;
- Apresentar instrumentos de acolhimento e classificação de risco utilizados nos serviços de saúde pública brasileiros;
- Identificar as dificuldades e vantagens que as profissionais da equipe odontológica encontraram no uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco na saúde bucal;
- Implantar um instrumento de acolhimento e classificação de risco nos serviços de saúde bucal selecionados para o estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA OU ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A expressão atenção primária foi proposta inicialmente em 1920, pelo Relatório Dawson, que visava a reestruturação do modelo de atenção à saúde do Reino Unido através dos Centros de Atenção Primária à Saúde. O conceito consagrou-se a partir da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde, em 1978, em Alma-Ata (Mendes, 2011).

O termo Atenção Básica (AB) é utilizado pelo Ministério da Saúde para designar o primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é sinônimo de Atenção Primária à Saúde (APS), termo comumente empregado na literatura internacional. No Brasil, ambos os termos compartilham os mesmos atributos, diferenciando-se da atenção primária seletiva de serviços "custo-efetivos" e da ideia de "medicina pobre para pobres", uma visão prevalente após a Declaração de Alma-Ata, influenciada pela crise econômica, governos conservadores e organizações como o Banco Mundial (Giovanella, 2018).

Assim, buscou-se retomar a concepção ampliada da atenção primária à saúde, garantindo acesso universal a cuidados de saúde de qualidade. Essa abordagem reconhece a interdependência entre saúde e desenvolvimento econômico-social, o que exige a cooperação de outros setores para enfrentar os determinantes sociais e promover a saúde. Além disso, enfatiza a importância da participação social para gerar autonomia e ampliar os direitos sociais (Giovanella e Almeida, 2017).

A APS é a principal porta de entrada, o ponto inicial de contato e o centro articulador para o acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Ela orienta-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (Brasil, 2006; Who, 2016).

Desse modo, pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. Sistemas de saúde com uma forte base na APS têm melhores resultados, menores taxas de hospitalizações desnecessárias, maior

equidade e menores despesas em saúde (Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS, 2018).

A atenção centrada na pessoa e na família, ao invés de focada na doença, transforma a relação dos usuários com os profissionais de saúde, mudando-os de meros pacientes para agentes ativos e produtores de sua própria saúde (Holman e Lorig, 2000 apud Mendes, 2011). Para alcançar esse objetivo, é muito importante que a equipe de saúde pratique uma escuta atenta, respeitando os valores e crenças dos usuários. Além disso, é fundamental que haja uma troca de informações completa e precisa entre a equipe e os usuários, facilitando a tomada de decisões conjunta sobre o cuidado em saúde, e promovendo uma relação de cooperação entre indivíduos, famílias e a equipe de saúde (Mendes, 2011).

No Brasil, após vários anos privilegiando a atenção hospitalar, a APS passou a ser a área de concentração de esforços, programas e investimentos. Em 1994, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006).

A ESF é considerada a principal abordagem para organizar, expandir e consolidar a Atenção Primária à Saúde (APS), seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela redefine os processos de trabalho por meio de práticas interdisciplinares realizadas por equipes que são responsáveis pela saúde da população sob sua cobertura, levando em conta a realidade local e as diversas necessidades dos diferentes grupos populacionais, e alocando recursos para atender essas demandas (Brasil, 2006).

A ESF é baseada no vínculo entre os indivíduos e a equipe, permitindo que os usuários sejam acompanhados pela mesma equipe ao longo do tempo. Isso é fundamental para a continuidade e a eficácia das ações de saúde. A partir dessa relação, são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação das doenças e agravos mais frequentes no território dos indivíduos (Brasil, 2006).

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estruturas que conectam e integram estabelecimentos e serviços de saúde em um determinado território, articulando-se para atender as pessoas e promover a saúde. Os pontos dessa rede se organizam

em diferentes níveis e densidades tecnológicas para fornecer assistência contínua e integral a uma população específica (Universidade Federal do Maranhão, 2016).

A estrutura operacional das RAS inclui cinco componentes principais: centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde), pontos de atenção (secundária e terciária), sistemas de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica, teleassistência e informação em saúde), sistemas logísticos (registro eletrônico de saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado e transporte em saúde) e sistema de governança da rede (Universidade Federal do Maranhão, 2016).

É essencial distinguir entre complexidade e densidade tecnológica. Na APS, tecnologias de alta complexidade envolvem mudanças comportamentais e de estilo de vida, como parar de fumar e adotar alimentação saudável. Em contraste, os níveis secundário e terciário envolvem tecnologias de maior densidade. Essa visão distorcida de complexidade pode levar à supervalorização das práticas dos níveis secundários e terciários e à subvalorização da APS (Universidade Federal do Maranhão, 2016).

As RAS têm como objetivo romper com a predominância do modelo biomédico, promovendo a continuidade do cuidado em todos os níveis do sistema. Para garantir essa continuidade, foram criadas linhas de cuidado específicas para as doenças mais prevalentes, que fornecem diretrizes aos usuários sobre os melhores caminhos a seguir e as condutas a serem adotadas para atender suas necessidades de forma adequada (Silva, 2011).

As linhas de cuidado devem abranger a prevenção, o tratamento e a reabilitação. Na prevenção, é essencial atuar sobre os fatores de risco e realizar diagnósticos precoces, com os serviços de saúde centrados nas necessidades dos usuários. Para isso, é necessário considerar o indivíduo de maneira integral (Brasil, 2006; Who, 2016).

A integralidade, um dos princípios fundamentais do SUS, refere-se à compreensão completa do indivíduo, não de forma parcial. O sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendendo-o dentro do seu contexto social, e, a partir disso, atender às suas demandas e necessidades (Portal Brasil, 2014).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

As políticas públicas de saúde bucal no Brasil evoluíram de um contexto excludente e individual e foram sendo construídas, acompanhando, de certa forma, o

contexto histórico da saúde pública no país (Narvai e Frazão, 2008; Silvestre et al., 2013).

Após vários anos onde a odontologia ficou à margem das políticas públicas do país, um novo panorama se abriu em 2000, quando o Ministério da Saúde, estabeleceu incentivo financeiro para a inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, em duas modalidades: a modalidade I - composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB) e a modalidade II – constituída por um CD, um ASB ou TSB e um outro TSB (Brasil, 2000).

Ao colocar a saúde bucal em uma equipe multiprofissional, introduz um novo e desafiador modelo de trabalho e uma nova forma de se produzir o cuidado (Brasil, 2006; Giovanella et al., 2018). O dente é uma parte do indivíduo que pertence a uma família, que está inserida em um território e cuja saúde bucal, como afirmado na I Conferência Nacional de Saúde Bucal, é considerada parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada às condições de moradia, trabalho, educação, renda, acesso aos serviços de saúde e a informação.

O apogeu das políticas públicas de saúde bucal no Brasil se deu em 2004 quando foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como “Brasil Sorridente” contemplando a universalização do acesso e a integralidade do cuidado. Nesse mesmo período iniciou-se o processo de discussão e planejamento das RAS (Brasil, 2004a; Carrer; Pucca; Araujo, 2019).

Sob a perspectiva das RAS o programa Brasil Sorridente impulsionou a ampliação do acesso da população aos cuidados em saúde bucal por meio de diversos eixos estratégicos e pontos de atenção. Esses incluem a vigilância em saúde bucal (sanitária, epidemiológica, ambiental), a expansão dos sistemas de fluoretação da água, a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Além disso, houve inovações na estruturação de Centros e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON) (Brasil, 2018; Carrer; Pucca; Araujo, 2019).

Os princípios que orientam a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) incluem a gestão participativa, acesso, ética, acolhimento, vínculo e responsabilização. As ações em saúde bucal devem incorporar atividades de promoção e prevenção, como a fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor e prevenção do câncer bucal. Além disso, devem abranger ações de

recuperação, desde procedimentos de baixa complexidade até os de média e alta complexidade, incluindo também a reabilitação protética para devolver a função parcial ou total aos pacientes, de acordo com a capacidade de cada local (Brasil, 2004a).

Na ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal, buscou-se integrar transversalmente a saúde bucal em diversos programas de saúde integral. Essa integração se dá por meio de linhas de cuidado e pela consideração das condições de vida. As linhas de cuidado abordam as necessidades específicas de diferentes faixas etárias, como a saúde de crianças, adolescentes, adultos e idosos. Por outro lado, a atenção baseada em condições de vida inclui a saúde da mulher, do trabalhador, de pessoas com necessidades especiais, de hipertensos, de diabéticos, entre outros grupos (Brasil, 2004a).

A APS na configuração das RAS responsabiliza-se pela atenção à saúde bucal de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; enquanto os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são pontos importantes na configuração da RAS, favorecendo o acesso da população a procedimentos de maior densidade tecnológica não contemplados nas UBSs. Os CEOs oferecem cirurgia oral menor, diagnóstico de câncer de boca e de outras doenças de tecidos moles, periodontia especializada, atenção aos pacientes com necessidades especiais e endodontia. As UBS deverão, por meio de protocolos e critérios predefinidos, constituir o fluxo de acesso dos usuários aos CEOs que, após a conclusão do tratamento especializado, deverão reencaminhá-los à atenção básica (Carrer; Pucca; Araujo, 2019).

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) são pontos da rede que oferecem suporte à demanda e necessidade de reabilitação bucal devido à perda dentária na população adulta e idosa do Brasil, como forma de garantir a integralidade do cuidado. O PNSB Brasil Sorridente também investiu na atenção hospitalar e, nesse contexto, destacam-se a atenção às pessoas com neoplasias bucais e os pacientes especiais que necessitam de anestesia geral. Nas neoplasias bucais a rede foi fortalecida por meio dos Centros/Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON). Tornou-se obrigatório pelo menos um cirurgião-dentista em cada CACON e UNACON, imprescindibilidade que possibilitou que fossem oferecidos cuidados em saúde bucal para pacientes oncológicos, que

frequentemente apresentam manifestações bucais dos efeitos colaterais dos tratamentos de combate ao câncer (Carrer; Pucca; Araujo, 2019).

De forma a ampliar as ações de saúde bucal, também houve uma preocupação e envolvimento do Brasil Sorridente em contribuir e garantir a transversalidade nas 5 RAS implantadas no SUS (Rede Cegonha, Rede de Atenção à Saúde Mental, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas, e Rede de Atenção a Urgências e Emergências), tais como:

- Consultório na Rua – inclusão do Técnico de Saúde Bucal (TSB) e posteriormente do cirurgião-dentista (CD) na equipe, com a possibilidade de atuação em Unidades Odontológicas Móveis (UOM);
- Cuidados odontológicos na atenção materno-infantil – garantia de constar na carteira de vacinação a seção saúde bucal e a importância do pré-natal e puericultura odontológica;
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – podendo incluir o CD de forma opcional na equipe que atua na urgência;
- Melhor em casa – garantindo o CD também como possível profissional da equipe atenção domiciliar;
- Telessaúde – podendo, como acontece em alguns estados, contar com a teleatendimento da Odontologia. A teleconsultoria também é uma modalidade à disposição dos dentistas da RAS de saúde bucal;
- Pessoa com Deficiência – CEO podendo se credenciar na Rede Viver Sem Limite e atuação hospitalar do CD aos pacientes com necessidades especiais;
- Pessoas Crônicas – retaguarda e configuração de uma rede de atenção aos pacientes com neoplasias bucais.

No entanto, apesar dos avanços e da estruturação dessa política, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB (Brasil, 2010) revelou que ainda há desafios a serem enfrentados. A pesquisa demonstrou uma queda de 26% na incidência de cárie na faixa etária de 12 anos, entre 2003 e 2010, fazendo com que o Brasil passasse a fazer parte do grupo de países com baixa prevalência de cárie dentária, segundo a OMS. Esse progresso é evidenciado pela redução do índice de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO-D) de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010. Houve também uma redução

no número de dentes afetados por cáries e ampliação no acesso aos serviços de saúde bucal para as faixas etárias de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos.

Contudo, é importante ressaltar que embora a saúde bucal dos brasileiros tenha melhorado, essa melhoria não ocorreu de maneira homogênea em toda a população. Os locais com maior vulnerabilidade social apresentam piores condições epidemiológicas e demonstram a necessidade de ações sociais que impactem nas condições de vida da população para a redução da cárie dentária e outras doenças bucais (Silva; Machado; Ferreira, 2015; Silva et al., 2015).

2.4 ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

A proposta de acolhimento foi introduzida no SUS através da Política Nacional de Humanização. Segundo essa política, "acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde" (Brasil, 2013). A abordagem visa lidar com a demanda espontânea, ampliando o acesso e concretizando o princípio constitucional da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, que deve ser a principal porta de entrada do sistema (Tesser et al., 1999).

O processo de acolhimento é realizado por meio de uma escuta qualificada proporcionada pelos profissionais de saúde aos cidadãos, facilitando o acesso a tecnologias adequadas às suas necessidades e aumentando a efetividade das práticas de saúde. Isso garante que todos sejam atendidos de acordo com prioridades baseadas na avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (Brasil, 2010).

Para que o acolhimento nos serviços de saúde seja eficaz, é essencial considerar os princípios do SUS, estabelecidos na Lei 8080, como a universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, direito à informação e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência. Este processo deve ser baseado no cuidado como uma ação humana fundamental (Vasconcelos et al., 2009).

Pode ser visto como uma oportunidade de interação entre o profissional e o usuário, onde o primeiro utiliza seu conhecimento para elaborar respostas às necessidades do segundo. Toda a equipe deve estar envolvida, adotando uma postura de acolhimento, escuta e resposta às necessidades dos indivíduos de acordo com as ofertas de serviço disponíveis, responsabilizando-se e criando vínculos. É essencial lidar com o que não pode ser resolvido imediatamente, mas que pode ser

direcionado de maneira ética e eficaz, garantindo o acesso do indivíduo aos serviços necessários (Brasil, 2010; Ribeirão Preto, 2015).

O conceito de que a pessoa que busca um serviço de saúde deve sair dele com alguma resposta concreta, juntamente com a escuta atenta de todos os profissionais e a visão ampliada dos cuidados em saúde, alinha a prática do acolhimento com o princípio da integralidade. Isso provoca uma mudança nas práticas de produção de saúde (Mattos, 2004).

As unidades básicas de saúde devem estar acessíveis e prontas para receber casos não programados, como eventualidades e imprevistos, atendendo assim a chamada demanda espontânea (Brasil, 2013a).

No acolhimento à demanda espontânea, é fundamental garantir o acesso equitativo. A equidade se baseia na premissa de tratar de maneira diferenciada aqueles que têm necessidades distintas, ou seja, cada pessoa conforme sua necessidade específica. Uma estratégia importante para assegurar o acesso com equidade é a utilização da avaliação e classificação de risco como ferramenta. Isso permite identificar diferentes níveis de risco, reconhecer situações de maior urgência e, assim, realizar as prioridades necessárias (Brasil, 2013a).

2.5 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Classificação de Risco é um processo dinâmico que identifica usuários que necessitam de tratamento imediato, com base no potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (Brasil, 2004b). Este processo permite categorizar os casos por prioridades utilizando protocolos clínicos.

O acolhimento com classificação de risco é uma estratégia para garantir acesso universal e equitativo, reduzindo o tempo de sofrimento das pessoas em comparação com as tradicionais filas e cotas de consultas diárias (Brasil, 2004b).

Portanto, é um dispositivo que ajuda a organizar a fila de espera e propõe uma ordem de atendimento diferente da ordem de chegada. Além disso, possui outros objetivos importantes, como garantir o atendimento imediato para usuários com alto grau de risco, informar aos pacientes que não estão em risco imediato sobre seu tempo provável de espera, promover o trabalho em equipe através da avaliação contínua do processo, oferecer maior segurança aos profissionais e aumentar a satisfação dos usuários. No entanto, a classificação de risco por si só não garante

uma melhoria na qualidade da assistência; é necessário construir fluxos claros baseados no grau de risco e traduzir esses fluxos na rede de atenção (Brasil, 2009).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2009) propõe algumas recomendações para a construção e implementação de um protocolo de classificação de risco, a partir de modelos já existentes e disponíveis na literatura, mas adaptados ao perfil de cada serviço:

- A finalidade da classificação de risco é definir a ordem do atendimento com base no potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada;
- O protocolo é uma ferramenta para auxiliar na avaliação da gravidade e do risco de agravamento:
 - O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta de inclusão, destinada a organizar e garantir o atendimento de todos;
 - O protocolo deve explicitar claramente qual o encaminhamento a ser dado uma vez que o risco é classificado;
 - Recomenda-se que o protocolo tenha no mínimo quatro níveis de classificação de risco;
 - Recomenda-se o uso preferencial de cores para a classificação de risco (por exemplo, no caso de quatro níveis de classificação, do mais grave ao menos grave: vermelho, amarelo, verde, azul).

2.6 RISCOS E VULNERABILIDADES

A estratificação de risco e a avaliação das vulnerabilidades não apenas determinam o tipo de cuidado necessário, mas também indicam o tempo em que este deve ser realizado (Brasil, 2013a).

A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade pode requerer intervenções no mesmo dia ou agendamento para data próxima, mesmo com risco biológico baixo (Brasil, 2013b).

Os conceitos de vulnerabilidade e risco são estreitamente relacionados, mas possuem diferenças distintas. O risco tem um enfoque mais objetivo, evidenciado por meio de estudos epidemiológicos tradicionais que buscam produzir um conhecimento específico, isolando o fenômeno e utilizando ferramentas para identificar associações

entre eventos patológicos ou não. Em contraste, a vulnerabilidade tem um enfoque mais abrangente, considerando elementos abstratos e subjetivos associados aos processos de adoecimento (Ayres et al., 2006).

A epidemiologia tem centrado seus estudos no conceito de risco, buscando identificar características nas pessoas que as colocam em maior ou menor risco de exposição a danos físicos, psicológicos e/ou sociais. Por outro lado, a vulnerabilidade pode ser entendida como um conjunto de fatores que aumentam ou diminuem o risco ao qual estamos expostos em diversas situações da vida. Ela também avalia as chances que cada pessoa tem de contrair doenças, chances estas que variam de acordo com fatores biológicos, sociais e culturais (Santos et al., 2012).

A vulnerabilidade na área da saúde refere-se a condições ou fatores que aumentam o risco de uma pessoa ou grupo de pessoas sofrerem problemas de saúde, bem como enfrentarem dificuldades em acessar serviços de saúde adequados.

Para Ayres *et al.* (2006); Rodrigues e Neri (2008) existem os tipos de vulnerabilidade, descritos a seguir:

- a) Vulnerabilidade Individual, que se divide em:
 - Biológica: condições de saúde que aumentam a suscetibilidade a doenças, como deficiências imunológicas, doenças crônicas, ou condições genéticas.
 - Psicológica: fatores como estresse, ansiedade, e transtornos mentais que podem afetar a capacidade de uma pessoa de cuidar de sua saúde ou buscar ajuda quando necessário.
 - Capacidade Funcional: idosos, crianças, e pessoas com deficiência podem ter limitações físicas ou cognitivas que dificultam o acesso e a utilização dos serviços de saúde.
- b) Vulnerabilidade Social:
 - Socioeconômica: baixa renda, desemprego, e falta de acesso a educação podem limitar o acesso a cuidados de saúde e afetar negativamente a saúde.
 - Cultural: barreiras linguísticas, discriminação, e diferenças culturais podem dificultar o acesso e a aceitação dos serviços de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2018), seguem exemplos de Grupos Vulneráveis na Saúde:

- Idosos: podem ter múltiplas condições de saúde como perda de dentes, doenças periodontais e câncer bucal;

- Gestantes: necessitam de cuidados especiais durante a gravidez e parto. É crucial que as gestantes recebam cuidados odontológicos, pois a saúde bucal está ligada à saúde geral da mãe e do bebê;

- Pessoas com Doenças Crônicas: como diabetes, hipertensão, e HIV/AIDS, necessitam de monitoramento contínuo e tratamento. Tem maior risco de infecções bucais, xerostomia e complicações de doenças sistêmicas (como diabetes) que afetam a saúde bucal;

Para Pinelli (2023), as crianças também se incluem nesse grupo de vulnerabilidade social, pois especialmente aquelas de famílias de baixa renda, podem sofrer de desnutrição, falta de imunizações, acesso limitado a cuidados preventivos. As crianças são susceptíveis à cárie dentária, má oclusão, traumatismos dentários e hipoplasia do esmalte.

2.7 O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS NA APS

O atendimento às urgências odontológicas na atenção básica é respaldado pela Política Nacional de Saúde Bucal. Esta política prevê o acolhimento dos usuários em situações de urgência odontológica e estabelece que cada localidade deve organizar os serviços de saúde bucal de acordo com sua realidade e a avaliação das situações de risco e vulnerabilidade (Brasil, 2013a).

Nas urgências odontológicas, a maioria das situações de dor ou sofrimento não apresenta risco de vida. No entanto, algumas exceções incluem infecções orofaciais disseminadas, como celulites, que podem se tornar condições de risco de vida se não tratadas adequadamente e a tempo, devido à possibilidade de obstrução das vias aéreas superiores. Outras situações graves são hemorragias bucais não controladas e os traumas envolvendo os ossos da face, que podem comprometer a via aérea do paciente (Brasil, 2013b; Conselho Federal De Odontologia - CFO, 2022).

Independentemente do tipo da urgência, todas necessitam de condutas prioritárias para avaliar os sintomas dolorosos agudos e restabelecer a função comprometida pela situação de urgência.

A maioria das urgências odontológicas envolve infecções agudas de origem endodôntica e periodontal, sendo a dor dental a principal razão para a procura por esses serviços (Martins et al., 2014; Brasil, 2013b).

Além disso, há urgências resultantes do comprometimento da função mastigatória, de traumatismos dentários e de afecções agudas da mucosa bucal. Geralmente, o tratamento dessas condições consiste na remoção da causa, quando possível, ou em medidas paliativas para aliviar os sintomas (Brasil, 2013b).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2008) considera como as principais situações de urgências odontológicas que acometem os usuários que procuram os serviços de saúde bucal na APS compreendem:

- dores de origem dentinopulpare: cárie, pulpite, hipersensibilidade dentinária;
- dores periapicais: pericementite, abscesso;
- dores periodontais: abscesso periodontal, periodontite necrosante aguda, mobilidade dentária;
- urgências traumáticas: concussão, subluxação, luxação lateral, extrusão, intrusão, avulsão e fraturas dentais, luxação temporomandibular;
- disfunções da articulação temporo mandibular;
- urgências da mucosa: lesões provocadas por próteses, lesões provocadas por mordidas pós anestesia, queimadura da mucosa oral, aftas, herpes, candidíase;
- urgências de resolução protética ou restauradora: descimentação de prótese fixas ou provisórios, perda ou fratura de restaurações
- urgências pós operatórias: hemorragias e alveolite.

Um estudo sobre os atendimentos de urgência odontológica, realizado entre 2008 e 2015, demonstrou um desempenho robusto dos pontos da Atenção Primária à Saúde (APS) na gestão dessas urgências. A proporção entre o total de atendimentos de urgência e as primeiras consultas odontológicas programadas foi considerada aceitável. No entanto, o acesso aos serviços ficou abaixo do esperado. Os resultados também indicaram a necessidade de melhorias no acolhimento com classificação de risco (Frichembruder; Prass e Hugo, 2022).

Apesar da APS ser a principal porta de entrada do sistema de saúde, muitas vezes o serviço de atendimento às urgências odontológicas e à demanda espontânea é utilizado como sistema alternativo de assistência odontológica, de maneira recorrente pelos pacientes (Sanchez; Borchardt e Tribis, 2021).

Nessa lógica, a adequação dos processos de trabalho e a utilização de ferramentas para o planejamento e organização dos serviços são fundamentais para a efetividade da atenção voltada à produção do cuidado e da saúde (Leal; Werneck e Oliveira, 2017).

2.8 INSTRUMENTOS DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO RISCO ODONTOLÓGICO UTILIZADOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO

Existem na literatura alguns métodos de organização da demanda, como acolhimento, triagem, critérios de risco, levantamentos de cárie e doença periodontal, porém existem poucos instrumentos de acolhimento e classificação de risco utilizados.

Em 2019, Osanan desenvolveu e validou um instrumento para acolhimento e classificação de risco em urgências odontológicas na APS, baseado no Protocolo de Manchester e nas orientações do Ministério da Saúde. O instrumento incluía perguntas sobre sinais e sintomas dos usuários, utilizando uma escala de prioridades com cinco cores: vermelho (emergente), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente) e azul (não urgente). A validação envolveu grupos focais com especialistas e testes práticos com 48 usuários.

O instrumento mostrou-se eficaz para organizar a demanda espontânea nos serviços odontológicos da atenção primária. Uma limitação observada foi que a aplicação do instrumento foi realizada por auxiliares e técnicos de saúde bucal que, embora compreendessem semanticamente o protocolo, tiveram dificuldade em explorar completamente os sinais e sintomas dos pacientes. Eles ficaram muito apegados ao conteúdo do fluxograma e ficaram confusos quando as respostas dos pacientes não correspondiam exatamente às previstas no instrumento de acolhimento (Osanan, 2019).

Em 2021, Sanchez, Borchardt e Tribis relataram a reorganização do atendimento à demanda espontânea odontológica em uma unidade básica de saúde. O estudo introduziu um instrumento para caracterizar o perfil dos pacientes, utilizando classificação de risco por cores, uma escala de dor e prioridade clínica odontológica. Pacientes que buscavam atendimento eram inicialmente acolhidos por um profissional de saúde bucal, que preenchia uma ficha com dados pessoais e de saúde. O cirurgião-dentista então verificava os dados e realizava testes clínicos.

Os pacientes eram classificados conforme o caderno de atenção básica CAB 28 do Ministério da Saúde nas categorias: vermelho (emergência), amarelo (urgência), verde (atendimento no dia) e azul (atendimento programado). Os resultados mostraram a priorização das urgências, criação de uma planilha de dados dos pacientes e readequação das agendas dos cirurgiões-dentistas para atender melhor as urgências e oferecer tratamento odontológico a pacientes com alta vulnerabilidade social.

Uma limitação identificada foi a necessidade de o cirurgião-dentista avaliar e aplicar testes clínicos em todos os pacientes da demanda espontânea (Sanchez; Borchardt e Tribis, 2021).

Em 2012, o Serviço de Urgência da Clínica de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá implementou um sistema de acolhimento com classificação de risco. Padilha (2012) desenvolveu e validou um instrumento de classificação de risco para urgências odontológicas, baseado na revisão da literatura, dados epidemiológicos e grupos focais com docentes, gestores e trabalhadores. O instrumento incluía uma escala simplificada com cinco níveis de prioridade, identificados por cores: Vermelho I (emergência odontológica), Vermelho II (urgência maior), Amarelo (urgência menor), Verde (condições especiais) e Azul (condições não-urgentes). A aplicação do instrumento era realizada por técnicos em saúde bucal (TSB), com suporte de cirurgiões-dentistas supervisores quando necessário.

Os critérios de prioridade incluíam casos de emergência como hemorragias intensas e infecções graves (Vermelho I), urgências maiores como hemorragias menores e dor dental contínua (Vermelho II), dor intermitente moderada a intensa (Amarelo), traumatismos menores e acompanhamento pós-operatório (Verde), e condições menos urgentes como dor leve e fratura de restauração (Azul).

Este instrumento proporcionou maior eficiência ao serviço, resultando em uma utilização mais racional dos recursos disponíveis (Padilha, 2012).

O instrumento de acolhimento desenvolvido por Padilha (2012) está sendo utilizado em meu trabalho, com algumas pequenas adaptações visando atender às necessidades específicas do meu estudo.

Os instrumentos de acolhimento sistematizam o atendimento e, conseqüentemente, buscam melhorar a qualidade da assistência prestada à população; porém devem ser usados como um norteador, pois o empenho da equipe é fundamental para a construção de um acolhimento mais humanizado e resolutivo.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

Neste capítulo foram detalhados a natureza, o local, população e amostra do estudo, o instrumento e procedimento utilizados para coleta dos dados, a análise e os aspectos éticos do estudo.

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza aplicada e abordagem mista, cujo método de procedimento foi a pesquisa de levantamento, aplicando questionário com sujeitos resultantes de amostragem não probabilística intencional.

Um estudo descritivo envolve o registro, análise e correlação de fatos, buscando descobrir com que frequência eles ocorrem, suas naturezas, características, causas e suas relações e conexões com outros fatos (Cervo; Bervian; Da Silva, 2007).

De acordo com Gil (1999), a principal finalidade das pesquisas descritivas é descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis. Uma característica dessas pesquisas é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionários e observação sistemática.

A pesquisa aplicada busca identificar e gerar conhecimentos para responder a problemas específicos demandados pela sociedade, por instituições, organizações, grupos ou atores sociais (Fleury e Werlang, 2017); como no caso da demanda espontânea para assistência odontológica.

A pesquisa de abordagem mista combina abordagens que se complementam, pois integram palavras e números, duas linguagens essenciais na comunicação humana. Essa orientação metodológica é útil quando uma única fonte de dados não é suficiente para responder ao problema de pesquisa (Lorenzini, 2017).

Na amostragem não probabilística, a escolha dos elementos da população participantes da amostra se dá pelo julgamento do pesquisador, podendo ser intencional, quando o pesquisador se utiliza de sua experiência e julgamento para selecionar os membros da população para compor a amostra. No estudo em tela, a pesquisadora indicou duas Unidades de Saúde, sendo: a UBS Dr. Rômulo Ribeiro da

Costa (Jardim Aeroporto - Distrito Norte) e a UBS Rubens Lisandro Nicoletti Filho (José Sampaio - Distrito Oeste) - que ao serem consultadas - se mostraram interessadas em compor o estudo, considerando os gestores, os cirurgiões-dentistas (CD's) e as auxiliares de saúde bucal (ASB's).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Ribeirão Preto é um município brasileiro do interior do estado de São Paulo, região sudeste do país, distante 313 quilômetros a noroeste da capital estadual e a 706 quilômetros de Brasília. A população estimada do município de Ribeirão Preto segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano 2020 é de 711.825 habitantes (Ribeirão Preto, 2021).

Em relação à saúde pública, Ribeirão Preto é município de referência polo da região de saúde da Direção Regional de Saúde XIII (DRS XIII). A assistência está organizada em 05 regiões, denominadas Distritos de Saúde, os quais são: Distrito Norte, Distrito Sul, Distrito Leste, Distrito Oeste e Distrito Central (Ribeirão Preto, 2021).

Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais (Ribeirão Preto, 2021).

A rede de serviços da Atenção Primária no município de Ribeirão Preto é formada por 47 estabelecimentos de atenção primária, distribuídos nos Distritos de Saúde, dos quais 22 são Unidades Básica de Saúde (UBS), 21 são Unidades de Saúde da Família (USF), 02 são Unidades Básica e Distrital de Saúde (UBDS) e 02 são Unidades Básicas e Especializadas (Ribeirão Preto, 2021).

O serviço odontológico no município de Ribeirão Preto está alinhado à Política Nacional de Saúde Bucal. São programadas ações educativas, preventivas, promotoras de saúde e curativas que são realizadas individual e coletivamente nas unidades de saúde e espaços sociais. Fazem parte dessas ações, o Programa Meu Bem Querer (gestantes), Clínica do Bebê, Ações Educativas e Coletivas nas Escolas, Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce de Câncer Bucal, Programa Saúde na Escola (Programa Interministerial) e Levantamentos Epidemiológicos. Na atenção odontológica existe ainda uma unidade que oferece o serviço de pronto atendimento: a UPA Leste (diariamente, 24 horas) (Ribeirão Preto, 2021).

De acordo com a Secretaria Municipal de Ribeirão Preto (Ribeirão Preto, 2021), o acesso aos serviços de saúde de média complexidade ambulatorial e hospitalar em odontologia se dá a partir das Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Serviço de Pronto-Atendimento, sendo estes realizados em rede própria e conveniada, através de fluxo regulado (protocolos clínicos e de regulação).

Os serviços odontológicos especializados existentes no município (Ribeirão Preto, 2021) são:

- CEO tipo III: localizado no NGA-59, oferece as seguintes especialidades: Endodontia, Cirurgia, Periodontia, Semiologia e Pacientes Especiais.
- Centro de Odontopediatria (COP): localizado no NGA-59, oferece atendimento às crianças de 0 a 4 anos incompletos não colaboradoras.
- Serviço de Prótese Odontológica: localizado no NGA-59 pelo credenciamento de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), são oferecidas próteses totais, próteses parciais removíveis e próteses imediatas.
- Centro de Referência em Especialidades Central “Maria da Conceição da Silva” – CRE Central: atendimento básico inicial ao paciente soropositivo que inicia o acompanhamento médico nos Centros de Referência.

Ainda segundo dados da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto (Ribeirão Preto, 2021), o município conta com prestadores conveniados: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FORP, Faculdade de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP nas especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia, semiologia, pacientes especiais, oclusão, odontopediatria, prótese, radiologia e clínica integrada. Os hospitais conveniados são a Sociedade Portuguesa Beneficência, Sociedade Beneficente e Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Santa Lydia.

O presente estudo foi realizado em 02 Unidades de Saúde, localizadas em Distritos de Saúde distintos. Foram selecionadas pela pesquisadora, que considerou o número elevado de atendimentos odontológicos e a disponibilidade dos profissionais da equipe odontológica para participar da pesquisa como critérios: a UBS Dr. Rômulo Ribeiro da Costa (Jardim Aeroporto - Distrito Norte) e a UBS Rubens Lisandro Nicoletti Filho (José Sampaio - Distrito Oeste) (Quadro 2).

A UBS “Dr. Rômulo Ribeiro da Costa” do Jardim Aeroporto localiza-se no Distrito Norte, possui o horário de funcionamento das 07h00 às 17h00 horas, oferece os serviços de Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Odontologia,

Enfermagem, Assistência Farmacêutica, Vacinação, Teste do Pezinho, Planejamento Familiar e Atividades Educativas com grupos de gestantes e atividades educativas nas escolas. Abrange uma população estimada, no ano de 2010, de 16.103 habitantes de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Por ocasião do estudo, a UBS contava com duas cirurgiãs-dentistas, cada uma com carga horária de 20 horas semanais, e dois auxiliares de saúde bucal, cada um com carga horária de 30 horas semanais, trabalhando em períodos alternados.

A UBS “Rubens Lisandro Nicoletti Filho” no José Sampaio localiza-se no Distrito Oeste, com o horário de atendimento das 07h00 às 19h00. Oferece os mesmos serviços da UBS Jardim Aeroporto. O Distrito possui uma população estimada em 2010, pelo IBGE, de 16.580 habitantes. A UBS conta com três cirurgiões-dentistas, cada um com carga horária de 20 horas semanais, e três auxiliares de saúde bucal, cada um com carga horária de 30 horas semanais, que atuam em períodos alternados.

No Quadro 2 estão apresentadas as Unidades de Saúde participantes do estudo, pontualmente, considerando: o Distrito que pertencem, população estimada, número de CD's e sua carga horária individual, semanal; bem como número de ASB's e sua carga horária individual semanal.

Quadro 2 - Unidades de Saúde Participantes do Estudo. Ribeirão Preto/SP, 2023

Unidade	Distrito/ População estimada (2010)	Número de CD/Carga horária (semanal)	Número de ASB Carga horária (semanal)
UBS Jardim Aeroporto	Norte/16.103	2/20h cada	2/30h cada
UBS José Sampaio	Oeste/16.580	3/20h cada	3/30h cada

Legenda: CD= Cirurgião Dentista; ASB= Auxiliar de Saúde Bucal

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (2023)

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Da UBS Jardim Aeroporto do Distrito Norte participaram desta pesquisa uma CD (que foi a supervisora da ASB, no caso de dúvidas quanto ao estado odontológico do usuário que procurou a Unidade como demanda espontânea) e uma ASB – esta profissional não estava em seu horário de trabalho e foi responsável pela aplicação

do instrumento de coleta de dados (totalizando 02 profissionais que participaram da pesquisa).

Da UBS José Sampaio participaram do estudo uma CD (que foi a supervisora da ASB, no caso de dúvidas quanto ao estado odontológico do usuário que procurou a Unidade como demanda espontânea) e uma ASB – esta profissional não estava em seu horário de trabalho e foi responsável pela aplicação do instrumento de coleta de dados (totalizando 02 profissionais que participarão da pesquisa).

Cabe salientar que as ASB's responsáveis pela coleta de dados foram contratadas pela pesquisadora; são trabalhadoras das referidas unidades, porém estavam exercendo a atividade de coleta de dados da pesquisa em horários diferentes daqueles que prestam serviços naquela Unidade de Saúde, para que não ocorressem quaisquer impactos nos processos de trabalho das Unidades de Saúde onde ocorreu o estudo. Assim, os CD's tinham as ASB's do período auxiliando-os normalmente, enquanto as ASB's contratadas para a coleta estavam realizando a atividade de pesquisa. Cabe ainda reiterar que as ASB's que fizeram a coleta de dados, nos horários de coleta, tinham as pesquisadoras disponíveis para esclarecimentos de dúvidas do instrumento de pesquisa, mesmo já tendo sido capacitadas anteriormente para quanto a sua utilização. No total, compuseram a amostra 04 profissionais da equipe odontológica, sendo: 02 CD's e 02 ASB's, das Unidades selecionadas para o estudo.

Ainda foram participantes do estudo, aqueles pacientes que procuraram as Unidades de Saúde selecionadas para a pesquisa, que se apresentaram como demanda espontânea no serviço de saúde bucal, no período delimitado para a pesquisa (de 01 de fevereiro a 08 de março – 30 dias úteis de coleta dos dados), no período da manhã (das 07:00 às 10:00), totalizando 78 pacientes.

Como critérios de inclusão, da área odontológica, o participante era ASB, CD; funcionário público contratado pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e aceitou o convite para participar da pesquisa, sendo que no caso da ASB - em horário delimitado para a coleta de dados (horário diferente daquele que já trabalhava na referida Unidade).

Ainda como critérios de inclusão, considerando os pacientes, foram inseridos aqueles classificados como demanda espontânea para o serviço de saúde bucal (ou seja, não serem pacientes agendados) nos horários delimitados para a coleta de dados, e terem aceito o convite para participar da pesquisa. Seriam excluídos os

pacientes que durante o período de coleta sinalizassem que não desejavam continuar a participação ou que por algum motivo não conseguissem informar o que estava sendo perguntado, fossem por dificuldades de entendimento ou outro impedimento. Contudo, estas situações não ocorreram, permitindo, portanto, que todos os pacientes da demanda espontânea participassem do estudo.

Em síntese, tivemos como participantes da pesquisa os 04 profissionais da Odontologia dos serviços de saúde selecionados para o estudo e também 78 pacientes de demanda espontânea da saúde bucal destas Unidades – que foram atendidos pelos referidos profissionais e encaminhados após suas avaliações, de acordo com o preconizado no Formulário de acolhimento e classificação de risco odontológico proposto no estudo de Padilha (2012), que será delineado no item 3.4.1.

3.4 COLETA DOS DADOS

3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento constitui-se de um Formulário de Acolhimento e Classificação de Risco da demanda espontânea e foi utilizado pelos profissionais da equipe odontológica, nas Unidades de Saúde selecionadas para o presente estudo, na vigência da procura espontânea por assistência odontológica pelos usuários, no período determinado para a coleta dos dados para a pesquisa.

O formulário de acolhimento e classificação de risco odontológico foi obtido durante a busca por literatura específica e constatado que o instrumento proposto no estudo de Padilha (2012) corrobora os objetivos do presente estudo. Trata-se, portanto, de conteúdo validado e adaptado para a realidade dos serviços de saúde selecionados para a pesquisa obedecendo ao descrito na literatura, pautando-se nas indicações do Ministério da Saúde (agravos) e na prática cotidiana.

O formulário (Apêndice I) é composto pela identificação do usuário, a queixa principal e um roteiro com uma escala de classificação das urgências odontológicas, apontando os principais agravos, em ordem de prioridade. A escala apresenta quatro níveis de prioridades, divididas por cores, como preconiza o Ministério da Saúde, sendo do mais grave ao menos grave: vermelho, amarelo, verde e azul. Especificando: vermelho - quando se constata uma emergência, devendo o atendimento ser imediato,

pois há o risco de morte do paciente; amarelo - quadro agudo, atendimento prioritário, devendo ser realizado o quanto antes, com o tempo de resposta no mesmo período; verde – risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante, devendo ter o atendimento no dia e azul - quando não há urgência e o atendimento pode ser programado. O instrumento apresenta, ainda, um local para anotar a conduta realizada e a assinatura da profissional que fez o atendimento.

Um questionário (Apêndice III) também foi utilizado com a finalidade de identificar as dificuldades e vantagens que os profissionais da equipe odontológica encontraram ao utilizar o instrumento de acolhimento e classificação de risco proposto. Foi elaborado pelas pesquisadoras, com vistas a considerar a experiência dos participantes da equipe odontológica (lançar luz e dar valor às suas subjetividades), especialmente, por já realizarem esse tipo de atendimento sem qualquer sistematização. Possui questões de identificação dos participantes da pesquisa, considerando: data de nascimento, sexo, formação, o tempo de formação em anos, o tempo de trabalho na função e se reside na área adstrita. Também apresenta três perguntas abertas contendo: como foi a experiência na utilização do instrumento, sugestões a serem acrescentadas ao instrumento e as dificuldades e vantagens no uso do instrumento, de acordo com a vivência do profissional.

Também foi utilizado o sistema Hygia Web - que é um sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - para conferir, levantar dados de identificação e agendamentos dos usuários. Para essa fase da pesquisa foi solicitado somente os dados pontuados anteriormente, necessários ao desenvolvimento do estudo, ao responsável pelo Setor de Tecnologia da Informação da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

O Sistema Hygia Web é um sistema de gestão em saúde empregada nas Unidades de Saúde e por prestadores de serviços em Ribeirão Preto, oferecendo uma variedade de funcionalidades essenciais. Entre elas estão a configuração de agendas, o agendamento de pacientes, a requisição e acesso online aos resultados de exames, o registro da dispensação de medicamentos, controle e aplicação de vacinas, a regulação de encaminhamentos, a solicitação de internações de urgência, o atendimento ambulatorial virtual, o faturamento ambulatorial, a emissão de atestados e declarações de comparecimento (Ribeirão Preto, 2023).

3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados

O projeto foi apresentado à Comissão de Avaliação de Projetos da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto e submetido para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto, onde obteve autorização para realização da pesquisa sob CAAE: 74812523.1.0000.5498 no parecer Consubstanciado_CEP_6492882, de 7 de novembro de 2023.

Somente após estas etapas, os participantes foram contatados para esclarecer a finalidade e objetivos do estudo, bem como sua aquiescência em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice IV).

Antes da utilização do formulário de acolhimento e classificação de risco odontológico, foi realizado um treinamento com as ASB's e CD's participantes da pesquisa, incluindo a apresentação do instrumento, orientação de como usá-lo e esclarecimentos de outras dúvidas; estimulando o preenchimento do instrumento para aprenderem fazendo. Esta capacitação foi realizada presencialmente, individualmente, em horário combinado previamente com os participantes da pesquisa, em sua própria Unidade de Saúde. Além disso, cada participante recebeu uma cópia do material instrucional (Apêndice II), elaborado pela pesquisadora, com explicações e fotos dos agravos descritos no formulário, para consulta, quando necessário. Esse material é resultado da apropriação de saber referente ao tema pela pesquisadora, e compõe-se das recomendações do Ministério da Saúde, das orientações descritas na dissertação de Padilha (2012) quanto ao uso do formulário, das recomendações do Conselho Federal de Odontologia e da vivência clínica nos Serviço de Saúde da pesquisadora.

Após a capacitação, o formulário foi utilizado pelos profissionais da equipe odontológica, por 30 dias úteis (01 de fevereiro a 08 de março de 2024 – de segunda a sexta-feira), em cada Unidade de Saúde participante, para atendimento à demanda espontânea odontológica, considerando os atendimentos odontológicos ofertados nas Unidades de Saúde, selecionadas para a pesquisa. Convém ressaltar que não há um horário específico nas unidades de saúde para atendimento das urgências odontológicas, mas usualmente os pacientes com dor procuram este serviço no momento de sua abertura, às 7 horas. Por esse motivo, foi delimitado para o estudo o horário das 07h00 às 10h00, que é o horário de maior fluxo da demanda espontânea.

Cabe ressaltar que durante o período delimitado na pesquisa, a equipe odontológica da UBS do José Sampaio contraiu COVID, o que resultou no afastamento da equipe por uma semana de suas atividades. Portanto, a coleta de dados nesta Unidade foi interrompida durante esse período, retornando assim que a equipe voltou às suas atividades normais, em complementação aos dias que estavam planejados para a coleta dos dados.

As Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) fizeram a escuta de todos os usuários que chegaram em busca da demanda espontânea odontológica e realizaram o preenchimento do formulário de acolhimento. Nessa ocasião, durante a escuta, os usuários foram informados e esclarecidos a respeito da finalidade e objetivos da pesquisa – o que justifica o atendimento estar ocorrendo com registros e não apenas verbal, como ocorria anteriormente; bem como seu consentimento em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice V).

Quando a ASB teve dúvida frente ao caso apresentado pelo usuário, solicitou auxílio ao CD para proceder a avaliação, classificação e conduta a ser tomada. Esta situação ocorreu algumas vezes durante o processo, nas duas Unidades de Saúde pesquisadas.

Para a avaliação do paciente, a escuta buscou obter a queixa principal - aquela que motivou a procura por atendimento, e outros sintomas como a intensidade da dor, as alterações percebidas no momento do acolhimento; além de outros fatores que pudessem estar relacionados, como o uso de medicação, o tempo de duração da queixa. Estas informações foram utilizadas para a classificação dos pacientes, de acordo com os níveis propostos pelo formulário de acolhimento e classificação de risco odontológico.

O questionário para avaliação da experiência com o uso do formulário (Apêndice III) foi entregue para cada ASB e CD participante da pesquisa, pela pesquisadora, após o período de um mês do uso do formulário de acolhimento para a demanda espontânea em relação à assistência odontológica (período delimitado para a coleta dos dados da pesquisa). Foi solicitado que respondessem as informações referentes aos dados pessoais e também quanto ao uso do instrumento, sendo que a pesquisadora ficou disponível para dirimir dúvidas, ofertando um tempo estimado em 60 minutos, para a referida atividade, em período determinado por cada profissional.

Com relação aos dados existentes no Sistema Hygia Web, necessários ao desenvolvimento e análise dos dados da pesquisa, foram solicitados após o término

do período de aplicação do formulário, com vistas a analisar se os encaminhamentos realizados pelos profissionais da equipe de odontologia ocorreram, como orientados.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise e interpretação dos dados quantitativos ocorreu considerando-se os resultados da coleta de informações do formulário de acolhimento dos usuários que buscaram atendimento como demanda espontânea para a assistência odontológica, fornecendo a caracterização da amostra por meio de números absolutos e relativos. Tais informações foram armazenadas e sistematizadas numa planilha eletrônica, no aplicativo Microsoft Office Excel versão 2019, utilizando as funcionalidades da tabela dinâmica.

Os dados foram analisados por meio de interpretação das variáveis, que permitiram a distribuição, a classificação e sua tabulação. Sua distribuição facilita a classificação, ordenando-os, ao passo que a tabulação consiste em dispor esses dados em tabelas, sendo então, incluídos no tratamento estatístico (Barros e Leheld, 2000).

A representação dos dados estatísticos foi feita através de gráficos e/ou tabelas, que se constituem em ferramentas usadas para expor os resultados obtidos, visando facilitar a compreensão e a interpretação dos dados.

A interpretação dos dados qualitativos consistiu na análise das respostas dos membros da equipe odontológica quanto ao uso e contribuições relativas ao Formulário que aplicaram, considerando suas falas, subjetividades e experiências como atores sociais inseridos no processo de acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea para assistência odontológica nas Unidades selecionadas para o estudo, na perspectiva da Análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

Após registros individuais das respostas pelos participantes do estudo, os relatos foram transcritos na íntegra, utilizando os critérios de exaltação de conteúdos semelhantes. Estes conteúdos foram lidos de forma exaustiva na busca de analisar os teores dos relatos.

Minayo (2003, p. 74) enfatiza que a análise de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto, mais especificamente, retrata o que descrevem Puglisi e Franco (2005)

(...) o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente). A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos. Reiterando, diríamos que para o efetivo “caminhar neste processo”, a contextualização deve ser considerada como um dos principais requisitos, e, mesmo, “o pano de fundo” no sentido de garantir a relevância dos resultados a serem divulgados e, de preferência, socializados (p. 24).

Bardin (2011) descreveu que o termo análise de conteúdo se refere a:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p. 47).

A análise de conteúdo, na perspectiva de Bardin, consiste em uma técnica metodológica que poderá ser aplicada em discursos diversos, sendo que o pesquisador deve buscar compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração; exigindo dele que entenda o sentido da comunicação normalmente e, também, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira (Godoy, 1995).

Na prática, a Análise Temática de Conteúdo, segundo Minayo (2003), desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação.

A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos, sendo que a leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo. Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014) comentam que a constituição do corpus, na perspectiva de Oliveira (2008), é a tarefa que diz respeito à constituição do universo estudado, sendo necessário respeitar alguns critérios de validade qualitativa, são eles: a exaustividade (esgotamento da totalidade do texto), a homogeneidade (clara separação entre os temas a serem trabalhados), a exclusividade (um mesmo elemento só pode estar em apenas uma categoria), a objetividade (qualquer codificador consegue chegar aos mesmos resultados) e a adequação ou pertinência

(adaptação aos objetivos do estudo). Ainda nesta etapa, o pesquisador procede à formulação e reformulação de hipóteses, que se caracteriza por ser um processo de retomada da etapa exploratória por meio da leitura exaustiva do material e o retorno aos questionamentos iniciais; e na última etapa da pré-análise elaboram-se os indicadores que fundamentarão a interpretação final (Oliveira, 2008).

Durante a etapa da exploração do material, a pesquisadora buscou encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado. Para Minayo (2003), a categorização consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, recortando o texto em unidades de registro que podem constituir palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes para pré-análise. Posteriormente, a pesquisadora escolheu as regras de contagem por meio de codificações e índices quantitativos; e realizou a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema (Bardin, 2011).

Feitas essas ações, a pesquisadora propôs inferências e realizou interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente (Minayo, 2003).

Os dados coletados no questionário foram analisados através da análise de conteúdo de Bardin (2011) utilizando a técnica temática ou categorial.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O tipo de abordagem desenvolvida nesta pesquisa classifica-se como de mínimo risco de desconforto ou constrangimento, de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Na mesma Resolução está assegurada, inclusive, a privacidade dos sujeitos, acrescentando os aspectos éticos asseverados na Resolução 510/16, no

Art. 1º dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis, ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Art. 2º adotam-se os termos e definições:

[...] III - benefícios: contribuições atuais ou potenciais da pesquisa para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna devida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado;

IV - confidencialidade: é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada;

V - consentimento livre e esclarecido: anuência do participante da pesquisa ou de seu representante legal, livre de simulação, fraude, erro ou intimidação, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos

Todos os procedimentos realizados atenderam aos princípios da Bioética, assegurando os direitos e deveres dos participantes da pesquisa.

Acredita-se no uso de benefícios diretos desta pesquisa para o participante (profissional da equipe odontológica) e para a gestão do serviço de saúde onde ocorreu o estudo, pois a aplicação do Formulário teve o objetivo de nortear a avaliação sistematizada do usuário que procurou a assistência odontológica como demanda espontânea e esta forma de atendimento permitiu o registro da queixa e sintomas, bem como de observações que a equipe odontológica julgou necessárias, incluindo a orientação quanto ao encaminhamento dado a cada caso. Ainda cabe lembrar que o uso do Formulário pôde trazer benefícios indiretos ao usuário que procurou a Unidade de Saúde na condição de demanda espontânea para atendimento odontológico, pois buscou a organização de informações, análise, interpretação e avaliação de dados que foram informados e este fluxo pode oferecer maior segurança à conduta e, portanto, ao atendimento prestado.

Não foram oferecidos riscos advindos da consulta de dados no Sistema Hygia Web, pois as informações levantadas serviram somente à composição das informações que propiciaram a identificação e atendimento aos objetivos do presente estudo.

Ainda cabe salientar que os riscos da pesquisa com relação às respostas de cada ASB e CD participante da pesquisa, ao questionário para avaliação da experiência com relação ao uso do formulário foram mínimos considerando que fizemos perguntas relativas à sua caracterização e sua experiência no tocante a utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea odontológica, se possui sugestão a acrescentar no instrumento, bem

como as dificuldades e vantagens do uso do instrumento, na sua perspectiva. Entretanto, se o participante considerasse angustiante e se sentisse ansioso, ou achasse cansativa a abordagem, poderia fazer uma pausa para completarmos a pesquisa, voltando a responder, tão logo possível. Quaisquer desconfortos percebidos ou relatados pelos participantes do estudo seriam ouvidos atentamente pela pesquisadora (que é cirurgiã dentista), inicialmente, e se necessário, acompanhado(a), o(a) participante seria levado(a) ao Serviço de Psicologia da UNAERP. Entretanto, todos os aspectos pontuados anteriormente não ocorreram durante o presente estudo.

O estudo cumpriu as seguintes etapas: Solicitação de Autorização para realização da pesquisa no âmbito da secretaria Municipal da Saúde, análise e autorização do projeto de pesquisa pela Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa - CAPP (Anexo A); encaminhamento do projeto para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.

Destaca-se que o projeto foi objeto de avaliação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) sob o CAAE nº 74812523.1.0000.5498 e parecer 6.492.882, em 07/11/2023 (Anexo B).

Após a aprovação no CEP, para a participação no estudo, os participantes receberam duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III), sendo que uma via este assinou e já tinha as assinaturas das pesquisadoras (esta via foi devolvida à pesquisadora) e a outra ficou de posse do participante com as assinaturas e contatos das pesquisadoras.

3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tivesse os mesmos propósitos ou apresentasse superioridade metodológica.

Além disso, ocorrendo recusas na participação do estudo em proporções que inviabilizassem a constituição da amostra previamente preconizada, o estudo poderia ser rediscutido, no sentido de torná-lo viável ou então encerrá-lo.

O participante poderia rever a qualquer momento seu consentimento para deixar de participar deste estudo, sem que isso trouxesse prejuízo ou penalização aos indivíduos pesquisados, item contemplado no TCLE.

Contudo, as situações citadas não ocorreram, permitindo, portanto, a realização de todas as etapas do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

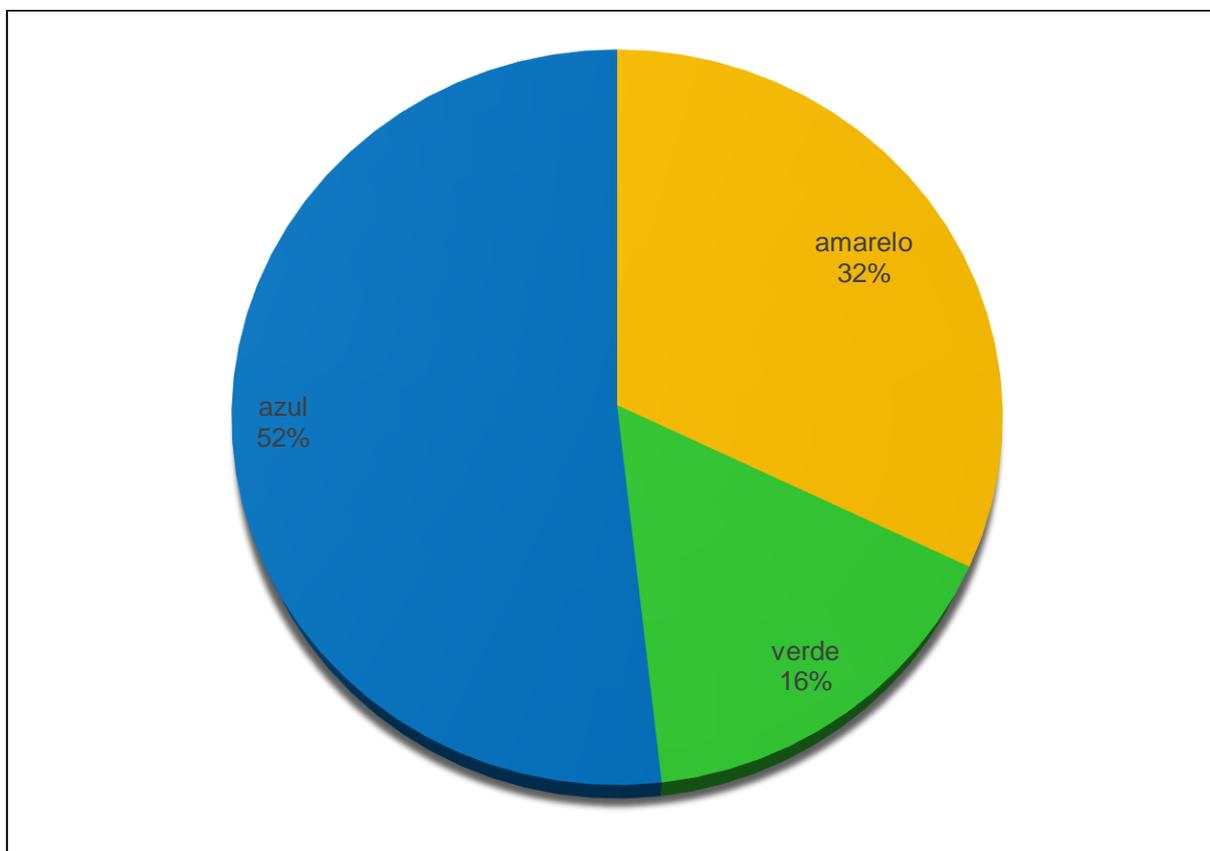
Como já exposto anteriormente, esta pesquisa adota a abordagem de análise mista, articulando os resultados de caráter qualitativo e quantitativo, combinando as duas formas de coletar e analisar os dados para a pesquisa.

Inicialmente, apresentaremos os dados quantitativos do formulário de acolhimento e classificação de risco, das duas UBS's onde ocorreu o estudo. Posteriormente, serão apresentados os dados qualitativos resultantes das respostas às três perguntas contidas no questionário, aplicado aos CD's e ASB's participantes da pesquisa, após uso do instrumento.

Foram coletados dados de 56 pacientes da UBS "Rômulo Ribeiro da Costa" do Jardim Aeroporto e 22 pacientes da UBS "Rubens Lisandro Nicoletti Filho" do José Sampaio, totalizando 78 pacientes.

Na UBS do Jardim Aeroporto, a maioria dos pacientes 29 (52%) foram classificados com a cor azul, e apenas 9 pacientes (16%) como verde (Gráfico 1).

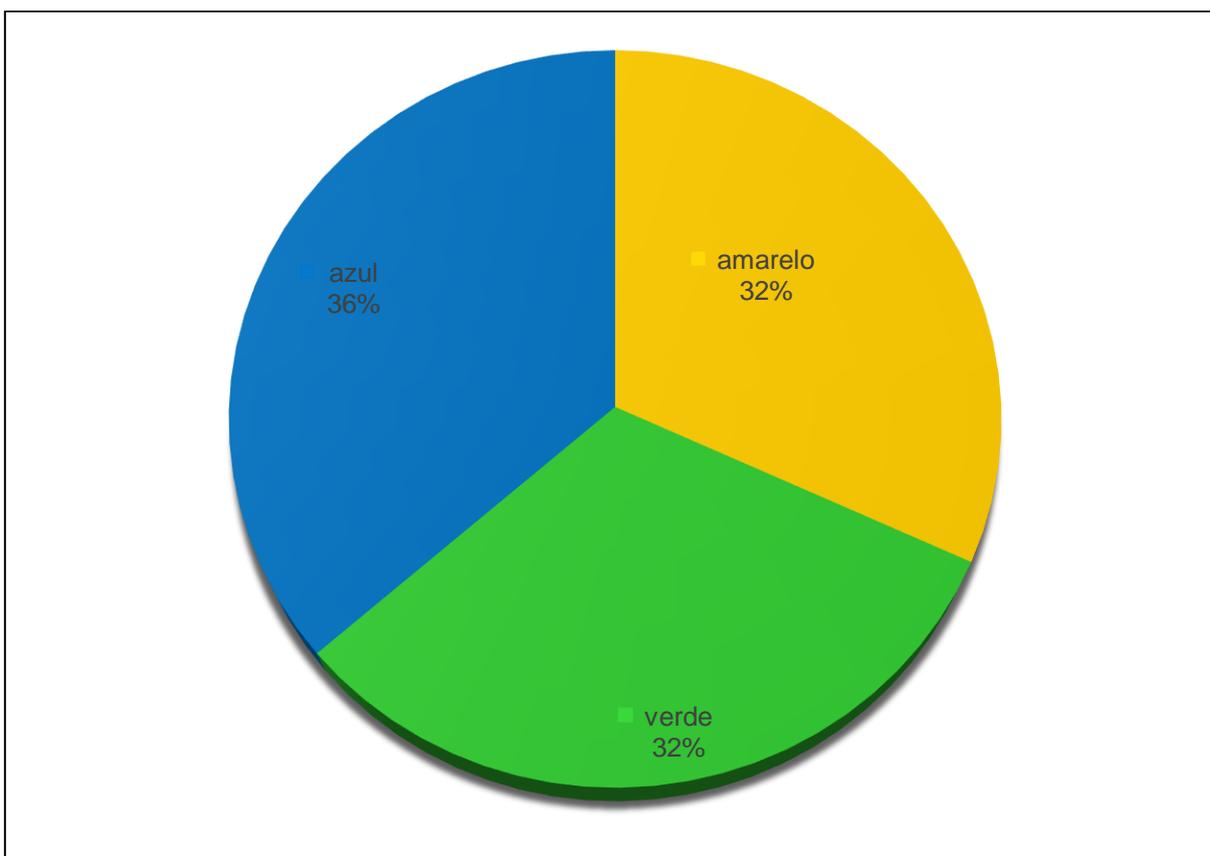
Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com a cor classificatória - UBS Jardim Aeroporto. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

Na UBS José Sampaio, 8 pacientes (36%) foram classificados com a cor azul e somente 7 pacientes (32%) com a cor verde (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes de acordo com a cor classificatória - UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

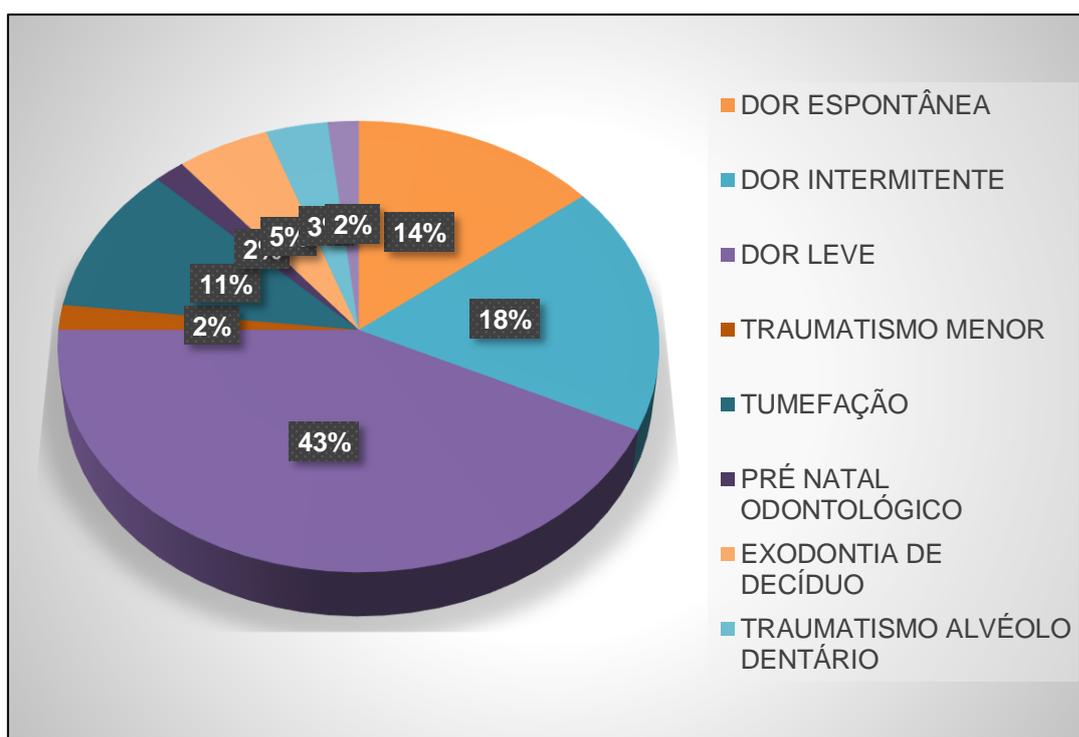
Não houve paciente, nas duas Unidades do estudo, que apresentasse características que apontassem risco de comprometimento à vida e, por esse motivo, não receberam classificação vermelha. Raramente problemas odontológicos vão ser causa de situações que ameaçam a vida do paciente e precisam de atendimento imediato (Kanegane, 2011; Brasil, 2013b). Normalmente situações mais complexas envolvendo fraturas ósseas ou traumas decorrentes de acidentes são atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e direcionados a UPA, dificilmente chegando à UBS, obedecendo ao discriminado para atendimento emergencial na Rede de Atenção à Saúde.

Outra situação que também foi observada, referiu-se aos casos não-urgentes, classificados no último nível de prioridade como cor azul. Nas duas UBS's do estudo constituíram-se a maioria dos casos, como já era uma percepção da equipe.

O fato de nenhum caso avaliado ter sido classificado como primeiro nível de prioridade e um grande percentual (52% e 36%) como nível azul, respectivamente nas UBS's Jardim Aeroporto e José Sampaio poderia sinalizar na direção de inadequação desta escala às demandas das urgências odontológicas. Contudo, vale ressaltar que a utilização frequente desta porta de acesso ao serviço de saúde odontológico como demanda espontânea, pelo usuário, pode refletir a capacidade insuficiente de cuidado na APS, na área. Assim, o usuário utiliza o serviço de demanda espontânea como alternativa para a solução de seus problemas odontológicos (Osanan 2019; Sanchez; Borchardt e Tribis, 2021).

No entanto, é importante a identificação de prioridades para dar respostas a todos que procuram a unidade, sem, entretanto, transformar o serviço em uma Unidade de Pronto Atendimento (Brasil, 2018). Neste sentido, a utilização do Formulário de Acolhimento e classificação de Risco, norteia a identificação de prioridades odontológicas.

Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes de acordo com a queixa na UBS Jardim Aeroporto. Ribeirão Preto/SP, 2024

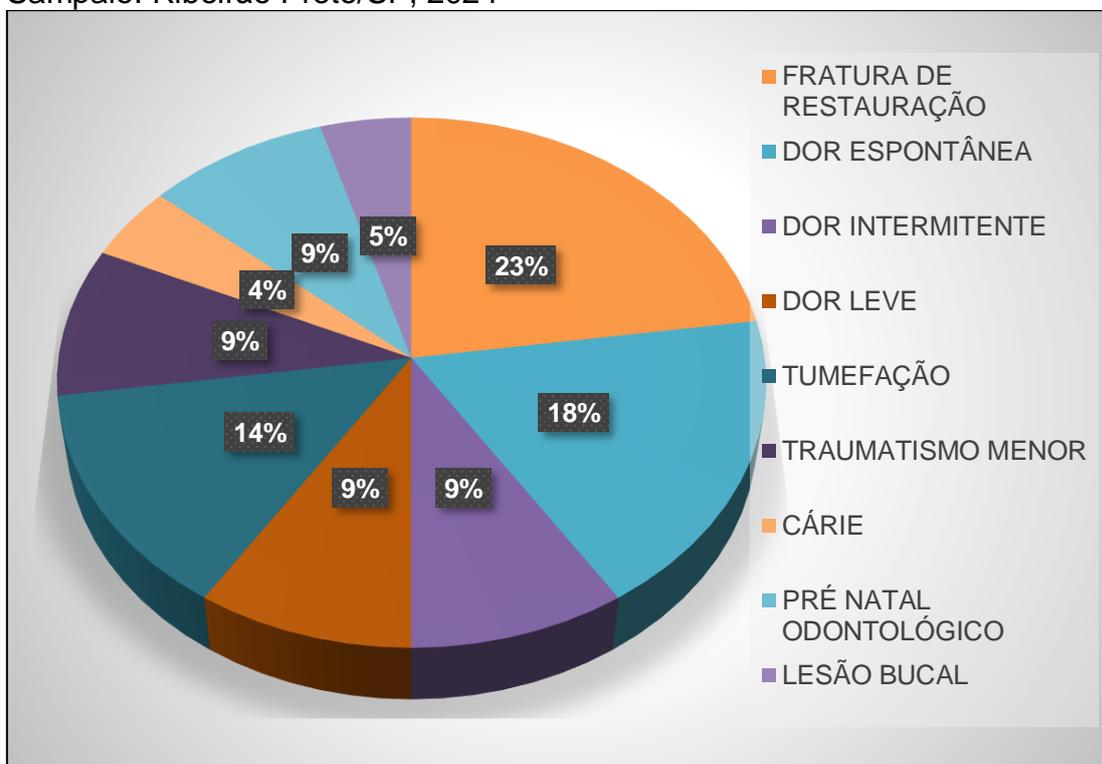


Fonte: Autoria Própria (2024)

Com relação às queixas trazidas pelos usuários na UBS Jardim Aeroporto, a maioria dos pacientes 24 (43%) referiu apresentar dor leve; seguido de 10 (18%) com dor intermitente, 8(14%) relataram dor espontânea e 01 paciente (2%) procurou atendimento para pré-natal odontológico. (Gráfico 3)

Já na UBS José Sampaio, a maior parte - 05 (23%) apresentava fratura de restauração, 4 (18%) pacientes relataram dor espontânea, 3 (14%) tumefação e 1 (5%) paciente referiu lesão bucal (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes de acordo com a queixa na UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

A maioria das urgências odontológicas envolve quadros álgicos associados a processos inflamatórios ou infecciosos (Mazzilli, 2008). É sabido que a presença de dor de origem dentária é um indicador relevante para a busca de serviços de saúde bucal. (Brasil, 2013b; Martins et al., 2014; Brasil, 2018). Existem ainda as urgências decorrentes do comprometimento da função mastigatória, de traumatismos dentários e afecções agudas da mucosa bucal (Brasil, 2018). Os dados coletados nas duas UBS's, referidos pelos pacientes, também apontam as queixas de dor (espontânea, intermitente e leve); além das infecções agudas discriminadas no formulário como

tumefações, os traumatismos alvéolo-dentários e traumatismos menores e as afecções da mucosa bucal (lesão bucal).

Na UBS Jardim José Sampaio, pacientes que reportaram como queixa principal a fratura de restauração, não obstante manifestaram dor, ainda assim buscaram o serviço em caráter de urgência, possivelmente devido à preocupação do agravamento do quadro com o decorrer do tempo.

Outro dado importante foi a procura por pré-natal odontológico. O Programa Previne Brasil, estabeleceu novo modelo de financiamento da APS com sete indicadores de pagamento por desempenho, sendo um deles voltado para o atendimento odontológico em gestantes. O indicador “Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado” leva em consideração a necessidade de assegurar uma oferta de cuidado integral durante a gestação, envolvendo ações de promoção e prevenção da saúde a partir de uma assistência multiprofissional, envolvendo o atendimento odontológico como etapa de rotina no pré-natal das usuárias do Sistema de Saúde (Brasil, 2022). Assim, as gestantes são orientadas no momento do exame que confirma a gravidez, a fazer o pré-natal odontológico.

Porém, um dado chamou a atenção: no caso da UBS do Jardim Aeroporto, a maioria dos pacientes, apresentou caso de dor, porém de intensidade mais baixa, leve ou fugaz, diferentemente da UBS do Jardim José Sampaio, que trazia como queixa principal, restauração que se fraturou ou se soltou, que é uma condição para atendimento programado.

A classificação de prioridade clínica de um usuário pode possibilitar três resultados, a saber: decisão apropriada, supercategorização ou subcategorização. Na decisão apropriada, o paciente é classificado adequadamente, de acordo com sua condição. Na supercategorização, o nível de prioridade dado é maior do que o paciente necessita e na subcategorização, a classificação é mais baixa do que necessário (Kanegane, 2011). Essa análise influencia na tomada de decisão e quando o paciente irá receber o cuidado. Diante disso, e analisando os resultados, pode-se também pensar em uma mudança no instrumento de acolhimento, removendo da escala os discriminadores da cor vermelha, movendo os casos agudos, prioritários (amarelo) para a cor vermelha, os casos menos urgentes (verde) para a cor amarela, os casos de dor menos intensa - que atualmente são classificados como azul - para a cor verde, e os casos que podem ser programados, continuariam na cor azul. Essa alteração poderia evitar os casos de subcategorização, frente ao aspecto

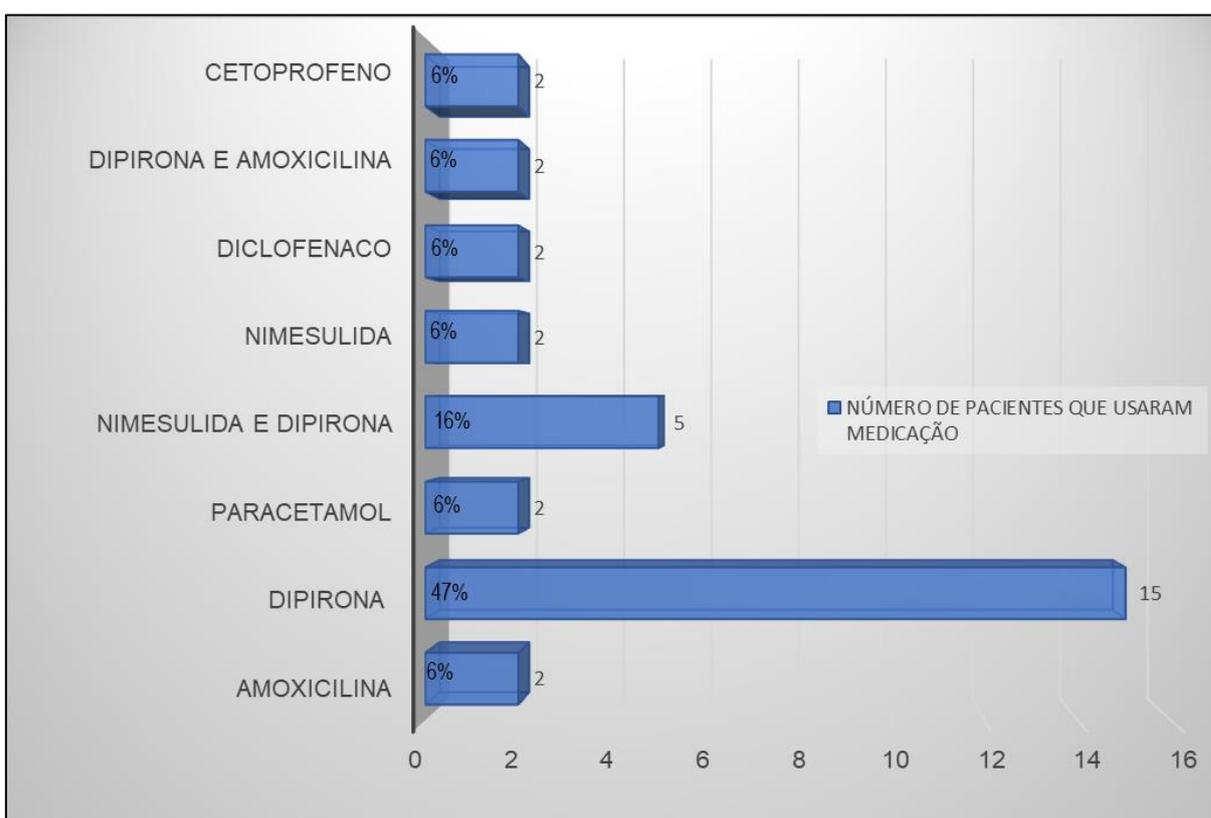
dor, referido pelo paciente. Neste caso, a cor vermelha não indicaria risco de vida ao paciente, mas sim um sinal de alerta para sua necessidade mais urgente.

Quanto ao uso de medicamentos, na UBS Jardim Aeroporto, 32 (57%) pacientes fizeram uso antes de procurar o atendimento e 24(43%) negaram a utilização.

Na UBS José Sampaio, 15 (68%) pacientes disseram que não tomaram medicamentos e 7 (32%) pacientes fizeram uso de medicação.

Dos 32 pacientes que tomaram medicação antes de procurar atendimento na UBS Jardim Aeroporto, a maioria 15 (47%) tomou dipirona e ainda 02 (6%) tomaram amoxicilina e amoxicilina e dipirona; respectivamente. (Gráfico 5).

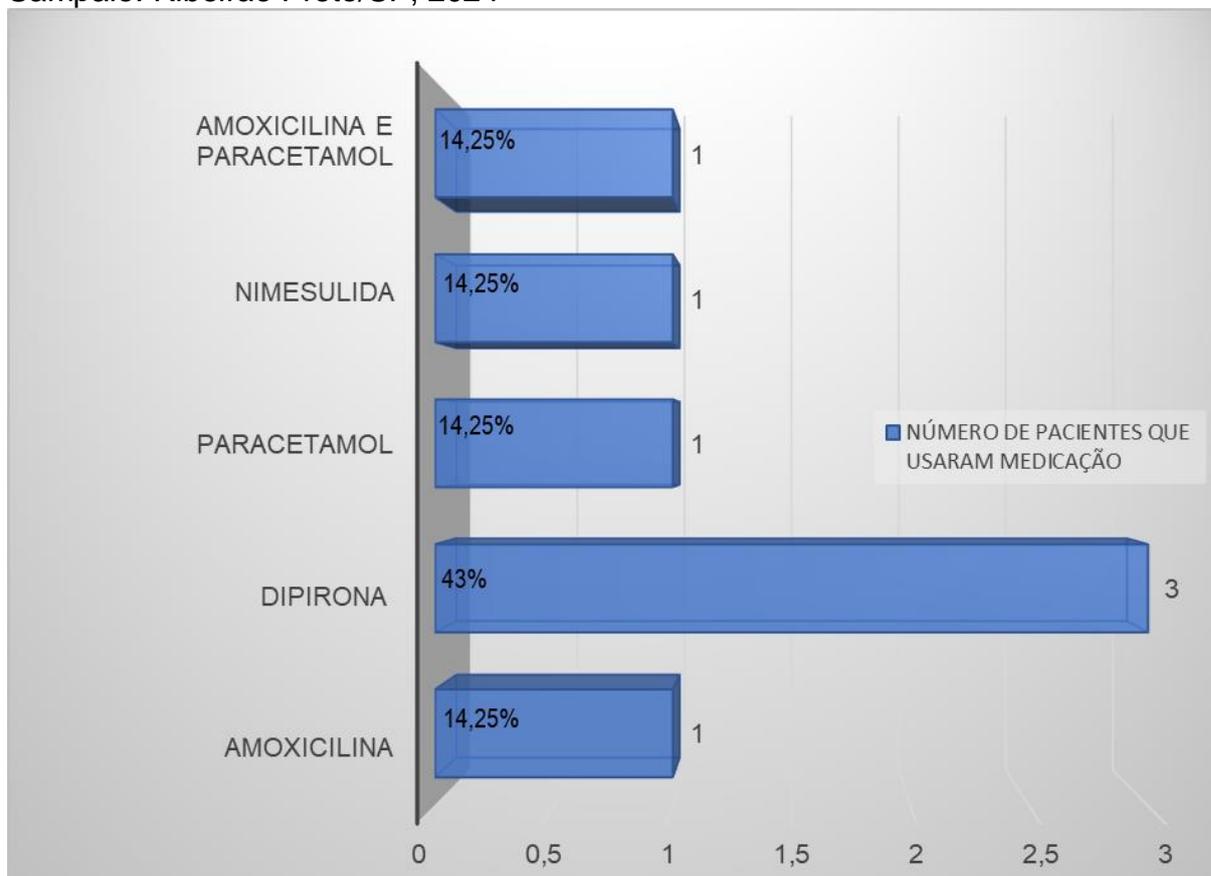
Gráfico 5 - Distribuição das medicações utilizadas pelos pacientes na UBS Jardim Aeroporto. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

As medicações mais usadas pelos pacientes na UBS José Sampaio, referidas por eles, contemplam dipirona (43%), nimesulida (14,25%), amoxicilina (14,25%) (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição das medicações utilizadas pelos pacientes na UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

A automedicação é uma prática bastante difundida no país. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, um certo nível de automedicação é considerado aceitável, desde que seja exercido com responsabilidade. Segundo Silveira (2017), a automedicação responsável ocorre quando os indivíduos tomam medicamentos sem prescrição para tratar condições menores e autolimitadas, como dores de cabeça, resfriados ou pequenos ferimentos, utilizando medicamentos de venda livre. Entretanto, para que a automedicação seja segura e eficaz, é necessário que as pessoas conheçam os medicamentos, entendendo as indicações, contraindicações, dosagens corretas e possíveis efeitos colaterais dos medicamentos que estão utilizando.

Por outro lado, a automedicação torna-se problemática e perigosa quando envolve o uso indiscriminado de medicamentos, o tratamento de condições mais graves sem orientação médica ou a utilização de medicamentos prescritos para outras pessoas (Silveira, 2017). Além disso, pode provocar efeitos colaterais indesejados,

intoxicação medicamentosa, a utilização de dosagem insuficiente ou excessiva, assim como piorar o estado de saúde de pacientes com doenças crônicas (Alves, 2018).

Souza et al. (2017) avaliaram 176 pacientes que buscaram atendimentos odontológicos de urgência e o principal motivo da procura foi a dor de dente (90,7%) e, dentre estes, 79,5% afirmaram que estavam se automedicando. Esses dados aproximam-se dos dados da UBS Jardim Aeroporto, onde a queixa principal foi a dor de dente e 57% desses pacientes estavam se automedicando.

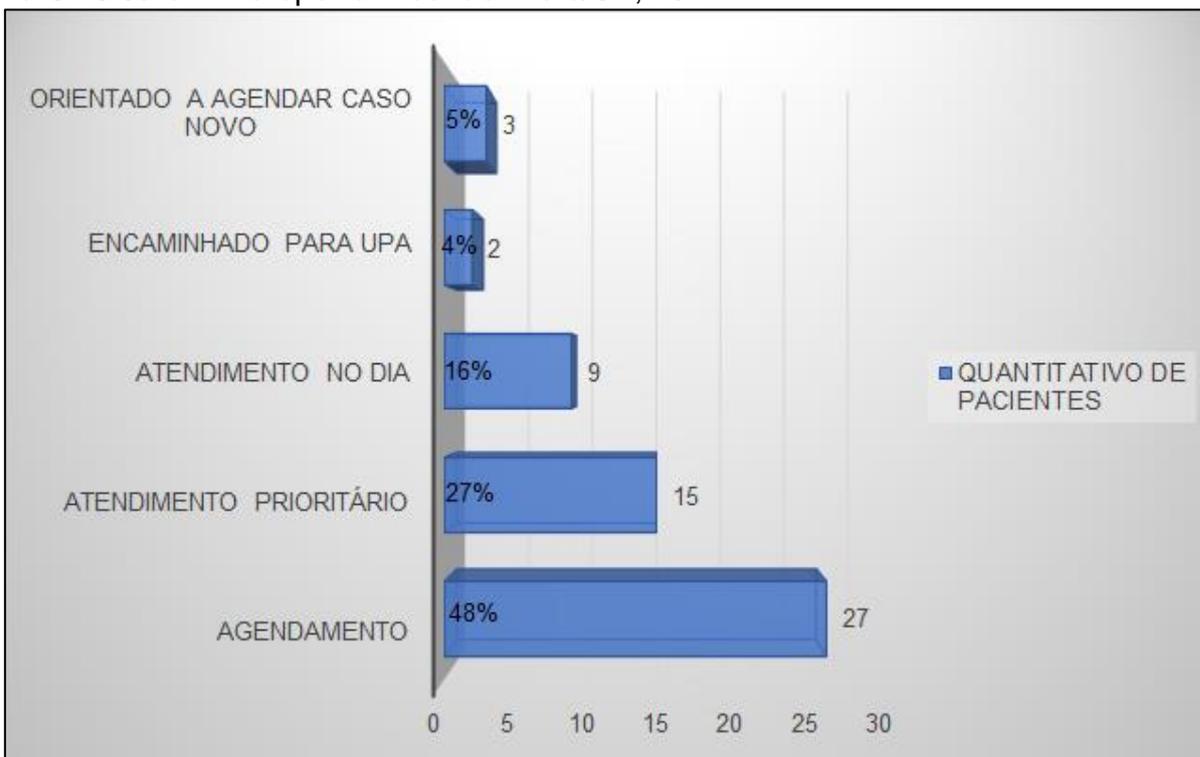
Em outro estudo, de Tamietti et al. (2012), aferiram 174 pacientes que buscaram serviço odontológico e, entre eles, 79,3% afirmaram que se automedicavam, 31,9% utilizaram medicamentos estocados em casa, inclusive, com antibióticos que normalmente restavam de outros tratamentos médicos e odontológicos. Como as medicações prescritas por médicos ou cirurgiões dentistas não devem sobrar, pode-se inferir que esses medicamentos não foram adequadamente utilizados.

A convicção de que os antibióticos são eficazes contra uma variedade de condições, como dores, febres e resfriados promove o uso inadequado desses medicamentos, resultando em danos tanto no nível individual quanto comunitário, pois favorece o desenvolvimento da resistência microbiana (Silveira, 2017).

Em relação à conduta tomada, na UBS Jardim Aeroporto, houve predomínio de agendamentos para 27 (48%) pacientes e somente 2 (4%) pacientes foram encaminhados para a UPA (Gráfico 7).

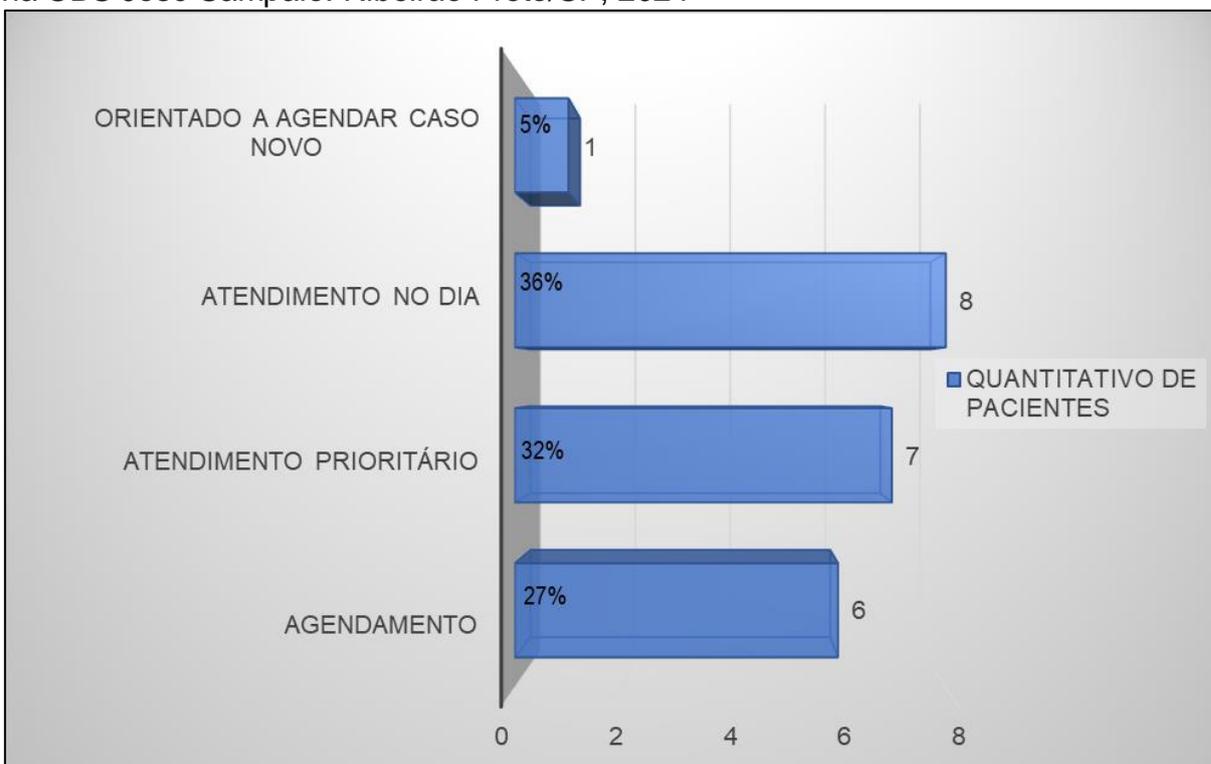
Na UBS José Sampaio, 08 (36%) pacientes tiveram atendimentos no dia e 7 (32%) atendimentos prioritários.

Gráfico 7 - Distribuição dos pacientes segundo a conduta tomada, após a avaliação, na UBS Jardim Aeroporto Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

Gráfico 8 - Distribuição dos pacientes segundo a conduta tomada, após a avaliação, na UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

A classificação de risco orientará o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, bem como o tempo em que essa indicação de conduta deverá ocorrer (Brasil, 2013a).

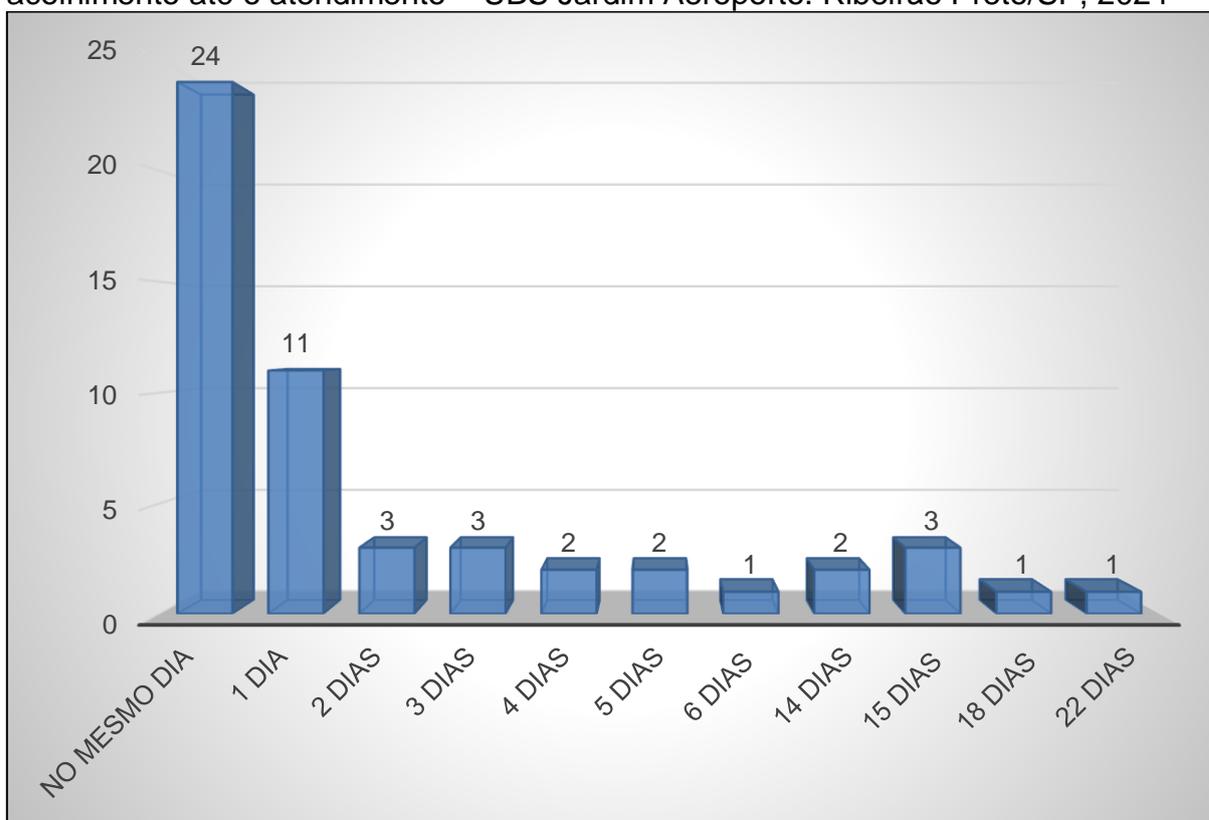
Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 28, volume II (Brasil, 2013b), as condutas, segundo a classificação de risco, incluem:

1. situação não aguda: cor classificatória azul - as condutas possíveis compreendem a orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade; agendamento de intervenções. Contudo, o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
2. situação aguda ou crônica agudizada (cor classificatória verde, amarela e vermelha).
 - 2.1 cor classificatória verde: este caso apresenta uma situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe.
 - 2.2 cor classificatória amarela (atendimento prioritário - risco moderado): necessita de intervenção rápida da equipe, devendo o tempo alvo da resposta ser no mesmo turno.
 - 2.3 cor classificatória vermelha (atendimento imediato - alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico.

Na UBS José Sampaio, houve predomínio para os atendimentos no dia, alguns casos classificados como azul foram atendidos no mesmo dia, porque neste dia havia disponibilidade para efetuar este atendimento em vaga de paciente faltoso.

O tempo decorrido da data do acolhimento até a data do atendimento (Gráfico 9) também foi analisado. Na UBS Jardim Aeroporto, considerando o período total de coleta dos dados, 24 (45,3%) foram atendidos no mesmo dia; e somente 1 paciente não compareceu ao agendamento.

Gráfico 9 - Distribuição dos pacientes, de acordo com o tempo decorrido do acolhimento até o atendimento – UBS Jardim Aeroporto. Ribeirão Preto/SP, 2024



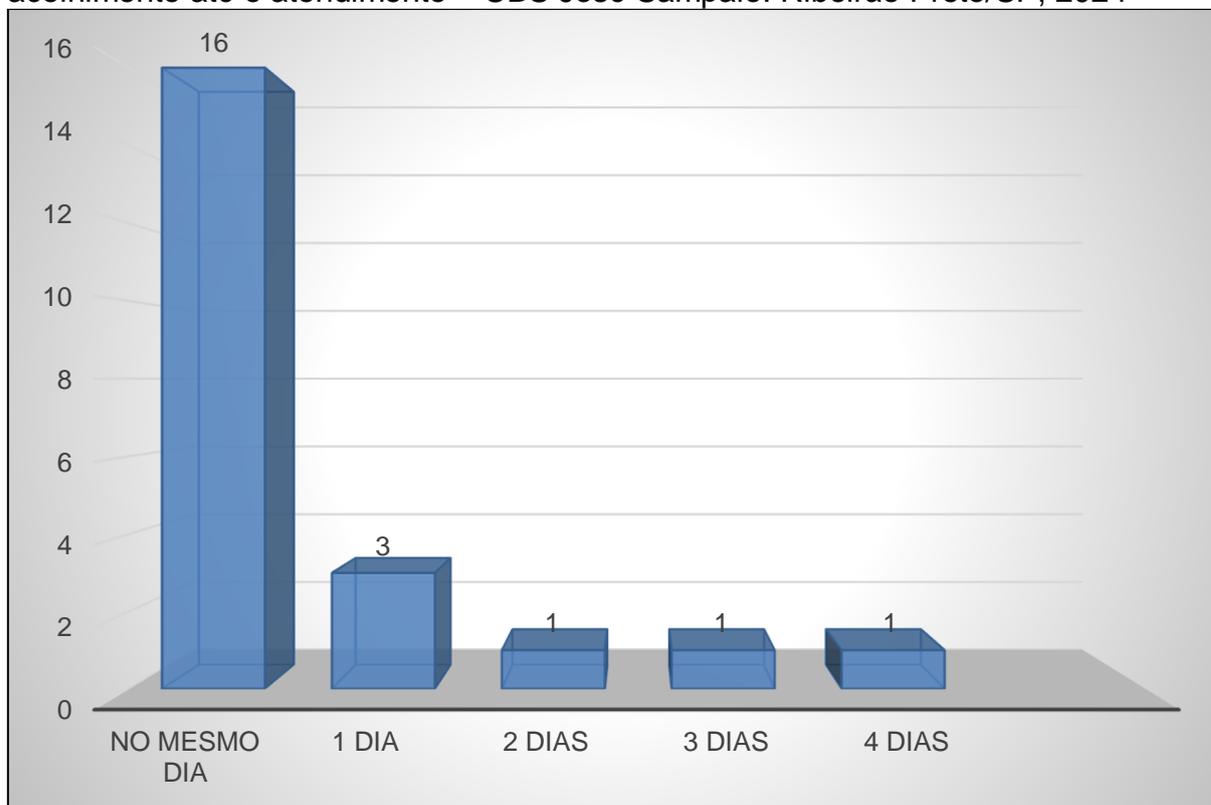
Fonte: Autoria Própria (2024)

Cabe comentar que na UBS Jardim Aeroporto, 03 pacientes que tiveram classificação verde (atendimento no dia) com queixa de dor intermitente, foram agendados para outros dias a saber: 01 caso para 3 dias, 01 caso para 5 dias e 01 caso para 18 dias. Esses pacientes aguardaram para serem atendidos em vaga de faltosos, pois a agenda já estava completa e já tinha sido acolhido 01 paciente com maior gravidade. Como não houve faltosos, foram agendados em vagas mais próximas; todos estavam tomando analgésicos na vigência de dor. Também foi oferecida a possibilidade de serem atendidos na UPA, no serviço de urgência odontológica, porém os pacientes preferiram ser agendados.

O atendimento à urgência odontológica em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma UPA porque no primeiro caso, a equipe tem conhecimento prévio da população e existe a possibilidade do retorno com a mesma equipe de saúde, estabelecendo vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual (Brasil, 2018). Dessa forma, normalmente, o usuário prefere ser atendido na própria unidade.

Na UBS José Sampaio, 73% dos pacientes (16) também foram atendidos no mesmo dia e todos compareceram à consulta agendada (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Distribuição dos pacientes, de acordo com o tempo decorrido do acolhimento até o atendimento – UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

Segundo a definição de acolhimento da PNH em 2010:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2010, p. 51).

A conduta na UBS do Jardim Aeroporto, quanto aos agendamentos para os pacientes com dor intermitente (classificação verde) não foi a preconizada, porém foi a possível e os pacientes tiveram uma resposta do serviço para seu atendimento.

Apenas um paciente da UBS Jardim Aeroporto não compareceu ao atendimento na data agendada. Ele tinha sido classificado como azul com queixa de dor leve e foi agendado para 5 dias. Verificando os dados do Hygia Web, constatou-se que ele foi atendido na UPA no mesmo dia; dado que leva a inferência que pode ter ocorrido uma subcategorização deste paciente, durante o acolhimento e classificação de risco.

Apesar da possibilidade de inferência supracitada, em ambas as Unidades de Saúde, demonstrou-se o vínculo das ASB's com os usuários por preferirem o agendamento e o comparecimento à consulta (mesmo a consulta sendo agendada para até 22 dias) para realizar o atendimento e dar continuidade aos cuidados em saúde bucal. Um acolhimento onde o trabalhador faz a escuta com uma postura humanizada, resgata a relação de confiança e atende de forma segura as necessidades daqueles que buscam os serviços de saúde (Matos; Mendes e Santana, 2016).

Em relação às questões abertas do questionário respondido pelas ASB's e CD's participantes do estudo, as informações resultantes das respostas dos participantes da pesquisa foram analisadas segundo Análise de Conteúdo, utilizando a técnica de categorização, proposta por Bardin (2011).

Os dados foram organizados em quatro temas centrais e identificadas suas categorias; aqui dispostos e apresentados em quadros para melhor visualização e entendimento. No Quadro 3, encontram-se as categorias referentes a cada tema.

Quadro 3 - Distribuição dos temas e categorias resultantes da análise de conteúdo das respostas às questões norteadoras, pelos participantes da pesquisa. Ribeirão Preto/SP, 2024

TEMAS	CATEGORIAS
1. A utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea odontológica, de acordo com sua experiência.	1. Instrumento bom. 2. Direcionamento dos pacientes. 3. Reconhecer e classificar as necessidades. 4. Organização da demanda.
2. Sugestão a acrescentar no instrumento.	1. Gestantes. 2. Aumentar a capacidade de atendimento. 3. Treinamento do avaliador.
3. Dificuldades no uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco.	1. Necessidade de uma pessoa para a função. 2. Falta de vagas de acolhimento. 3. Treinamento.
4. Vantagens do uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco.	1. Agendamento do paciente. 2. Melhora do fluxo de atendimento

Fonte: Autoria Própria (2024)

Os desmembramentos que permitiram a indicação das categorias estão delineados no anexo C.

Em relação à utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea odontológica, na Tabela 1 estão apontadas as categorias que foram apresentadas no Quadro 3, com as frequências de citações pelos participantes da pesquisa e as respectivas porcentagens que representam; constatando-se que 100% dos participantes tiveram respostas positivas em relação ao instrumento e 75% deles ainda salientaram que seu uso direcionou os pacientes, de acordo com sua necessidade, e ofereceu um direcionamento ao atendimento do CD.

Tabela 1 – Categorias referentes à utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea odontológica, na perspectiva das ASB's e CD's participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2024

Categorias	Participantes	Total
	Frequência	Porcentagem
Instrumento bom	4	100%
Direcionamento dos pacientes	3	75%
Reconhecer e classificar as necessidades	1	25%
Organização da demanda	1	25%

Nota: As porcentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias e não a partir do número de participantes.

Fonte: Autoria própria (2024).

A experiência positiva, relatada pelos participantes da pesquisa, em relação ao uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco odontológico, corrobora o descrito na Portaria 2048, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) e também ratificado no Protocolo de Acolhimento com classificação de risco e Política Municipal de Humanização da Prefeitura de São Luís do Maranhão por Servin et al. (2012, p. 5), ao salientarem que:

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização.

Neste sentido, o instrumento de acolhimento pode ser uma ferramenta de apoio à equipe, e possibilita a humanização no atendimento ao paciente/usuário, pois Servin et al. (2012, p. 5) ainda acrescentam no Protocolo de Acolhimento com classificação

de risco e Política Municipal de Humanização da Prefeitura de São Luís do Maranhão que este instrumento

[...] possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo.

A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

Com relação à organização da demanda como categoria, o estudo de Osanan (2019) confirma que o protocolo de acolhimento com classificação de risco mostrou-se válido para este fim, como relatado pelo participante deste estudo.

Quanto a sugestão de acréscimos de conteúdos no instrumento, na Tabela 2, estão identificadas as categorias, segundo as respostas dos participantes da pesquisa, considerando as frequências de citações pelos participantes da pesquisa e as respectivas porcentagens que representam; observando-se que 50% dos participantes apontam preocupações com as gestantes.

Tabela 2 - Categorias alusivas às sugestões de acréscimos no instrumento da pesquisa, de acordo com as ASB's e CD's participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2024

Categoria	Participantes	Total
	Frequência	Porcentagem
Gestantes	2	50%
Não	2	50%
Aumentar a capacidade de atendimento	1	25%
Treinamento da ASB	1	25%

Nota: As porcentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias e não a partir do número de participantes.

Fonte: Autoria própria (2024)

O instrumento de acolhimento e classificação de risco odontológico é um norteador para as principais manifestações clínicas trazidas pelos usuários, porém julgamos ser fundamental contemplar as vulnerabilidades dos usuários. As gestantes devem ser consideradas como um grupo prioritário para a atenção odontológica, considerando diversos fatores, como apontam Rigo et al. (2016 apud Santos e Pereira, 2020): podem apresentar algumas alterações bucais próprias do período gestacional, podem ter necessidades bucais acumuladas que comprometem a saúde materna e

do bebê, devem ser alvo de programas de educação em saúde porque elas influenciam os hábitos alimentares e de higiene da família e por frequentarem sistematicamente os serviços de saúde nesse período, não abordá-las seria uma oportunidade perdida. Além disso, o Ministério da Saúde estabeleceu um novo modelo de financiamento da APS e um dos indicadores de pagamento por desempenho é voltado para o atendimento odontológico em gestantes (Brasil, 2022). Dessa forma, a sugestão de incluir o pré-natal odontológico como conteúdo do instrumento de acolhimento e classificação de risco é válida e será inserida no protocolo proposto.

O aumento da capacidade de atendimento pontuada como sugestão permite a inferência que essa capacidade de cuidado está insuficiente. O Ministério da Saúde preconiza uma equipe de saúde bucal para cada 3000 a 4000 habitantes e, nas duas Unidades pesquisadas, a cobertura está menor. A equipe de saúde bucal é composta por um CD e um ASB. A UBS Jardim Aeroporto tem uma população estimada de 16.103 habitantes e conta com 2 CD's e 2 ASB's, resultando em aproximadamente 8000 habitantes para cada dupla de profissionais. Na UBS José Sampaio, a população estimada é de 16.580 habitantes, possui 3 CD's e 3 ASB's o que daria aproximadamente 5.500 habitantes para cada dupla de profissionais. Vale ressaltar que como as 02 Unidades citadas são UBS's, a população adscrita não é dividida por equipe.

Considerando a categoria que o participante cita o treinamento da ASB, de acordo com o Conselho Federal de Odontologia - CFO, na Resolução CFO 63/2005, capítulo V, artigo 20, faz parte das atribuições da ASB o acolhimento nos serviços de saúde bucal; entretanto, é necessária capacitação para o acolhimento com classificação de risco. Oliveira et al. (2013) ainda ressalta que o desenvolvimento de ferramentas para avaliar a acurácia dos profissionais em relação aos protocolos, contribui para a segurança do paciente.

Tabela 3 - Categorias referentes às dificuldades frente ao uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco, de acordo com as ASB's e CD's participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2024

Categoria	Participantes	Total
	Frequência	Porcentagem
Necessidade de uma pessoa para a função	1	25%
Falta de vagas de acolhimento	1	25%
Treinamento	2	50%

Nota: As porcentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias e não a partir do número de participantes.

Fonte: Autoria própria (2024)

Com referência às dificuldades no uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco, na Tabela 3 estão apresentadas as categorias, as frequências de citações pelos participantes da pesquisa e as respectivas porcentagens que representam; observando-se que 50% dos participantes indicam o treinamento.

No que diz respeito à necessidade de uma pessoa específica para a função de acolhimento e classificação de risco, observa-se novamente a percepção dos profissionais participantes de uma deficiência na equipe para atender à demanda, o que, neste caso, gera uma sobrecarga de trabalho. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2018), o acolhimento dos usuários, com a realização de escuta qualificada das necessidades de saúde e avaliação com classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos, são atribuições que todos os profissionais de saúde que atuam na APS podem realizar. Entretanto, os serviços de saúde podem requerer a necessidade de um grupo de profissionais preparados para promover o primeiro contato com o usuário e identificar sua demanda (Brasil, 2009). Funções como essas são designadas ao TSB e ASB, que realizam o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal (Brasil, 2018).

Lima et al. (2019) relataram uma experiência em que o acolhimento em saúde bucal pôde ser realizado por qualquer profissional do serviço. Para isso, a equipe de saúde bucal realizou matriciamento com enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, médicos, profissionais de educação física, auxiliares de saúde bucal, recepcionistas e agentes comunitários de saúde, a fim de qualificar a escuta do usuário. Durante o matriciamento, foram apresentadas situações bucais e instruído como os profissionais podem investigar a queixa do usuário para realizar a classificação da melhor maneira possível. Os autores concluíram que a organização do acolhimento integrado foi possível devido à articulação de todos os trabalhadores da Unidade de Saúde. O empenho e o engajamento de todos os profissionais de saúde para a identificação dos sinais de alerta para a saúde bucal podem diminuir a sobrecarga de trabalho.

O empenho e o engajamento de todos os profissionais de saúde para a identificação dos sinais de alerta para a saúde bucal podem diminuir a sobrecarga de trabalho.

Quanto à falta de vagas de acolhimento, o maior desafio seria compreender a demanda para o replanejamento do serviço buscando a incorporação de novos conhecimentos/produtos ou objetos (Warmling; Baldisserotto e Rocha, 2019).

Nas duas Unidades de Saúde pesquisadas é feito um trabalho preventivo com a clínica de bebês, grupo de gestantes, campanha de prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal e, anualmente, uma ação coletiva e educativa nas escolas. Observa-se que falta implantar um grupo de saúde bucal, como preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2018), espaço coletivo onde são realizadas atividades educativas e de promoção à saúde, contribuindo para a autonomização do usuário, abarcando desta forma, todos os usuários.

Outro fator que seria importante ser corrigido é o déficit de CD's e ASB's. A Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto está vivenciando, no momento, uma diminuição do quadro de recursos humanos, devido ao grande número de aposentadorias do seu quadro de trabalhadores efetivos e da não reposição imediata dos mesmos (Ribeirão Preto, 2021).

O treinamento é uma categoria que é reiterada pelas participantes do estudo, como ocorreu nas sugestões de acréscimos no instrumento da pesquisa; entretanto, neste momento, apresentado como uma dificuldade quando ponderam o uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco; evidenciando a necessidade da capacitação de ASB's em relação ao acolhimento e classificação de risco.

O Ministério da Saúde preconiza a capacitação técnica dos profissionais para a atividade de acolhimento com classificação de risco para os serviços de urgência (Brasil, 2009).

Em 2015, Ribeirão Preto implantou um Protocolo de Acolhimento da demanda espontânea nas Unidades de Saúde da APS. Além disso, foi criado um instrumento norteador para coleta e registro dos dados de acolhimento, com oficinas para capacitação das equipes. Este protocolo, no entanto, não contempla a saúde bucal.

A implantação de um instrumento de acolhimento com classificação de risco para a saúde bucal, demandaria um treinamento para a equipe, que já o faz, mas de maneira diversa nas Unidades de Saúde.

Na Tabela 4 estão apresentadas as categorias, as frequências de citações pelos participantes da pesquisa e as respectivas porcentagens que representam; ao levantarmos as “vantagens do uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco”, notando-se que 75% dos participantes afirmam que a utilização do documento em questão leva à melhora do fluxo de atendimento da demanda espontânea em saúde bucal, nas unidades pesquisadas.

Tabela 4 - Categorias relativas às vantagens do uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco, segundo as ASB's e CD's participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2024

Categoria	Participantes	Total
	Frequência	Porcentagem
Agendamento do paciente	1	25%
Melhora do fluxo de atendimento	3	75%

Nota: As porcentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias e não a partir do número de participantes.

Fonte: Autoria própria (2024)

Com relação à melhora do fluxo de pacientes, Servin et al. (2012) confirmam que a Classificação de Risco deve ser um instrumento para organizar o fluxo de pacientes, como relatado pelos participantes deste estudo.

Ainda segundo Servin et al. (2012), um dos objetivos da classificação de risco é funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, corroborando o relato de um participante que aponta como uma vantagem, a possibilidade de fazer o agendamento dos pacientes, de acordo com a classificação de risco.

5 CONCLUSÃO e CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, pode-se afirmar que a implementação do instrumento de acolhimento e classificação de risco para a demanda espontânea nos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde demonstrou ser uma ferramenta útil e eficaz. Revelou-se instrumento que contribuiu para a organização do fluxo de pacientes, melhorando a eficiência do atendimento e permitindo uma identificação mais precisa das necessidades dos usuários.

Mesmo após vinte anos da criação da Política Nacional de Saúde Bucal, ainda existem desafios como a demanda reprimida, o *déficit* de profissionais atuando na área odontológica na atenção primária e a capacitação insuficiente dos profissionais que estão na prática cotidiana. No entanto, a utilização do instrumento mostrou-se uma solução viável para enfrentar alguns desses desafios, promovendo um atendimento mais humanizado e resolutivo; especialmente, após a capacitação realizada por meio do material instrucional criado para este fim, no presente estudo.

A pesquisa evidenciou que a utilização deste instrumento foi bem aceita pelas equipes odontológicas participante do estudo e a experiência positiva, relatada pelos profissionais, corrobora a importância de ferramentas que promovam a melhoria de acesso e a humanização a no atendimento. Não obstante, para que os benefícios sejam amplamente percebidos, é essencial que haja um investimento contínuo na capacitação das equipes e na adequação da estrutura dos serviços de saúde.

Uma das principais limitações deste estudo foi a realização do piloto em duas UBS's do município de Ribeirão Preto, o que pode não representar a realidade de outras unidades de saúde, com diferentes características demográficas e estruturais. Outrossim, evidenciou-se a dificuldade de implantar a pesquisa na prática diária de atendimento devido à resistência inicial dos profissionais e à necessidade de ajustes no fluxo de trabalho.

Para aprofundar os conhecimentos e expandir os benefícios observados neste estudo, sugere-se que pesquisas futuras explorem:

- Conduzir pesquisas longitudinais para monitorar os impactos em longo prazo da utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco.
- Propor a criação de grupos de saúde bucal para a população, com enfoque na prevenção, sensibilização e na conscientização dos aspectos referentes

à prevenção, diagnóstico e tratamento das condições e doenças que podem afetar a cavidade oral.

- Elaborar e implementar programas contínuos de capacitação para a equipe de saúde bucal, visando aprimorar as habilidades de acolhimento e classificação de risco.

Essas sugestões visam fortalecer o sistema de saúde bucal na atenção primária, promovendo um atendimento mais eficiente, equitativo e humanizado à população, por profissionais da área que participem de processos de educação permanente em saúde.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010.
- ALVES, W.A. et al. Automedicação frente à odontalgia: revisão de literatura. **Revista Saúde & Ciência Online**, Campina Grande, v. 7, n. 3, p 77-89, 2018. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/143>. Acesso em: 17 abr. 2024.
- AYRES J., et al. Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS G., et al. (organizadores). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2006.p. 375-417.
- BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1803-1814, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, A. J. S; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia**: um Guia para a iniciação científica. 2. Ed. São Paulo: Makron Books, 2000.
- BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Supremo Tribunal Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. **Estabelece incentivo financeiro para a inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 dez. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 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, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Caderno de Atenção Básica, v. 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica, nº 28, volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume II. Brasília, Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle dos Sistemas. **Critérios e parâmetros para o planejamento e programações de ações e serviços da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Série Parâmetros SUS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Análise de Impacto regulatório**: as dificuldades de implementação do atendimento odontológico como etapa de rotina das consultas de pré-natal. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Relatório.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n.1, p. 13-18, jan. / abr. 2014.

CARRER, F. C. A.; PUCCA, G. A.; ARAUJO, M. E. **SUS e saúde bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir**. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007. 279p.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA - CFO. **CFO: O que são urgências e emergências odontológicas?** 2022. Disponível em: <<https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CFO-URGENCIAS-E-EMERGENCIAS.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2022.

ESPERANÇA A.C.; CAVALCANTE R.B.; MARCOLINO C. Estudo da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.10, n. 1, p. 30-36, 2006

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Association between primary dental care and socioeconomic indicators. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 930-936, dez. 2005.

FLEURY, M. T. L.; WERLANG, S. R. C. **Pesquisa aplicada: conceitos e abordagens**. Pesquisa, anuário de pesquisa 2016-2017. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/apgvpesquisa/article/view/72796>. Acesso em: 14 jan. 2023.

FRICHEMBRUDER, K.; PRASS, T. S.; HUGO, F. N. Série histórica de atendimentos de urgência odontológica no Brasil entre 2008 e 2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 3215-3226, ago. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, e. 00118816, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>>. Acesso em: 6 jul. 2022.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.8, e 00029818, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818> Acesso em: 6 jul. 2022.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 4, p. 65-71, 1995.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. **BMJ**, London, v. 320, n. 7234, p. 526-527, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1 de julho de 2017. **Área territorial brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

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. 2011. 73f. Tese (Tese de doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LEAL, D.L.; WERNECK, M.A.F.; OLIVEIRA, A.C.B. Validação da versão saúde bucal do Instrumento de Diagnóstico de Estágio de Desenvolvimento da Rede de atenção à Saúde. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 8, n. 4, p. 65-75, 2017. Disponível em: <https://ojs.iec.gov.br/index.php/rpas/article/view/370>. Acesso em: 10 set. 2022.

LIMA, A.I.C. et al. Contribuições da saúde bucal para o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família. **Journal of Public Health**, Salvador, v.10, n. 2, p. 118-124, dez., 2019. doi: 10.17267/2596-3368dentistry.v10v2.2474

LORENZINI, E. Pesquisa de Métodos Mistos nas Ciências da Saúde. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 8, n. 2, p. 1549-1560, dez., 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000201549&lng=en&nrm=iso. Acesso em :17 jan. 2023.

MARTINS, E. P.; OLIVEIRA, O. R. de; BEZERRA, S. R. S.; DOURADO, A. T. Estudo epidemiológico de urgências odontológicas da FOP/UPE. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, Passo Fundo, v. 19, n. 3, p.316-322, set. / dez. 2014.

MATOS, P. E. S.; MENDES, H. J.; SANTANA, M. L. Acolhimento aos usuários do serviço de Odontologia de uma universidade pública. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 4, p. 85–94, 2016. DOI: 10.30979/rev.abeno.v16i4.304. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/304>. Acesso em: 21 abr. 2024.

MAZZILLI, L. E. N. **Urgência odontológica e prevalência da automedicação na população economicamente ativa de uma micro-área da cidade de São Paulo.** 2008. 143f. Tese (Tese de Doutorado). Faculdade de odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M.C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. J. (organizador). **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências.** São Paulo: Artes Médicas, p. 308. 2008.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A. do; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p. 1809-1820, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.08892017> Acesso em: 9 abr. 2022.

OLIVEIRA, J. L. C.de; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 297-302, 2005.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático Categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out. / dez. 2008.

OLIVEIRA, G. N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 500-506, mar./abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TKTKNvB4Fcm7fnhLTktcttg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2024.

OPAS. **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posicionamiento de la OPS/OMS**. Washington, D.C.: OPAS, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE- OPAS. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

OSANAN, S. S. **Construção, validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde**. 2019. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

PADILHA, L. S. **Processo de implantação do acolhimento com classificação de risco no setor de urgências da clínica de odontologia da UEM**. 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Integrada) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

PINELLI, N. Crianças de famílias pobres têm menos acesso a vacinação, mostram pesquisas. **Portal do Butantan** São Paulo, 30 ago. 2023. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/criancas-de-familias-pobres-tem-menos-acesso-a-vacinacao-mostram-pesquisas>. Acesso em: 22 maio 2024.

PORTAL BRASIL. **Integralidade**. Pense SUS Fiocruz, 2014. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>. Acesso em: 02 jul. 2022.

PUGLISI, M.L.; FRANCO, B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. **Acolhimento da demanda espontânea na atenção básica**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal, 2019.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025**. Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2021.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Sistema Hygiaweb**. Ribeirão Preto: Divisão de Informática, Secretaria Municipal da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/daf/divisao-informatica>. Acesso em: 28 mar. 2024.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129–2139, ago. 2012.

SANCHEZ, T. P.; BORCHARDT, D.; TRIBIS, L. Atendimento equânime à demanda espontânea odontológica através da caracterização e implantação da classificação de risco por cores, régua da dor e gestão longitudinal da clínica na Unidade Básica de Saúde Jardim das Palmas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2756-2756, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2756>. Acesso em: 8 jul. 2022.

SANTOS, J. L. G. dos, et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 33, p. 205-212, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200028>. Acesso em: 8 jul. 2022.

SANTOS, C. G.; PEREIRA, D. P. C. A importância da odontologia no cuidado da gestante: revisão de literatura. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 14, n. 50, p. 1212-1230, 2020. ISSN 1981-1179.

SERVIN, S. C. N. et al. **Protocolo de Acolhimento com classificação de risco e Política Municipal de Humanização da Prefeitura de São Luís do Maranhão**. Prefeitura São Luís do Maranhão. São Luís do Maranhão, Maranhão, 2012.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>. Acesso em: 6 jul. 2022.

SILVA, J. V. da; MACHADO, F. C. de A.; FERREIRA, M. A. F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2539-2548, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.12052014>. Acesso em: 5 ago. 2022.

SILVEIRA, L. S. da. **Automedicação e prescrição medicamentosa em serviços públicos de atendimento de urgência odontológica**. 2017. 109 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas: Farmacologia e Terapêutica) – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SILVESTRE, J. A. C.; DE AGUIAR, A. S. W.; TEIXEIRA, E. H. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/82](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/82). Acesso em: 7 jul. 2022.

SOUZA, C. S.; et al. A frequência de automedicação por pacientes em atendimento odontológico de urgência na atenção básica. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, RS, v. 43, n. 3, 2017. DOI: 10.5902/2236583423194. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/23194>. Acesso em: 14 abr. 2024.

TAMIETTI, M. B. et al. Fatores associados à automedicação em um serviço brasileiro de emergência odontológica. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 65-69, jan./ mar., 2012.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3615-3624, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>. Acesso em: 6 jul. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Organização de Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016.

VASCONCELOS, M; GRILLO, M. J.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, Minas Gerais, 2009.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. da. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu/SP, v. 23, p. e180398, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Framework on integrated, people-centred health services**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>. Acesso em: 02 jul. 2022.

APÊNDICE I

Instrumento de Acolhimento e Classificação de Risco Odontológico - adaptado

(Preenchimento pelas ASB's)

Informações do Paciente

- Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____
 Hygia: _____ Telefone: _____
 Data: ____/____/____
 Tomou alguma medicação: Sim Não
 Qual? _____

Queixa Principal

(Selecione uma das opções abaixo)

1. Vermelho: Emergência (atendimento imediato)

- Hemorragia Intensa
 Complicações de infecções odontogênicas com comprometimento sistêmico (tumefação extensa na região cervical, dor, febre, trismo, dificuldade para falar ou engolir)
 Traumas maiores (lacerações faciais extensas e fraturas ósseas)
 Outros: _____

2. Amarelo: Urgência (atendimento prioritário)

- Hemorragias menores (controláveis em ambulatório)
 Traumatismo alvéolo dentário (fraturas dentárias com exposição pulpar, luxação lateral, luxação extrusiva, luxação intrusiva e avulsão)
 Dor espontânea e intensa (que não responde à medicação)
 Tumefação relacionada a infecções de tecido mole (edemas, celulites, abscessos)
 Luxação da ATM
 Outros: _____

3. Verde: Pouco Urgente (atendimento no dia)

- Dor intermitente (intensa, mas que tem períodos de acalmia)
 Traumatismos menores (fraturas dentárias sem exposição pulpar/ocorrido há várias horas)
 Lesão bucal
 Pacientes com perda estética importante com limitações sociais
 Outros: _____

4. Azul: Não Urgente (Atendimento programado)

- Dor leve fugaz
- Fratura de restauração
- Exodontia de decíduos com retenção prolongada
- Outros: _____

Conduta

- _____
- _____

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do profissional: _____

APÊNDICE II

MATERIAL INSTRUCIONAL

Proposta inicial

Sistematização do Acolhimento e Classificação de Risco à Demanda Espontânea dos Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde

Este material tem por objetivo sistematizar as prioridades clínicas odontológicas na atenção primária à saúde, considerando como público-alvo a equipe odontológica.

A Classificação de Risco Odontológico está descrita em formulário que utiliza quatro cores, em conformidade com a Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização / MS (Brasil, 2009):

✓ **Vermelho: Emergência - Atendimento Imediato**

São situações extremamente críticas que aumentam o risco de morte do paciente, como: hemorragia intensa, infecções buco-dentais graves e traumas maiores envolvendo ossos da face.

Figura 1: Angina de Ludwig



Fonte: dos Santos Filho e Tonelli (2017)

A **hemorragia intensa** é aquela contínua e não controlada pela aplicação de pressão direta local, não sendo possível seu controle por medidas locais em nível ambulatorial (Padilha, 2012).

As **infecções odontogênicas** são caracterizadas pela disseminação de infecções de um foco dentário para os tecidos adjacentes na região da cabeça e pescoço, podendo causar complicações graves e risco de morte. A infecção de um molar inferior pode resultar em Angina de Ludwig (Figura 1), uma condição grave que apresenta dor, tumefação extensa na região cervical, dificuldade para falar e engolir, trismo, edema do assoalho bucal, protrusão lingual, febre e linfadenopatia. Este quadro clínico requer atendimento de emergência (Padilha, 2012; Biz, 2013; Costa, 2018).

Os **traumas maiores envolvem os ossos da face** e podem apresentar lacerações faciais extensas e comprometimento das vias aéreas do paciente (Padilha, 2012; Conselho Federal de Odontologia - CFO, 2022).

✓ **Amarelo: Urgência - Atendimento Prioritário**

São casos que determinam prioridade, mas não implicam risco de vida, como hemorragias menores, traumatismos dento-alveolares e dor de origem dentária intensa.

As **hemorragias menores** são aquelas controláveis por medidas locais, como compressão direta e sutura (Padilha, 2012).

Os **traumatismos dento-alveolares** são urgências odontológicas, pois atrasos no atendimento podem causar sequelas graves, como a perda do dente afetado. Segundo a Associação Internacional de Traumatologia Dentária (IADT 2020), dentes permanentes avulsionados devem ser reimplantados preferencialmente em até 15 minutos, no máximo 60 minutos, para um bom prognóstico. O reposicionamento imediato em casos de luxação extrusiva ou lateral também é crucial para um bom prognóstico (Fouad *et al.*, 2020) (Figura 2 e 3).

Figura 2: Traumatismo dental com fratura de coroa e exposição pulpar



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 3: Luxação lateral do dente 11 e luxação extrusiva do dente 21



Fonte: Freitas *et al.* (2020)

As **celulites** (Figura 4) são caracterizadas por aumento de volume firme e difuso, associada a dor intensa, evolução rápida e disseminativa, podendo levar a complicações graves (Costa, 2018; Azenha *et al.*, 2012).

Figura 4: Celulite facial de origem dental



Fonte: Azenha *et al.* (2012)

Os **abscessos**, como ilustrado na Figura 5, são caracterizados por áreas de necrose que formam coleções purulentas circunscritas. Apresentam dor localizada, menor volume, limites definidos e consistência flutuante à palpação (Costa, 2018).

Figura 5: Abscesso facial de origem dental

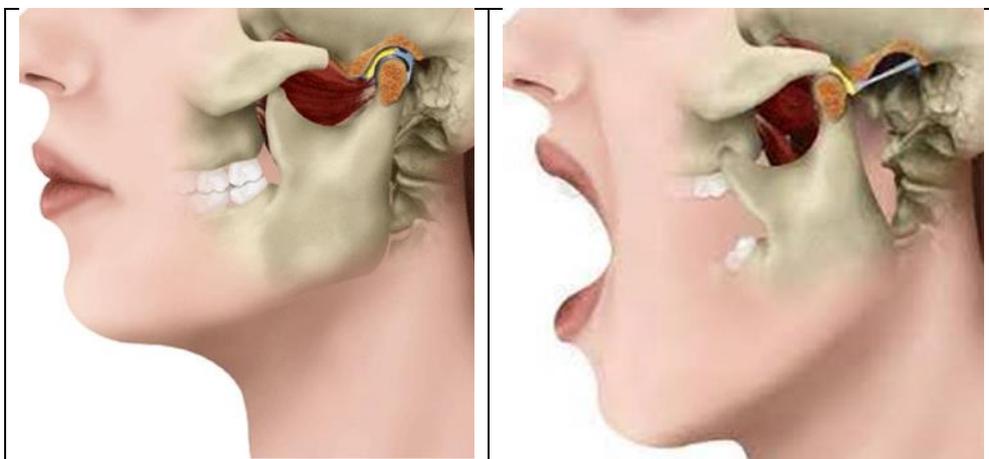


Fonte: Hupp (2015)

A **dor relatada pelo paciente** é um critério chave para classificar a gravidade dos casos em atendimentos de urgências odontológicas. O alívio da dor é considerado um direito humano básico e um princípio ético para a equipe de saúde. A dor de origem pulpar é um dos principais motivos de busca por atendimento de urgência, especialmente quando é espontânea, intensa e não responde à medicação, indicando um comprometimento pulpar avançado que necessita de atenção prioritária (Padilha, 2012; Osanan, 2019; Biz, 2013).

A **luxação da Articulação Temporomandibular (ATM)** ocorre quando o côndilo mandibular se desloca da fossa mandibular e fica preso anteriormente à eminência articular, impedindo o fechamento da boca (Figura 6). Essa condição causa dor e ansiedade, necessitando de atendimento prioritário, pois a redução se torna mais difícil com o tempo (Jácome; dos Santos Pessoa; da Conceição, 2021).

Figura 6: Luxação da ATM: posição normal do côndilo na fossa mandibular com a boca fechada. Posição 2: O côndilo fica retido à frente da eminência articular da fossa mandibular, impedindo que volte à posição inicial, assim o paciente não consegue fechar a boca



Fonte: internet (2023)

As tumefações relacionadas a infecções de tecido mole são comuns e precisam ser tratadas a tempo para evitar a disseminação da infecção (Brasil, 2013). Infecções odontogênicas, originadas de cáries, doença periodontal ou pericoronarite, podem evoluir para celulite ou abscesso se não tratadas.

✓ **Verde: Atendimento no Dia**

Caracterizam-se como condições pouco urgentes que devem ser atendidas no dia, como dor intermitente, traumatismos alvéolo-dentários ocorridos há várias horas ou dias e lesões bucais autorreferidas.

Figura 7: Lesão bucal



Fonte: Arquivo pessoal

A **dor intermitente**, que apresenta intervalos assintomáticos, é moderada a intensa e pode ser controlada por analgésicos (Padilha, 2012). Esses casos não podem aguardar atendimento programado, pois a dor, mesmo que em curtos períodos, é intensa e os medicamentos se tornam progressivamente menos eficazes.

Os **traumatismos alvéolo-dentários** ocorridos há várias horas ou dias, devem também ser atendidos. Quanto mais tardio for o tempo da procura pelo atendimento, maior será a probabilidade de apresentar uma seqüela (Morello et al., 2011).

As **lesões bucais** devem ser examinadas, avaliadas, tratadas ou encaminhadas, conforme necessário. Elas podem ter origem fúngica, viral, herpética, ser lesões aftosas, resultantes de queimaduras, próteses mal adaptadas ou restaurações fraturadas. Também podem ser lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas, onde o diagnóstico precoce é fundamental para um prognóstico favorável (Brasil, 2013).

Também **está incluída a perda estética** importante, autorreferida pelo usuário, como limitante do ponto de vista psicossocial.

✓ **Azul: Atendimento Programado**

Compreendem as queixas odontológicas não urgentes, como dor leve ou fugaz, fraturas de restauração e exodontia de decíduos com retenção prolongada.

Figura 8: Fratura de restauração

Fonte: internet (2023)

Figura 9: Alteração da irrupção do dente sucessor

Fonte: internet (2023)

Dor leve ou fugaz ocorre ao ingerir líquidos ou alimentos gelados, sendo aguda e de curta duração, cessando imediatamente ao remover o estímulo. O usuário consegue localizar o dente acometido. Pode ser causada por hipersensibilidade dentinária ou respostas pulpares iniciais, que são potencialmente reversíveis se identificada a causa e realizado o tratamento (Biz, 2013).

As **restaurações podem fraturar** devido a forças oclusais excessivas, falta de manutenção, mastigação de alimentos duros, hábitos parafuncionais e cárie. Essas fraturas podem causar dor e lesões aos tecidos moles por conta de arestas ou bordas cortantes, além de gerar preocupação no paciente quanto à piora do caso ao longo do tempo (Figura 8).

A **extração de dentes decíduos** geralmente é procurada quando o dente permanente começa a irromper e o dente decíduo ainda não esfoliou, necessitando avaliação clínica. A retenção prolongada dificulta a irrupção do dente sucessor ou o desvia para uma posição anormal no arco dentário (Corteleti *et al.*, 2016) (Figura 9).

Conduta

Com relação à conduta, o paciente poderá:

- Ser atendido no dia
- Ter o atendimento programado para outro dia
- Ser encaminhado para grupos de prevenção ou outros pontos de atenção (secundária ou terciária).

Vulnerabilidade

A vulnerabilidade na área da saúde refere-se a condições ou fatores que aumentam o risco de uma pessoa ou grupo de pessoas sofrerem problemas de saúde, bem como enfrentarem dificuldades em acessar serviços de saúde adequados.

Tipos de Vulnerabilidade

Para Ayres et al. (2006); Rodrigues e Neri (2008) existem os tipos de vulnerabilidade, descritos a seguir:

a) Vulnerabilidade Individual, que se divide em:

- **Biológica:** Condições de saúde que aumentam a suscetibilidade a doenças, como deficiências imunológicas, doenças crônicas, ou condições genéticas.
- **Psicológica:** Fatores como estresse, ansiedade, e transtornos mentais que podem afetar a capacidade de uma pessoa de cuidar de sua saúde ou buscar ajuda quando necessário.
- **Capacidade Funcional:** idosos, crianças, e pessoas com deficiência podem ter limitações físicas ou cognitivas que dificultam o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

b) Vulnerabilidade Social:

- **Socioeconômica:** Baixa renda, desemprego, e falta de acesso a educação podem limitar o acesso a cuidados de saúde e afetar negativamente a saúde.
- **Cultural:** Barreiras linguísticas, discriminação, e diferenças culturais podem dificultar o acesso e a aceitação dos serviços de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2018), seguem exemplos de Grupos Vulneráveis na Saúde:

- **Idosos:** Podem ter múltiplas condições de saúde como perda de dentes, doenças periodontais e câncer bucal;
- **Gestantes:** Necessitam de cuidados especiais durante a gravidez e parto. É crucial que as gestantes recebam cuidados odontológicos, pois a saúde bucal está ligada à saúde geral da mãe e do bebê;
- **Pessoas com Doenças Crônicas:** como diabetes, hipertensão, e HIV/AIDS, necessitam de monitoramento contínuo e tratamento. Tem maior risco de infecções bucais, xerostomia e complicações de doenças sistêmicas (como diabetes) que afetam a saúde bucal;

Para Pinelli (2023), as crianças também se incluem nesse grupo de vulnerabilidade social, pois especialmente aquelas de famílias de baixa renda, podem sofrer de desnutrição, falta de imunizações, acesso limitado a cuidados preventivos. As crianças são susceptíveis à cárie dentária, má oclusão, traumatismos dentários e hipoplasia do esmalte.

Observação: A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade pode requerer intervenções no mesmo dia ou agendamento para data próxima, mesmo com risco biológico baixo (Brasil, 2013).

Referências

AYRES J. et al. Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS G., et al. (organizadores). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Fiocruz, 2006.p. 375-417.

AZENHA, M.R. et al. Celulite facial de origem odontogênica: apresentação de 5 casos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v.12, n.3, p. 41-48, jul./set. 2012.

BIZ, M.T. **Eventos agudos na atenção básica: dor de origem endodôntica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/847>. Acesso em: 01 de abr. 2023.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, volume II. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/brasil-sorridente>. Acesso em: 20 maio 2024.

CORTELETI, J. F., et al. Retenção prolongada de dente decíduo por impactação de dente supranumerário em criança de 12 anos. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 70, n. 3, p. 268-272, 2016.

COSTA, P.P. **Infecção odontogênica: Revisão de literatura e análise dos procedimentos realizados em um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil**. 2018. 48 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA - CFO.**CFO: O que são urgências e emergências odontológicas?** 2022.Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CFO-URGENCIAS-E-EMERGENCIAS.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2022.

DOS SANTOS FILHO, D. B.; TONELLI, S. Q. Angina De Ludwig - Aspectos relevantes para o cirurgião dentista: Revisão de literatura. In: FEPEG 1., 2018. Montes Claros, MG. **Anais eletrônicos [...]** Montes Claros: Unimontes, 2017. Disponível em: <http://www.fepeg2018.unimontes.br/anais/ver/1de4adc3-7bad-4e5b-8808-471f86f9dae4>. Acesso em: 16 abr. 2023

FOUAD, A.F. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. **Dental**

Traumatology, v. 36, n. 4, p. 331– 342, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/edt.12573>. Acesso em: 01 abr. 2023.

FREITAS, G. B. et al. Tratamento multidisciplinar de traumatismo dento-alveolar em paciente pediátrico: relato de caso clínico. **Archives Of Health Investigation**, [S. l.], v. 9, n. 2, 2020. DOI: 10.21270/archi.v9i2.4693. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4693>. Acesso em: 2 maio. 2023.

HUPP, J. R. et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**, 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2015.

JÁCOME, H.N., PESSOA, T. R. dos S, CONCEIÇÃO, L.S., da C., Abordagem odontológica no atendimento da luxação da ATM: Revisão de literatura. **Facit Business and Technology Journal**, Araguaína, v. 1, n. 26, p. 178-188, maio 2021.

MORELLO, J. et al. Sequelas subsequentes aos traumatismos dentários com envolvimento endodôntico. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 13, n. 2, p. 68-73, 2011.

OSANAN, S. S. **Construção, validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde**. 2019. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Odontologia - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

PADILHA, L. S. **Processo de implantação do acolhimento com classificação de risco no setor de urgências da clínica de odontologia da UEM**. 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Integrada) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129–2139, ago. 2012.

PINELLI, N. Crianças de famílias pobres têm menos acesso a vacinação, mostram pesquisas. **Portal do Butantan** São Paulo, 30 ago. 2023. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/criancas-de-familias-pobres-tem-menos-acesso-a-vacinacao-mostram-pesquisas>. Acesso em: 22 maio 2024.

APÊNDICE III

Questionário de Avaliação

Documento que será respondido pelos Auxiliares de Saúde Bucal e Cirurgiões-Dentistas, individualmente.

Dados Pessoais

Iniciais do Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: _____

Formação: _____

Tempo de Formação (em anos): _____

Tempo de Trabalho na Função: _____

Reside na área adstrita? () Sim () Não

Experiências e Sugestões

1. De acordo com a sua experiência, como foi a utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea odontológica?

2. Você tem alguma sugestão a acrescentar no instrumento?

() Sim. Se sim, quais?

() Não. Se não, por quê?

3. Aponte, de acordo com a sua vivência, as dificuldades e vantagens do uso de um instrumento de acolhimento e classificação de risco.

- Dificuldades:

- Vantagens:

APÊNDICE IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL E CIRURGIÃO DENTISTA

TÍTULO DO PROJETO: Sistematização do Acolhimento e Classificação de Risco à demanda espontânea dos Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: uma experiência no interior paulista.

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Patrícia Chiareli Ferreira

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva

Eu, _____ RG.: _____

Residente à Rua/Av. _____

_____ concordo em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

1- JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Este projeto visa verificar se a utilização de um instrumento de acolhimento e classificação de risco à demanda espontânea odontológica na atenção primária à saúde bucal atenderia essa população com maior efetividade no acesso e humanização da escuta.

2 - OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 GERAL

Avaliar a utilização de um instrumento de acolhimento e classificação de risco para a demanda espontânea dos serviços de saúde bucal da atenção primária à saúde em um município do interior paulista, na perspectiva da equipe odontológica.

2.2 ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre a Política Nacional de Saúde Bucal;
- Apresentar instrumentos de acolhimento e classificação de risco utilizados nos serviços de saúde pública brasileiros;

- Identificar as dificuldades e vantagens que as profissionais da equipe odontológica encontraram no uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco na saúde bucal.
- Implantar um instrumento de acolhimento e classificação de risco nos serviços de saúde bucal selecionados para o estudo.

3 – LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo será realizado em duas Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto, localizadas em Distritos de Saúde distintos e definidas por julgamento pela pesquisadora. Serão as seguintes Unidades: UBS do Jardim Aeroporto e UBS José Sampaio.

4 - PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

Você participará de uma pesquisa, direcionada aos profissionais ASB's e CD's que trabalham na Atenção Primária à Saúde do município de Ribeirão Preto, e nesse processo será necessária a participação do paciente que será avaliado, de acordo com as informações presentes no instrumento. Será utilizado pela ASB participante, um Formulário de Acolhimento e Classificação de Risco para todos os pacientes que procurarem as Unidades de Saúde selecionadas para a pesquisa na condição de demanda espontânea odontológica, sob supervisão e colaboração do Cirurgião Dentista participante; por um período de um mês.

Após esse período, será aplicado um questionário aos profissionais participantes da pesquisa (ASB e CD), para identificarmos quais foram os desafios e vantagens da utilização do formulário pela equipe odontológica, em sua perspectiva.

5 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com o seguinte tema: Sistematização do Acolhimento e Classificação de Risco à Demanda Espontânea dos Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: uma experiência no interior paulista.

Não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações

pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

Serão garantidos os aspectos preconizados na Resolução nº 466/12, na qual está assegurada, inclusive, a privacidade dos sujeitos, acrescendo os aspectos éticos asseverados na Resolução 510/16, no:

Art. 1º dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Art. 2º adotam-se os termos e definições:

[...] III - benefícios: contribuições atuais ou potenciais da pesquisa para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna devida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado;

IV - Confidencialidade: é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada;

V - Consentimento livre e esclarecido: anuência do participante da pesquisa ou de seu representante legal, livre de simulação, fraude, erro ou intimidação, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos.

Os procedimentos a serem realizados devem preservar os princípios da Bioética: beneficência, através da proteção dos sujeitos da pesquisa contra danos físicos e psicológicos; respeito à dignidade humana, estando o mesmo livre para controlar suas próprias atividades, inclusive, de sua participação neste estudo; e justiça, pois será garantido o direito de privacidade, por meio do sigilo e sua identidade.

Não serão oferecidos riscos advindos da consulta ao sistema Hygia, pois as informações solicitadas servirão somente à composição dos dados que propiciarão a identificação e atendimento ao objetivo do presente estudo visando buscar conferir, levantar dados de identificação e agendamentos dos usuários, na área de saúde bucal, após a data do atendimento como demanda espontânea, no período delimitado para a coleta, nas Unidades de saúde envolvidas na pesquisa. Ressaltamos que não

ocorrerão buscas diretas no referido sistema pelas pesquisadoras, pois tais dados serão solicitados ao responsável do Setor.

Ainda cabe salientar que os riscos da pesquisa durante o preenchimento do Questionário serão mínimos, considerando que faremos perguntas sobre características pessoais (perfil sociodemográfico) e sobre a temática, o que algumas pessoas podem considerar angustiante e se sentirem ansiosas, por exemplo, além do participante também considerar cansativa a abordagem. Quaisquer desconfortos percebidos ou relatados pelos profissionais envolvidos na pesquisa serão ouvidos atentamente pela pesquisadora, inicialmente, e se necessário, o (a) participante será aconselhado (a) a dirigir-se ao Serviço de Psicologia da UNAERP, acompanhado da pesquisadora.

Todavia, serão utilizadas informações pessoais e de caráter sigiloso, desta forma, o participante terá que dar aquiescência e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Acredita-se no uso de benefícios diretos desta pesquisa para os profissionais da equipe odontológica e para a gestão do serviço público voltado à saúde bucal envolvido no estudo, pois poderá oferecer a sistematização do atendimento aos pacientes de demanda espontânea em saúde bucal.

O estudo deverá cumprir as seguintes etapas: será submetido à apreciação e autorização da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS), posteriormente as Unidades de saúde envolvidas no estudo serão visitadas e coletadas as assinaturas de autorizações, individualmente dos ASB's e CD's). Diante destas autorizações, o projeto será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto para apreciação e parecer.

Após a aprovação no CEP, para o preenchimento do questionário, os participantes receberão duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II), sendo que uma via este assinará e já terão as assinaturas das pesquisadoras (esta via será devolvida à pesquisadora) e a outra ficará de posse dos profissionais com as assinaturas e contatos das pesquisadoras (em formato PDF). O TCLE será lido para o participante fornecendo-lhes todas as informações necessárias sobre o estudo, antes da assinatura, no momento da abordagem (encontro marcado previamente, por telefone, em local e horário apontado pelo participante).

6 - OUTRAS INFORMAÇÕES

Reforçamos que é garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição de saúde, respaldando-se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12 e 510/16, como já citadas.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à (o) Sr^a ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirigidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: 16 - 36036915.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

Prof^a Dr^a Sílvia Sidnéia da Silva (Pesquisadora orientadora responsável)
RG: 20.907.158 CPF: 144.427.278-05 Email: sssilva@unaerp.br

Patrícia Chiareli Ferreira (Pesquisadora)
RG: 19.169.104-5 CPF: 145.442.788-48 Email: paty.chiareli@hotmail.com

APÊNDICE V

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Usuário que comporá a demanda espontânea no período delimitado para a coleta de dados da pesquisa

TÍTULO DO PROJETO: Sistematização do Acolhimento e Classificação de Risco à demanda espontânea dos Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: uma experiência no interior paulista.

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Patrícia Chiareli Ferreira

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva

Eu, _____ RG.: _____
 Residente _____ à
 Rua/Av. _____

_____ concordo em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

1- JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Este projeto visa verificar se a utilização de um instrumento de acolhimento e classificação de risco à demanda espontânea odontológica na atenção primária à saúde bucal atenderia essa população com maior efetividade no acesso e humanização da escuta.

2 - OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 GERAL

Avaliar a utilização de um instrumento de acolhimento e classificação de risco para a demanda espontânea dos serviços de saúde bucal da atenção primária à saúde em um município do interior paulista, na perspectiva da equipe odontológica.

3 – LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo será realizado na UBS do Jardim Aeroporto e do José Sampaio.

4 - PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa. Todos os usuários que procurarem espontaneamente o atendimento odontológico serão acolhidos pela ASB participante da pesquisa, que fará a escuta e preencherá um Formulário de Acolhimento e Classificação de Risco sob supervisão e colaboração da CD participante. As informações contidas no formulário serão analisadas nesta pesquisa.

Será também utilizado o sistema Hygia Web - que é um sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - para conferir, levantar dados de identificação e agendamentos dos usuários.

5 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com o seguinte tema: Sistematização do Acolhimento e Classificação de Risco à Demanda Espontânea dos Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: uma experiência no interior paulista.

Não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

6 - OUTRAS INFORMAÇÕES

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição, respaldando-se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à (o) Sr^a ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirigidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: 36036915.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

Prof^a Dr^a Sílvia Sidnéia da Silva (Pesquisadora orientadora responsável)

RG: 20.907.158

CPF: 144.427.278-05

Email: sssilva@unaerp.br

Patrícia Chiareli Ferreira (Pesquisadora)

RG: 19.169.104-5 CPF: 145.442.788-48 Email: paty.chiareli@hotmail.com

ANEXO A

**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Página: 177



OFICIO 2860/2023 – CAPP

LSK/lsk

Ribeirão Preto, 04 de outubro de 2023.

Prezada senhora,

Informo que o Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas, a Divisão Odontológica, a Divisão de Informática e as Supervisoras da UBS Dr. Rômulo Ribeiro da Costa (Jardim Aeroporto) e da UBS Rubens Lisandro Nicoletti Filho (José Sampaio) manifestaram concordância com a realização do projeto de pesquisa.

Assim declaro estar ciente e concordo com o desenvolvimento do projeto de pesquisa "Sistematização do Acolhimento e Classificação de Risco à demanda espontânea dos Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: uma experiência no interior paulista", da pesquisadora Patrícia Chiareli Ferreira e da orientadora Profª Drª Sílvia Sidnéia da Silva.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo a pesquisadora informar via e-mail com antecedência os serviços e combinar melhor data para início da pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Lauren Suemi Kawata

**Presidente da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa da
Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

PROFA DRA SÍLVIA SIDNÉIA DA SILVA
UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - UNAERP
NESTA

Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto /SPe-
mail: capp@saude.pmrp.com.br

Peça do processo/documento PMRP 2023/053411, materializada por: F.G.D.O.B em 06/10/2023 08:02 CPF: 346.xxx.xxx-79

ANEXO B

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SISTEMATIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À DEMANDA ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma experiência no interior paulista

Pesquisador: Sílvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74812523.1.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.492.882

Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto foi feita pelos proponentes como descrito a seguir. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza aplicada e abordagem mista, que terá como objetivo avaliar a utilização de um instrumento de acolhimento e classificação de risco para atendimento à demanda espontânea dos serviços de saúde bucal da atenção primária à saúde no município de Ribeirão Preto, na perspectiva da equipe odontológica. Participarão desta pesquisa uma auxiliar de saúde bucal e um cirurgião dentista por Unidade de Saúde, totalizando 02 unidades de Ribeirão Preto, localizadas em Distritos de Saúde distintos; além dos usuários que procurarem esses serviços na condição de demanda espontânea. O estudo contemplará três etapas: na etapa I será aplicado o instrumento para coletar e registrar as informações relatadas pelo usuário que se apresentar como demanda espontânea da assistência odontológica, no momento da escuta qualificada, baseando-se na queixa e sintomas, sinais de alerta e vulnerabilidade. Compõe-se de um roteiro com os principais agravos e pretende-se classificar o que é urgente e o que pode ter seu atendimento programado. Este instrumento será utilizado durante dois meses. Na Etapa II, após os

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 6.492.882

dois meses de utilização do instrumento já citado, será aplicado um questionário com perguntas abertas às auxiliares, técnicas e cirurgiões dentistas participantes do estudo, visando compreender a percepção destes profissionais com relação ao uso do Formulário de acolhimento e classificação de risco à demanda espontânea que procuram o serviço de saúde bucal nas Unidades selecionadas para a pesquisa. Na Etapa III serão analisados os dados coletados. A análise e interpretação dos dados quantitativos ocorrerá considerando-se os resultados da coleta de informações do formulário de acolhimento e dos dados sociodemográficos, que fornecerão a caracterização da amostra; bem como dos usuários que serão avaliados como demanda espontânea para a assistência odontológica. A interpretação dos dados qualitativos consistirá na análise das respostas dos membros da equipe odontológica, participantes do estudo, quanto ao uso e contribuições relativas ao Formulário que aplicaram, considerando suas subjetividades e experiências, na perspectiva da análise de conteúdo proposta por Bardin. Espera-se avaliar se um instrumento para acolhimento e classificação de risco dos usuários que se apresentam como demanda espontânea odontológica, na rede pública de saúde no município de Ribeirão Preto/SP, atenderia esta demanda com maior segurança para o usuário e para o profissional.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos do presente projeto foram apresentados pelos proponentes como descrito a seguir.

Objetivo Primário:

Avaliar a utilização de um instrumento de acolhimento e classificação de risco para atendimento aos pacientes que se apresentam como demanda espontânea nos serviços de saúde bucal da atenção primária à saúde em um município do interior paulista, na perspectiva da equipe odontológica.

Objetivo Secundário:

- Discorrer sobre a Política Nacional de Saúde Bucal;- Apresentar instrumentos de acolhimento e classificação de risco utilizados nos serviços de saúde pública brasileiros;- Identificar as dificuldades e vantagens que as profissionais da equipe odontológica encontraram no uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco na saúde bucal;- Implantar um instrumento de

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 6.492.882

acolhimento e classificação de risco nos
serviços de saúde bucal selecionados para o estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores descreveram os riscos e benefícios da proposta como apresentado a seguir.

O tipo de abordagem desenvolvida nesta pesquisa classifica-se como de mínimo risco de desconforto ou constrangimento, de acordo com a

Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa

envolvendo seres humanos. Na mesma Resolução está assegurada, inclusive, a privacidade dos sujeitos, acrescentando os aspectos éticos

asseverados na Resolução 510/16, no

Art. 10 dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização

de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis, ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Art. 20 adotam-se os termos e definições:

[...] III - benefícios: contribuições atuais ou potenciais da pesquisa para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade,

possibilitando a promoção de qualidade digna devida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente

equilibrado;

IV - confidencialidade: é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada;

V - consentimento livre e esclarecido: anuência do participante da pesquisa ou de seu representante legal, livre de simulação, fraude, erro ou

intimidação, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos

Todos os procedimentos a serem realizados atenderão aos princípios da Bioética, assegurando os direitos e deveres dos participantes da pesquisa.

Não serão oferecidos riscos advindos da consulta de dados no Sistema Hygia, pois as informações levantadas servirão somente à composição das

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 6.492.882

informações que propiciarão a identificação e atendimento aos objetivos do presente estudo e será feita mediante senha do responsável pelo Serviço de Saúde ou autorizado por esse responsável, via Secretaria Municipal de Saúde. Ainda cabe salientar que os riscos da pesquisa com relação às respostas de cada ASB e CD participante da pesquisa, ao questionário para avaliação da experiência com relação ao uso do formulário serão mínimos considerando que faremos perguntas relativas à sua caracterização e sua experiência no tocante a utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea odontológica, se possui sugestão a acrescentar no instrumento, bem como as dificuldades e vantagens do uso do instrumento, na sua perspectiva. Entretanto, se o participante considerar angustiante e se sentir ansioso, ou achar cansativa a abordagem, poderá fazer uma pausa para completarmos a pesquisa, voltando a responder, tão logo possível. Quaisquer desconfortos percebidos ou relatados pelos participantes do estudo serão ouvidos atentamente pela pesquisadora (que é cirurgiã dentista), inicialmente, e se necessário, acompanhado(a), o(a) participante será levado(a) ao Serviço de Psicologia da UNAERP.

Benefícios:

Acredita-se no uso de benefícios diretos desta pesquisa para o participante (profissional da equipe odontológica) e para a gestão do serviço de saúde onde ocorrerá o estudo, pois a aplicação do Formulário norteará a avaliação sistematizada do usuário que procura a assistência odontológica como demanda espontânea e esta forma de atendimento permitirá o registro da queixa e sintomas, bem como de observações que a equipe odontológica julgar necessárias, incluindo a orientação quanto ao encaminhamento dado a cada caso. Ainda cabe lembrar que o uso do Formulário poderá levar benefícios indiretos ao usuário que procurar a Unidade de Saúde na condição de demanda espontânea para atendimento odontológico, pois busca a organização de informações, análise, interpretação e avaliação de dados que foram informados e este fluxo poderá oferecer maior segurança à conduta e, portanto, ao atendimento prestado.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 6.492.882

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema é relevante no âmbito da área em que se insere a proposta, uma vez que o atendimento humanizado tem sido amplamente discutido como forma de aprimorar o atendimento geral dos serviços de saúde não somente do ponto de vista técnico, mas, sobretudo, do ponto de vista humano.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou de opinião favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa está aprovado e obedece a Resolução 466/12 do CNS e Resolução 510/16 do CNS. De acordo com a Resolução 466/2012, no item XI.2 d, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar o relatório final de sua pesquisa ao Sistema CEP/CONEP. Além do relatório final, caso o estudo seja interrompido ou cancelado, é de responsabilidade do pesquisador comunicar ao CEP esta suspensão ou cancelamento. Para que estas comunicações sejam feitas, o pesquisador deve inicialmente acessar o modelo de relatório disponibilizado por esse CEP, preenchê-lo e assiná-lo adequadamente. Após o preenchimento e assinatura, o relatório deve ser encaminhado ao CEP em formato PDF através do envio de uma notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2226808.pdf	06/10/2023 19:07:02		Aceito
Outros	Material_instrucional_equipe_odontologica.pdf	06/10/2023 19:06:01	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	Declaracao_Pesquisadoras.pdf	06/10/2023 19:04:59	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	ApendicelX_carta_ao_CEP.pdf	06/10/2023	Silvia Sidnéia da	Aceito

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

**UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP**



Continuação do Parecer: 6.492.882

Outros	ApendicelX_carta_ao_CEP.pdf	19:04:26	Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_demanda_espontanea.pdf	06/10/2023 19:03:49	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ASB_CD.pdf	06/10/2023 19:03:37	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/10/2023 19:03:08	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	06/10/2023 19:02:51	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Declaração de concordância	Oficio_Concordancia_SMS_PatriciaFerrera.pdf	06/10/2023 18:21:32	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Patricia_Chiarelli.docx	06/10/2023 18:20:27	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_Patricia.pdf	06/10/2023 18:14:03	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 07 de Novembro de 2023

Assinado por:
ADRIANA APARECIDA LOPES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

APÊNDICE VI

Desmembramentos de registros para a indicação das categorias, de acordo com Bardin (2011)

Ao analisar como foi a utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea odontológica, a partir da experiência de cada profissional, as respostas dos participantes foram agrupadas em 4 categorias (ou núcleos de sentido), considerando o desmembramento das respostas dos profissionais da equipe odontológica participantes do estudo (identificados como P1, P2, P3 e P4), conforme delineamento a seguir:

1. Categoria instrumento bom: inclui respostas positivas em relação à utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco. “A utilização do instrumento foi benéfica (...)” (P1); “Foi uma experiência positiva (...)” (P2); “O instrumento acaba sendo de grande valia (...)” (P3); “O instrumento foi bom (...)” (P4).
2. Categoria direcionamento dos pacientes: inclui respostas que os participantes disseram ter ocorrido um direcionamento do paciente ou do atendimento. “(...) direcionando os pacientes de acordo com a necessidade (...) (P1)”; “(...) nos norteia a um atendimento mais direcionado e rápido.” (P3); “(...) para direcionar o atendimento do cirurgião-dentista.” (P4);
3. Categoria reconhecer e classificar as necessidades: inclui a resposta que o participante relata ter aprendido a reconhecer e classificar as necessidades “(...) pude aprender como reconhecer e classificar da melhor maneira as necessidades dos atendimentos no consultório.” (P2).
4. Categoria organização da demanda: “(...) foi uma forma de organização das demandas espontâneas odontológicas” (P1).

Quanto ao tema de acrescentar alguma sugestão no instrumento, as respostas dos participantes foram agrupadas em 4 categorias, considerando o desmembramento das respostas dos referidos profissionais, conforme delineamento a seguir:

1. Categoria gestantes: inclui respostas que os participantes sugeriram pontuar as gestantes no instrumento. “Minha sugestão seria acrescentar a opção de

atendimento de gestante na classificação.” (P2); “A minha sugestão é de pontuar com mais clareza a que nível as gestantes se encaixariam dentro das prioridades (...)” (P1).

2. Categoria não: inclui respostas dos participantes que não tiveram sugestões a acrescentar no instrumento. “A sugestão do instrumento em si, não.” (P3); “O instrumento em questão não” (P4).

3. Categoria aumentar a capacidade de atendimento: inclui a resposta que o participante dá em relação à capacidade de atendimento. “A rapidez deveria acontecer com uma maior capacidade de atendimento.” (P3).

4. Categoria treinamento da ASB: inclui a resposta que o participante cita o treinamento do profissional. “ (...) , mas cabe treinar bem o profissional (ASB) para essa triagem que seja de forma mais clara e legal.” (P4).

As respostas dos participantes a respeito do tema dificuldades no uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco, foram agrupadas em 3 categorias considerando o desmembramento das respostas dos referidos profissionais, conforme delineamento a seguir:

1. Categoria necessidade de uma pessoa para a função: inclui a resposta do participante que cita como dificuldade a necessidade de uma pessoa para a função “A necessidade de uma pessoa especificamente para essa função (...)” (P1).

2. Categoria falta de vagas de acolhimento: incluía a resposta do participante que relata que falta vagas de acolhimento “A dificuldade foi a falta de vagas AI no sistema.” (P2).

3. Categoria treinamento: inclui as respostas dos participantes que dizem que o treinamento é um ponto de dificuldade. “O treinamento dos profissionais poderia melhorar o fluxo e o próprio atendimento” (P3); “Dificuldades: a prática da abordagem e o treino em classificação.” (P4).

As respostas dos participantes no tocante ao tema vantagens do uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco, foram agrupadas em 2

categorias, considerando o desmembramento das respostas dos referidos profissionais, conforme delineamento a seguir:

1. A categoria agendamento do paciente, considera a resposta do participante que cita como vantagem o agendamento do paciente. “Vantagem: Fazer um agendamento prévio para os pacientes de acordo com a classificação de risco.” (P1).
2. A categoria melhora do fluxo de atendimento: considera as respostas dos participantes que relatam como vantagem a melhora do fluxo. “(...) melhorando assim o fluxo de atendimento no consultório.” (P2); “(...) melhorar o fluxo e o próprio atendimento.” (P3); “(...) melhorando o fluxo de atendimento.” (P4).

APÊNDICE VII

PRODUTO 1

Material Instrucional

Patrícia Chiareli Ferreira
Sílvia Sidnéia da Silva

RIBEIRÃO PRETO
2024

MATERIAL INSTRUCIONAL

Sistematização do Acolhimento e Classificação de Risco à Demanda Espontânea dos Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde

Este material tem por objetivo sistematizar as prioridades clínicas odontológicas na atenção primária à saúde, considerando como público-alvo a equipe odontológica.

A Classificação de Risco Odontológico está descrita em formulário que utiliza quatro cores, em conformidade com a Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização / MS (Brasil, 2009):

✓ **Vermelho: Emergência Odontológica - Atendimento Imediato**

São situações críticas que determinam prioridade no atendimento. Algumas dessas situações se não controladas em tempo podem evoluir e aumentar o risco de morte do paciente. Outras situações causam grande sofrimento ao paciente.

Os agravos são:

- **Hemorragias menores** (controláveis em ambulatório).
- **Traumatismo alvéolo dentário** (fraturas dentárias com exposição pulpar, luxação lateral, luxação extrusiva, luxação intrusiva e avulsão, ocorridos há menos de 2 horas).
- **Dor espontânea e intensa** (que não responde à medicação).
- **Tumefação relacionada a infecções de tecido mole** (edemas, celulites, abscessos);
- **Complicações de infecções odontogênicas** com comprometimento sistêmico (tumefação extensa na região cervical, dor, febre, trismo, dificuldade para falar ou engolir).
- **Luxação da ATM.**

As **hemorragias menores** são aquelas controláveis por medidas locais, como compressão direta e sutura (Padilha, 2012).

Os **traumatismos alvéolo-dentários** são urgências odontológicas, pois atrasos no atendimento podem causar sequelas graves, como a perda do dente afetado. Segundo a Associação Internacional de Traumatologia Dentária (IADT 2020), dentes permanentes avulsionados devem ser reimplantados preferencialmente em até 15 minutos, no máximo 60 minutos, para um bom prognóstico. O reposicionamento imediato em casos de luxação extrusiva ou lateral também é crucial para um bom prognóstico (Fouad *et al.*, 2020) (Figura 1 e 2).

Figura 1: Traumatismo dental com fratura de coroa e exposição pulpar



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 2: Luxação lateral do dente 11 e luxação extrusiva do dente 21



Fonte: Freitas *et al.* (2020)

A **dor** relatada pelo paciente é um critério chave para classificar a gravidade dos casos em atendimentos de urgências odontológicas. O alívio da dor é considerado um direito humano básico e um princípio ético para a equipe de saúde. A dor de origem pulpar é um dos principais motivos de busca por atendimento de urgência, especialmente quando é **espontânea, intensa e não responde à medicação**, indicando um comprometimento pulpar avançado que necessita de atenção prioritária (Padilha, 2012; Osanan, 2019; Biz, 2013).

As tumefações relacionadas a infecções de tecido mole são comuns e precisam ser tratadas a tempo para evitar a disseminação da infecção (Brasil, 2013). Infecções odontogênicas, originadas de cáries, doença periodontal ou pericoronarite, podem evoluir para celulite ou abscesso se não tratadas.

As **celulites** (Figura 3) são caracterizadas por aumento de volume firme e difuso, associada a dor intensa, evolução rápida e disseminativa, podendo levar a complicações graves, incluindo óbito (Costa, 2018; Azenha *et al.*, 2012).

Figura 3: Celulite facial de origem dental



Fonte: Azenha et al. (2012)

Os **abscessos**, como ilustrado na Figura 4, são caracterizados por áreas de necrose que formam coleções purulentas circunscritas. Apresentam dor localizada, menor volume, limites definidos e consistência flutuante à palpação (Costa, 2018).

Figura 4: Abscesso facial de origem dental



Fonte: Hupp (2015)

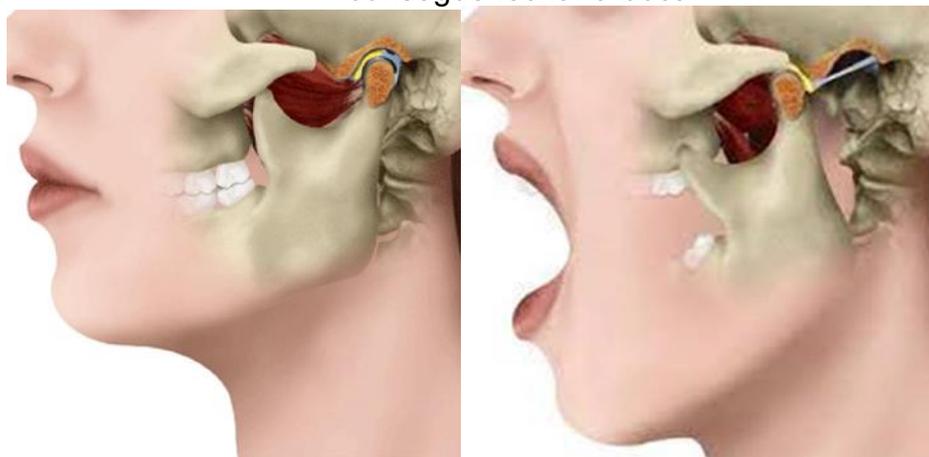
As **complicações de infecções odontogênicas** são caracterizadas pela disseminação de infecções de um foco dentário para os tecidos adjacentes na região da cabeça e pescoço, são potencialmente graves e aumentam o risco de morte do paciente. A infecção de um molar inferior pode resultar em Angina de Ludwig (Figura 5), uma condição grave que apresenta dor, tumefação extensa na região cervical, dificuldade para falar e engolir, trismo, edema do assoalho bucal, protrusão lingual, febre e linfadenopatia. Este quadro clínico requer atendimento de emergência (Padilha, 2012; Biz, 2013; Costa, 2018).

Figura 5: Angina de Ludwig

Fonte: dos Santos Filho e Tonelli (2017)

A **luxação da Articulação Temporomandibular (ATM)** ocorre quando o côndilo mandibular se desloca da fossa mandibular e fica preso anteriormente à eminência articular, impedindo o fechamento da boca (Figura 6). Essa condição causa dor e ansiedade, necessitando de atendimento prioritário, pois a redução se torna mais difícil com o tempo (Jácome; dos Santos Pessoa; da Conceição, 2021).

Figura 6: Luxação da ATM: posição normal do côndilo na fossa mandibular com a boca fechada. Posição 2: O côndilo fica retido à frente da eminência articular da fossa mandibular, impedindo que volte à posição inicial, assim o paciente não consegue fechar a boca



Fonte: internet (2023)

✓ **Amarelo: Urgência - Atendimento Prioritário**

São casos que determinam prioridade, necessita de intervenção breve da equipe odontológica.

Os agravos são:

- **Dor intermitente** (intensa, mas que tem períodos de acalmia)
- **Traumatismos menores** (fraturas dentárias sem exposição pulpar/ocorrido há várias horas).

A **dor intermitente**, que apresenta intervalos assintomáticos, é moderada a intensa e pode ser controlada por analgésicos (Padilha, 2012). Esses casos não podem aguardar atendimento programado, pois a dor, mesmo que em curtos períodos, é intensa e os medicamentos se tornam progressivamente menos eficazes.

Os **traumatismos alvéolo-dentários** ocorridos há várias horas ou dias, devem também ser atendidos. Quanto mais tardio for o tempo da procura pelo atendimento, maior será a probabilidade de apresentar uma seqüela (Morello et al., 2011).

✓ **Verde: Atendimento no Dia**

Caracterizam-se como condições pouco urgentes que devem ser atendidas no mesmo dia pela equipe.

Os agravos são:

- **Dor leve fugaz**
- **Lesão bucal**
- **Pacientes com perda estética importante com limitações sociais**
- **Pré-Natal Odontológico**
- **Paciente com vulnerabilidade importante.**

Dor leve ou fugaz ocorre ao ingerir líquidos ou alimentos gelados, sendo aguda e de curta duração, cessando imediatamente ao remover o estímulo. O usuário consegue localizar o dente acometido. Pode ser causada por hipersensibilidade dentinária ou respostas pulpares iniciais, que são potencialmente reversíveis se identificada a causa e realizado o tratamento (Biz, 2013).

As **lesões bucais** devem ser examinadas, avaliadas, tratadas ou encaminhadas, conforme necessário. Elas podem ter origem fúngica, viral, herpética, ser lesões aftosas, resultantes de queimaduras, próteses mal adaptadas ou restaurações fraturadas. Também podem ser lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas, onde o diagnóstico precoce é fundamental para um prognóstico favorável (Brasil, 2013).

Figura 7: Lesão bucal



Fonte: Arquivo pessoal

Também **está incluída a perda estética** importante, autorreferida pelo usuário, como limitante do ponto de vista psicossocial.

O **pré-natal odontológico** é importante pois as gestantes podem apresentar alterações bucais no período gestacional, podem ter necessidades bucais acumuladas que comprometem a saúde materna e do bebê, devem ser alvo de

programas de educação em saúde porque elas influenciam os hábitos alimentares e de higiene da família e por frequentarem sistematicamente os serviços de saúde nesse período, não as abordar seria uma oportunidade perdida (Rigo et al. 2016 apud Santos e Pereira, 2020).

A presença de condições que geram **vulnerabilidade importante** em pacientes pode exigir intervenções no mesmo dia, mesmo com risco biológico baixo (Brasil, 2013).

✓ **Azul: Atendimento Programado**

Compreendem as queixas odontológicas não urgentes, situação não aguda. Os agravos são:

- **Fraturas de restauração**
- **Exodontia de decíduos com retenção prolongada.**

As **restaurações podem fraturar** devido a forças oclusais excessivas, falta de manutenção, mastigação de alimentos duros, hábitos parafuncionais e cárie. Essas fraturas podem causar dor e lesões aos tecidos moles por conta de arestas ou bordas cortantes, além de gerar preocupação no paciente quanto à piora do caso ao longo do tempo (Figura 8).

Figura 8: Fratura de restauração



Fonte: internet (2023)

A **extração de dentes decíduos** geralmente é procurada quando o dente permanente começa a irromper e o dente decíduo ainda não esfoliou, necessitando avaliação clínica. A retenção prolongada dificulta a irrupção do dente sucessor ou o desvia para uma posição anormal no arco dentário (Corteleti *et al.*, 2016) (Figura 9).

Figura 9: Alteração da irrupção do dente sucessor



Fonte: internet (2023).

Conduta

Com relação à conduta, o paciente poderá:

- Ser atendido no dia
- Ter o atendimento programado para outro dia
- Ser encaminhado para grupos de prevenção ou outros pontos de atenção (secundária ou terciária).

Vulnerabilidade

A vulnerabilidade na área da saúde refere-se a condições ou fatores que aumentam o risco de uma pessoa ou grupo de pessoas sofrerem problemas de saúde, bem como enfrentarem dificuldades em acessar serviços de saúde adequados

Tipos de Vulnerabilidade

Para Ayres et al. (2006); Rodrigues e Neri (2008) existem os tipos de vulnerabilidade, descritos a seguir:

a) Vulnerabilidade Individual, que se divide em:

• **Biológica:** Condições de saúde que aumentam a suscetibilidade a doenças, como deficiências imunológicas, doenças crônicas, ou condições genéticas.

• **Psicológica:** Fatores como estresse, ansiedade, e transtornos mentais que podem afetar a capacidade de uma pessoa de cuidar de sua saúde ou buscar ajuda quando necessário.

• **Capacidade Funcional:** idosos, crianças, e pessoas com deficiência podem ter limitações físicas ou cognitivas que dificultam o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

b) Vulnerabilidade Social:

• **Socioeconômica:** Baixa renda, desemprego, e falta de acesso a educação podem limitar o acesso a cuidados de saúde e afetar negativamente a saúde.

• **Cultural:** Barreiras linguísticas, discriminação, e diferenças culturais podem dificultar o acesso e a aceitação dos serviços de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2018), seguem exemplos de Grupos Vulneráveis na Saúde:

• **Idosos:** Podem ter múltiplas condições de saúde como perda de dentes, doenças periodontais e câncer bucal;

• **Gestantes:** Necessitam de cuidados especiais durante a gravidez e parto. É crucial que as gestantes recebam cuidados odontológicos, pois a saúde bucal está ligada à saúde geral da mãe e do bebê;

• **Pessoas com Doenças Crônicas:** como diabetes, hipertensão, e HIV/AIDS, necessitam de monitoramento contínuo e tratamento. Tem maior risco de infecções bucais, xerostomia e complicações de doenças sistêmicas (como diabetes) que afetam a saúde bucal;

Para Pinelli (2023), as crianças também se incluem nesse grupo de vulnerabilidade social, pois especialmente aquelas de famílias de baixa renda, podem sofrer de desnutrição, falta de imunizações, acesso limitado a cuidados preventivos. As crianças são susceptíveis à cárie dentária, má oclusão, traumatismos dentários e hipoplasia do esmalte.

REFERÊNCIAS

AYRES J. et al. Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS G., et al. (organizadores). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Fiocruz, 2006.p. 375-417.

AZENHA, M.R. et al. Celulite facial de origem odontogênica: apresentação de 5 casos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v.12, n.3, p. 41-48, jul./set. 2012.

BIZ, M.T. **Eventos agudos na atenção básica: dor de origem endodôntica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/847>>. Acesso em: 01 de abr. 2023.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, volume II. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/brasil-sorridente>>. Acesso em: 20 maio 2024.

CORTELETI, J. F., et al. Retenção prolongada de dente decíduo por impactação de dente supranumerário em criança de 12 anos. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 70, n. 3, p. 268-272, 2016.

COSTA, P.P. **Infecção odontogênica: Revisão de literatura e análise dos procedimentos realizados em um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil**. 2018. 48 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA - CFO. **CFO: O que são urgências e emergências odontológicas?** 2022. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CFO-URGENCIAS-E-EMERGENCIAS.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2022.

DOS SANTOS FILHO, D. B.; TONELLI, S. Q. Angina De Ludwig - Aspectos relevantes para o cirurgião dentista: Revisão de literatura. In: FEPEG 1., 2018. Montes Claros, MG. **Anais eletrônicos [...]** Montes Claros: Unimontes, 2017. Disponível em: <http://www.fepeg2018.unimontes.br/anais/ver/1de4adc3-7bad-4e5b-8808-471f86f9dae4>. Acesso em: 16 abr. 2023

FOUAD, A.F. *et al.* International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. **Dental Traumatology**, v. 36, n. 4, p. 331– 342, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/edt.12573>. Acesso em: 01 abr. 2023.

FREITAS, G. B. *et al.* Tratamento multidisciplinar de traumatismo dento-alveolar em paciente pediátrico: relato de caso clínico. **Archives Of Health Investigation**, [S. l.], v. 9, n. 2, 2020. DOI: 10.21270/archi.v9i2.4693. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/4693>. Acesso em: 2 maio. 2023.

HUPP, J. R. *et al.* **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**, 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2015.

JÁCOME, H.N., PESSOA, T. R. dos S, CONCEIÇÃO, L.S., da C., Abordagem odontológica no atendimento da luxação da ATM: Revisão de literatura. **Facit Business and Technology Journal**, Araguaína, v. 1, n. 26, p. 178-188, maio 2021.

MORELLO, J. *et al.* Sequelas subsequentes aos traumatismos dentários com envolvimento endodôntico. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 13, n. 2, p. 68-73, 2011.

OSANAN, S. S. **Construção, validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde**. 2019. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Odontologia - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

PADILHA, L. S. **Processo de implantação do acolhimento com classificação de risco no setor de urgências da clínica de odontologia da UEM**. 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Integrada) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

PINELLI, N. Crianças de famílias pobres têm menos acesso a vacinação, mostram pesquisas. **Portal do Butantan** São Paulo, 30 ago. 2023. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/criancas-de-familias-pobres-tem-menos-acesso-a-vacinacao-mostram-pesquisas>. Acesso em: 22 maio 2024.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129–2139, ago. 2012.

SANTOS, C. G.; PEREIRA, D. P. C. A importância da odontologia no cuidado da gestante: revisão de literatura. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 14, n. 50, p. 1212-1230, 2020. ISSN 1981-1179.

SERVIN, S. C. N. *et al.* **Protocolo de Acolhimento com classificação de risco e Política Municipal de Humanização da Prefeitura de São Luís do Maranhão**. Prefeitura São Luís do Maranhão. São Luís do Maranhão, Maranhão, 2012.

APÊNDICE VIII

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

PATRÍCIA CHIARELI FERREIRA
SILVIA SIDNÉIA DA SILVA

RELATÓRIO DE PESQUISA CIENTÍFICA

PRODUTO 2

RIBEIRÃO PRETO
2024

**UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO PROGRAMA DE MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO**

RELATÓRIO DA PESQUISA CIENTÍFICA

Título da Pesquisa: Sistematização do acolhimento e classificação de risco à demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: uma experiência no interior paulista
Pesquisador Responsável: Patrícia Chiareli Ferreira
Orientadora: Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva
Local do Estudo: UBS “Dr. Rômulo Ribeiro da Costa” do Jardim Aeroporto e UBS “Rubens Lisandro Nicoletti Filho” no José Sampaio.
Participantes do Estudo: Uma auxiliar de saúde bucal e um cirurgião-dentista de cada UBS onde foi realizado o estudo e 78 usuários de demanda espontânea dos serviços de saúde bucal.

INTRODUÇÃO

Este relatório tem o propósito de apresentar os principais achados encontrados pela pesquisa intitulada “Sistematização do acolhimento e classificação de risco à demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: uma experiência no interior paulista”. A investigação partiu da indagação: a utilização de um instrumento para acolher e classificar os atendimentos de pacientes que procuram o serviço de saúde como demanda espontânea da saúde bucal poderia oferecer segurança de acesso e direcionamento do indivíduo para serviços adequados, pertinentes ao seu caso?

As inquietações que orientaram a elaboração desta pesquisa têm sido vivenciadas na prática de atendimento da pesquisadora como cirurgiã dentista em uma Unidade Básica de Saúde de um município do interior paulista, referindo-se à elevada quantidade de usuários que buscam o atendimento odontológico como demanda espontânea e a dificuldade de oferecer uma resposta adequada a estes cidadãos tem se apresentado frequente. Nesse sentido, propõe-se a organização do acesso por meio do acolhimento com avaliação e classificação de risco.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde capaz de acolher o usuário e garantir acesso aos serviços de saúde através da escuta humanizada e qualificada (Brasil, 2004). A Classificação de Risco permite concretizar o princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para

atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde, gravidade, risco ou vulnerabilidade de cada usuário (Brasil, 2009).

Atualmente, a rede municipal utiliza um protocolo de acolhimento com um instrumento norteador para o atendimento médico, implantado em 2015, com o objetivo de reorganizar o atendimento da demanda espontânea na área médica. Antes da implantação do protocolo, as unidades de saúde atendiam a demanda espontânea de forma subjetiva e desordenada, cada uma de maneira diferente. Havia uma necessidade de reorganização percebida pela gestão, pelos trabalhadores e pelos usuários. A implantação do protocolo trouxe uma melhora na organização do fluxo de atendimento à demanda espontânea na Atenção Básica, proporcionando melhor acesso à comunidade e maior segurança nas práticas profissionais (Ribeirão Preto, 2019).

Na odontologia, o atendimento da demanda espontânea também ocorre de maneira diversa nas unidades de saúde e, corroborando afirmações de Osanan (2019) acolher e classificar essa demanda para distinguir entre casos urgentes e aqueles que podem ser programados, com base no risco apresentado pelo usuário, torna o serviço mais humano e eficiente. Isso proporciona respostas mais adequadas a todos que buscam atendimento, melhorando a resolutividade do serviço.

No problema da pesquisa está implícito que a alta demanda por atendimento odontológico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é conflitante com o número insuficiente de vagas disponíveis. A ausência de uma ferramenta para gerenciar as prioridades clínicas dificulta a oferta de um atendimento organizado e humanizado. Este estudo objetivou avaliar a utilização de um instrumento de acolhimento e classificação de risco para a demanda espontânea dos serviços de saúde bucal da atenção primária à saúde em duas UBS's de Ribeirão Preto, na perspectiva da equipe odontológica.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para alcançar os objetivos da investigação, foram utilizados diversos procedimentos metodológicos que subsidiaram o levantamento e a análise dos dados. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza aplicada e abordagem mista, cujo método de procedimento foi a pesquisa de levantamento, aplicando questionários com sujeitos resultantes de amostragem não probabilística intencional. Na amostragem não probabilística, a escolha dos elementos da população participantes da amostra

se dá pelo julgamento do pesquisador, podendo ser intencional, quando o pesquisador se utiliza de sua experiência e julgamento para selecionar os membros da população para compor a amostra. Neste estudo, a pesquisadora indicou duas Unidades de Saúde: a UBS Dr. Rômulo Ribeiro da Costa (Jardim Aeroporto - Distrito Norte) e a UBS Rubens Lisandro Nicoletti Filho (José Sampaio - Distrito Oeste), que se mostraram interessadas em participar do estudo, considerando os gestores, os cirurgiões-dentistas (CD's) e as auxiliares de saúde bucal (ASB's). As duas unidades oferecem serviços odontológicos semelhantes e estão localizadas em diferentes distritos.

A UBS “Dr. Rômulo Ribeiro da Costa” do Jardim Aeroporto funciona das 07h00 às 17h00, atendendo a uma população estimada em 2010 de 16.103 habitantes, segundo o IBGE. Na época do estudo, contava com duas CD's, cada uma com carga horária de 20 horas semanais, e dois ASB's, cada um com carga horária de 30 horas semanais, trabalhando em períodos alternados. A UBS “Rubens Lisandro Nicoletti Filho” do José Sampaio opera das 07h00 às 19h00, atendendo a uma população estimada em 2010 de 16.580 habitantes, conforme o IBGE. Possui três CD's, cada um com carga horária de 20 horas semanais, e três ASB's, cada uma com carga horária de 30 horas semanais, que atuam em períodos alternados.

Participaram da pesquisa na UBS Jardim Aeroporto uma CD e uma ASB que foi responsável pela coleta de dados. Na UBS José Sampaio, participaram um CD e uma ASB encarregada da coleta de dados. As ASB's que realizaram a coleta de dados foram contratadas especificamente para a pesquisa, são trabalhadoras das referidas unidades, porém realizaram essa atividade fora de seus horários regulares de trabalho, para não interferir nos processos normais das UBS. Essas ASB's foram capacitadas e contaram com o suporte das pesquisadoras para esclarecimento de dúvidas. No total, participaram quatro profissionais da equipe odontológica (dois CD's e duas ASB's) e 78 pacientes que procuraram os serviços de saúde bucal das unidades selecionadas, sendo 56 pacientes da UBS Jardim Aeroporto e 22 da UBS José Sampaio. A coleta de dados ocorreu durante 30 dias úteis, de 1º de fevereiro a 8 de março, no período da manhã, das 07h00 às 10h00. Durante esse período, a equipe odontológica da UBS do José Sampaio contraiu COVID, resultando em uma interrupção de uma semana na coleta de dados nessa unidade.

Foi realizado uma capacitação com as ASB's e CD's participantes, que incluiu a apresentação do instrumento, orientação sobre seu uso e esclarecimento de

dúvidas, incentivando o preenchimento prático do formulário. Esse treinamento foi agendado individualmente com cada participante na sua própria Unidade de Saúde. Além disso, cada participante recebeu uma cópia do material instrucional, elaborado pela pesquisadora, com explicações e fotos dos agravos descritos no formulário, para consulta.

As ASB's realizaram a escuta dos usuários e o preenchimento do formulário de acolhimento. O formulário de acolhimento e classificação de risco odontológico foi adaptado do estudo de Padilha (2012) e contém a identificação do usuário, a queixa principal e uma escala de classificação das urgências odontológicas, dividida em quatro níveis de prioridade conforme as recomendações do Ministério da Saúde: vermelho (emergência), amarelo (quadro agudo), verde (atendimento no dia) e azul (sem urgência). O formulário apresenta, ainda, um local para anotar a conduta realizada e a assinatura da profissional que fez o atendimento. Para a avaliação do paciente, a escuta buscou obter a queixa principal - aquela que motivou a procura por atendimento, e outros sintomas como a intensidade da dor, as alterações percebidas no momento do acolhimento; além de outros fatores que pudessem estar relacionados, como o uso de medicação e o tempo de duração da queixa. Estas informações foram utilizadas para a classificação dos pacientes, de acordo com os níveis propostos pelo formulário de acolhimento e classificação de risco odontológico. Quando a ASB teve dúvida frente ao caso apresentado pelo usuário, solicitou auxílio ao CD para proceder a avaliação, classificação e conduta a ser tomada.

Após o período de um mês do uso do formulário de acolhimento e classificação de risco (período delimitado para a coleta dos dados da pesquisa), um questionário foi utilizado para identificar as dificuldades e vantagens encontradas pelos profissionais ao utilizar o instrumento. Este questionário abordou a experiência dos participantes e incluiu questões sobre identificação pessoal e três perguntas abertas sobre a experiência com o uso do instrumento, sugestões e dificuldades encontradas.

Para conferir e levantar dados de identificação e agendamentos dos usuários (com vistas a analisar se a conduta realizada pelos profissionais da equipe de odontologia ocorreu, como orientados), foi utilizado o sistema Hygia Web, um sistema de gestão em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Após a coleta de dados, foi realizada a análise quantitativa e qualitativa dos dados.

A análise e interpretação dos dados quantitativos ocorreu considerando-se os resultados da coleta de informações do formulário de acolhimento dos usuários que buscaram atendimento como demanda espontânea para a assistência odontológica, fornecendo a caracterização da amostra por meio de números absolutos e relativos. Os dados foram sistematizados em uma planilha eletrônica utilizando o Microsoft Office Excel 2019, com funcionalidades de tabela dinâmica para facilitar a classificação e tabulação dos dados. As informações foram apresentadas em gráficos e tabelas para uma melhor visualização e compreensão dos resultados.

A análise dos dados qualitativos foi realizada a partir das respostas dos membros da equipe odontológica, utilizando a perspectiva da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Os relatos dos participantes foram transcritos na íntegra e analisados exhaustivamente para identificar conteúdos semelhantes e categorizar as informações de acordo com suas falas, subjetividades e experiências.

A Análise Temática de Conteúdo, conforme Minayo (2003), desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, o pesquisador realiza a leitura flutuante, seleciona documentos, formula hipóteses e elabora ideias, respeitando critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Na exploração do material, ocorre a codificação e definição das categorias de análise, identificando unidades de registro e de contexto. No tratamento dos resultados, são realizadas inferências e interpretações, inter-relacionando os dados coletados com o referencial teórico.

Durante a etapa da exploração do material, a pesquisadora buscou encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado. Posteriormente, a pesquisadora escolheu as regras de contagem por meio de codificações e índices quantitativos; e realizou a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema (Bardin, 2011).

Feitas essas ações, a pesquisadora propôs inferências e realizou interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente (Minayo, 2003).

As categorias foram apresentadas em quadros para melhor visualização e avaliadas sob a ótica do referencial teórico de Bardin (2011).

Esta metodologia garantiu a integridade dos processos de trabalho nas UBSs e a qualidade dos dados coletados para o estudo.

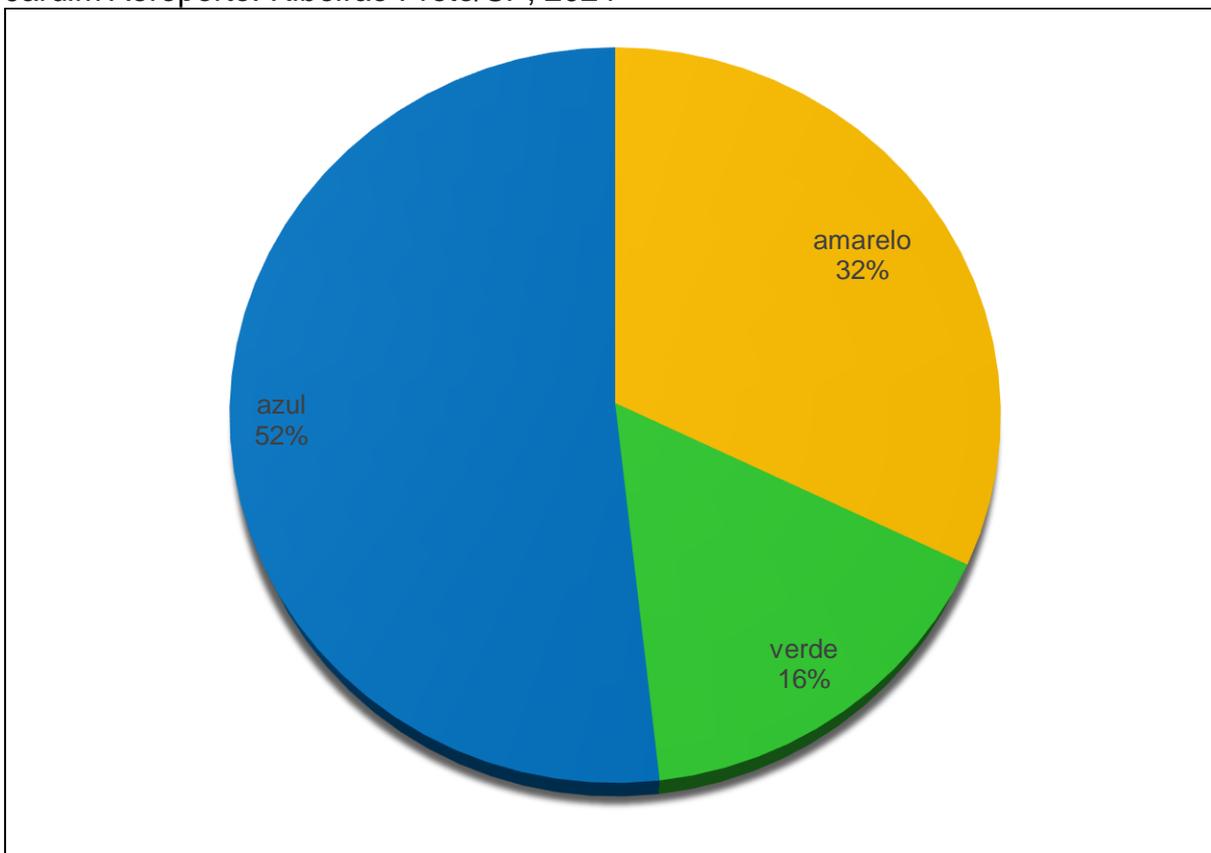
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (CAAE: 74812523.1.0000.5498).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletados dados de 56 pacientes da UBS “Rômulo Ribeiro da Costa” do Jardim Aeroporto e 22 pacientes da UBS “Rubens Lisandro Nicoletti Filho” do José Sampaio, totalizando 78 pacientes.

Na UBS do Jardim Aeroporto, a maioria dos pacientes 29 (52%) foram classificados com a cor azul, e apenas 9 pacientes (16%) como verde (Gráfico 1).

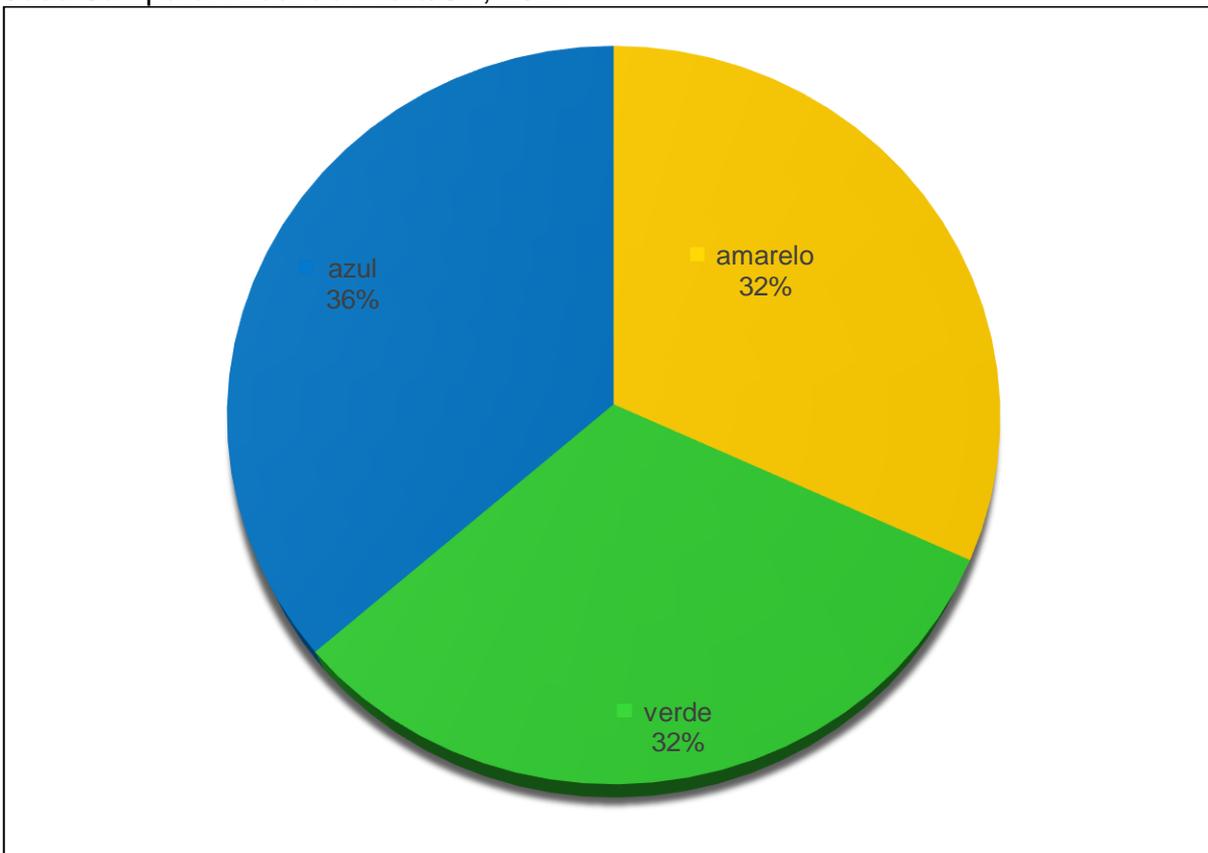
Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com a cor classificatória - UBS Jardim Aeroporto. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

Na UBS José Sampaio, 8 pacientes (36%) foram classificados com a cor azul e somente 7 pacientes (32%) com a cor verde (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes de acordo com a cor classificatória - UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

Não houve paciente, nas duas Unidades do estudo, que apresentasse características que apontassem risco de comprometimento à vida e, por esse motivo, não receberam classificação vermelha. Raramente problemas odontológicos vão ser causa de situações que ameaçam a vida do paciente e precisam de atendimento imediato (Kanegane, 2011; Brasil, 2013b). Normalmente situações mais complexas envolvendo fraturas ósseas ou traumas decorrentes de acidentes são atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e direcionados a UPA, dificilmente chegando à UBS, obedecendo ao discriminado para atendimento emergencial na Rede de Atenção à Saúde.

Outra situação que também foi observada, referiu-se aos casos não-urgentes, classificados no último nível de prioridade como cor azul. Nas duas UBS's do estudo constituíram-se a maioria dos casos, como já era uma percepção da equipe.

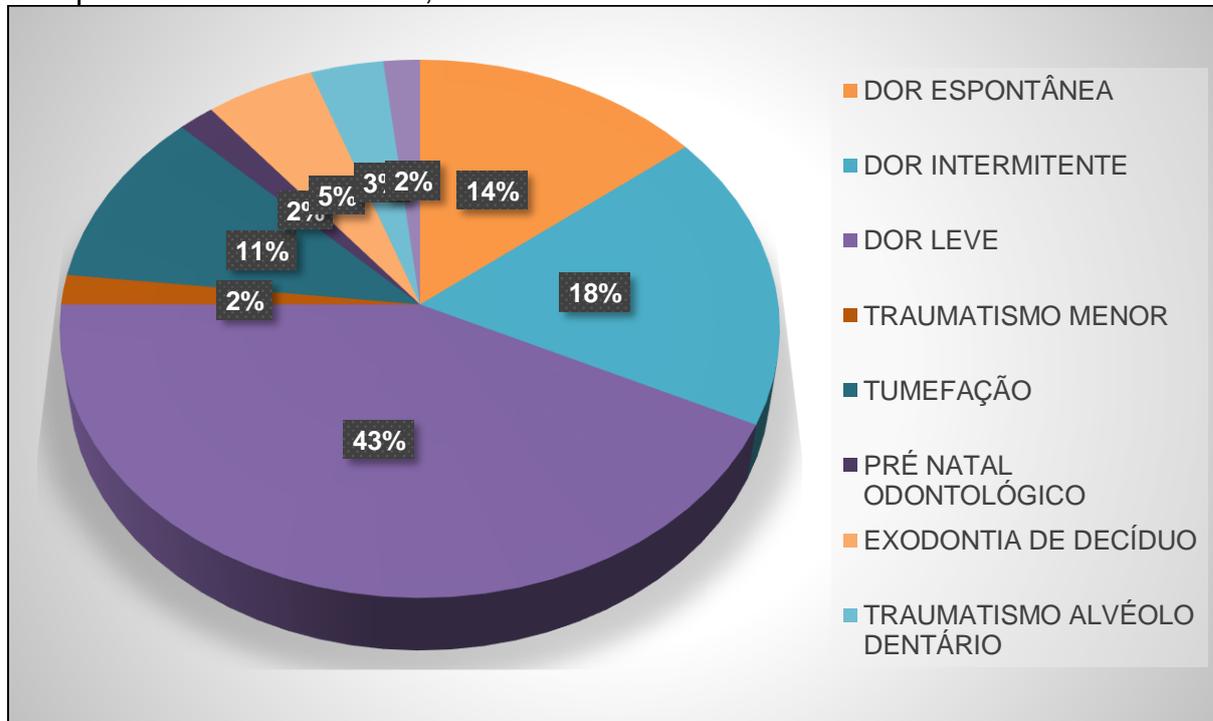
O fato de nenhum caso avaliado ter sido classificado como primeiro nível de prioridade e um grande percentual (52% e 36%) como nível azul, respectivamente nas UBS's poderia sinalizar na direção de inadequação desta escala às demandas das

urgências odontológicas. Contudo, vale ressaltar que a utilização frequente desta porta de acesso ao serviço de saúde odontológico como demanda espontânea, pelo usuário, pode refletir a capacidade insuficiente de cuidado na APS, na área. Assim, o usuário utiliza o serviço de demanda espontânea como alternativa para a solução de seus problemas odontológicos (Osanan 2019; Sanchez; Borchardt e Tribis, 2021).

No entanto, é importante a identificação de prioridades para dar respostas a todos que procuram a unidade, sem, entretanto, transformar o serviço em uma Unidade de Pronto Atendimento (Brasil, 2018). Neste sentido, a utilização do Formulário de Acolhimento e classificação de Risco, norteia a identificação de prioridades odontológicas.

Com relação às queixas trazidas pelos usuários na UBS Jardim Aeroporto, a maioria dos pacientes 24 (43%) referiu apresentar dor leve; seguido de 10 (18%) com dor intermitente, 8(14%) relataram dor espontânea e 01 paciente (2%) procurou atendimento para pré-natal odontológico. (Gráfico 3).

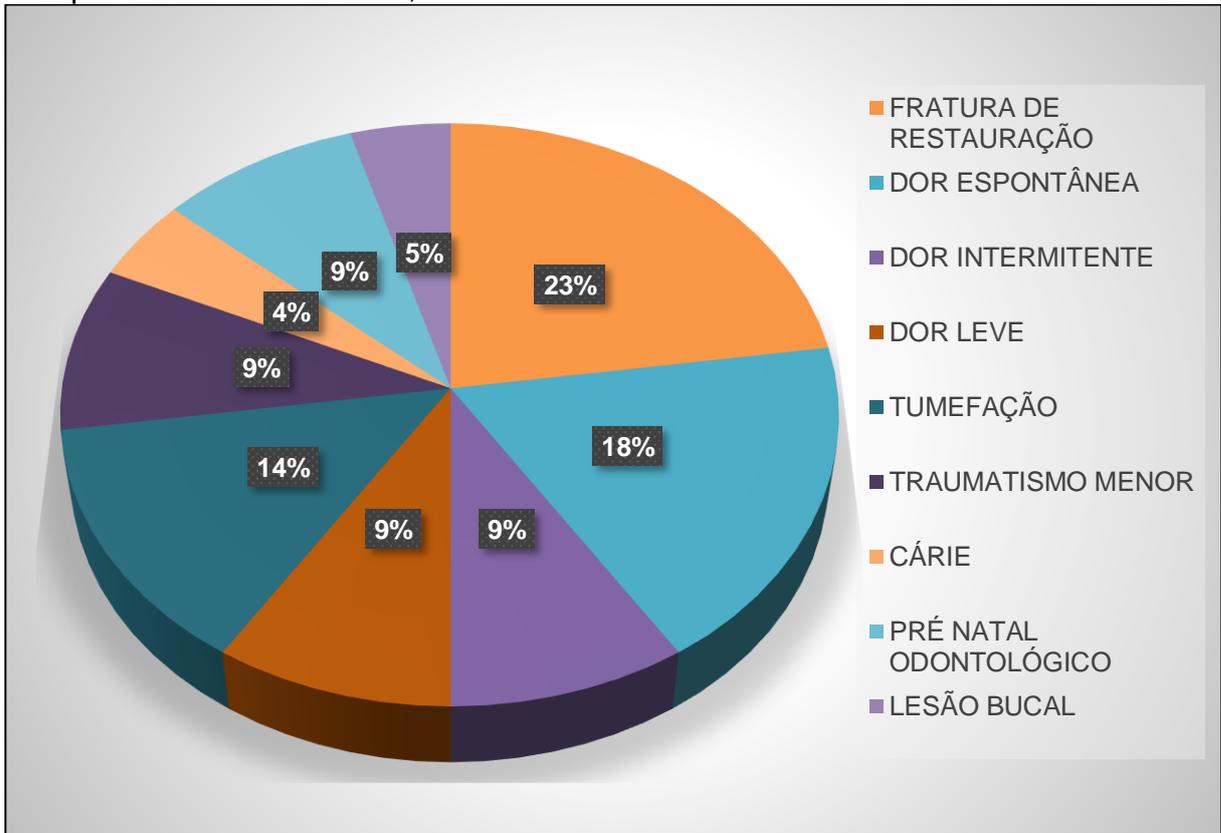
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes de acordo com a queixa na UBS Jardim Aeroporto. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

Já na UBS José Sampaio, a maior parte - 05 (23%) apresentava fratura de restauração, 4 (18%) pacientes relataram dor espontânea, 3 (14%) tumefação e 1 (5%) paciente referiu lesão bucal (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes de acordo com a queixa na UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

A maioria das urgências odontológicas envolve quadros álgicos associados a processos inflamatórios ou infecciosos (Mazzilli, 2008). É sabido que a presença de dor de origem dentária é um indicador relevante para a busca de serviços de saúde bucal. (Brasil, 2013b; Martins et al., 2014; Brasil, 2018). Existem ainda as urgências decorrentes do comprometimento da função mastigatória, de traumatismos dentários e afecções agudas da mucosa bucal (Brasil, 2018). Os dados coletados nas duas UBS's, referidos pelos pacientes, também apontam as queixas de dor (espontânea, intermitente e leve); além das infecções agudas discriminadas no formulário como tumefações, os traumatismos alvéolo-dentários e traumatismos menores e as afecções da mucosa bucal (lesão bucal).

Na UBS Jardim José Sampaio, pacientes que reportaram como queixa principal a fratura de restauração, não obstante manifestaram dor, ainda assim buscaram o serviço em caráter de urgência, possivelmente devido à preocupação do agravamento do quadro com o decorrer do tempo.

Outro dado importante foi a procura por pré-natal odontológico. O Programa Previne Brasil, estabeleceu novo modelo de financiamento da APS com sete

indicadores de pagamento por desempenho, sendo um deles voltado para o atendimento odontológico em gestantes. O indicador “Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado” leva em consideração a necessidade de assegurar uma oferta de cuidado integral durante a gestação, envolvendo ações de promoção e prevenção da saúde a partir de uma assistência multiprofissional, envolvendo o atendimento odontológico como etapa de rotina no pré-natal das usuárias do Sistema de Saúde (Brasil, 2022). Assim, as gestantes são orientadas no momento do exame que confirma a gravidez, a fazer o pré-natal odontológico.

Porém, um dado chamou a atenção: no caso da UBS do Jardim Aeroporto, a maioria dos pacientes, apresentou caso de dor, porém de intensidade mais baixa, leve ou fugaz, diferentemente da UBS do Jardim José Sampaio, que trazia como queixa principal, restauração que se fraturou ou se soltou, que é uma condição para atendimento programado.

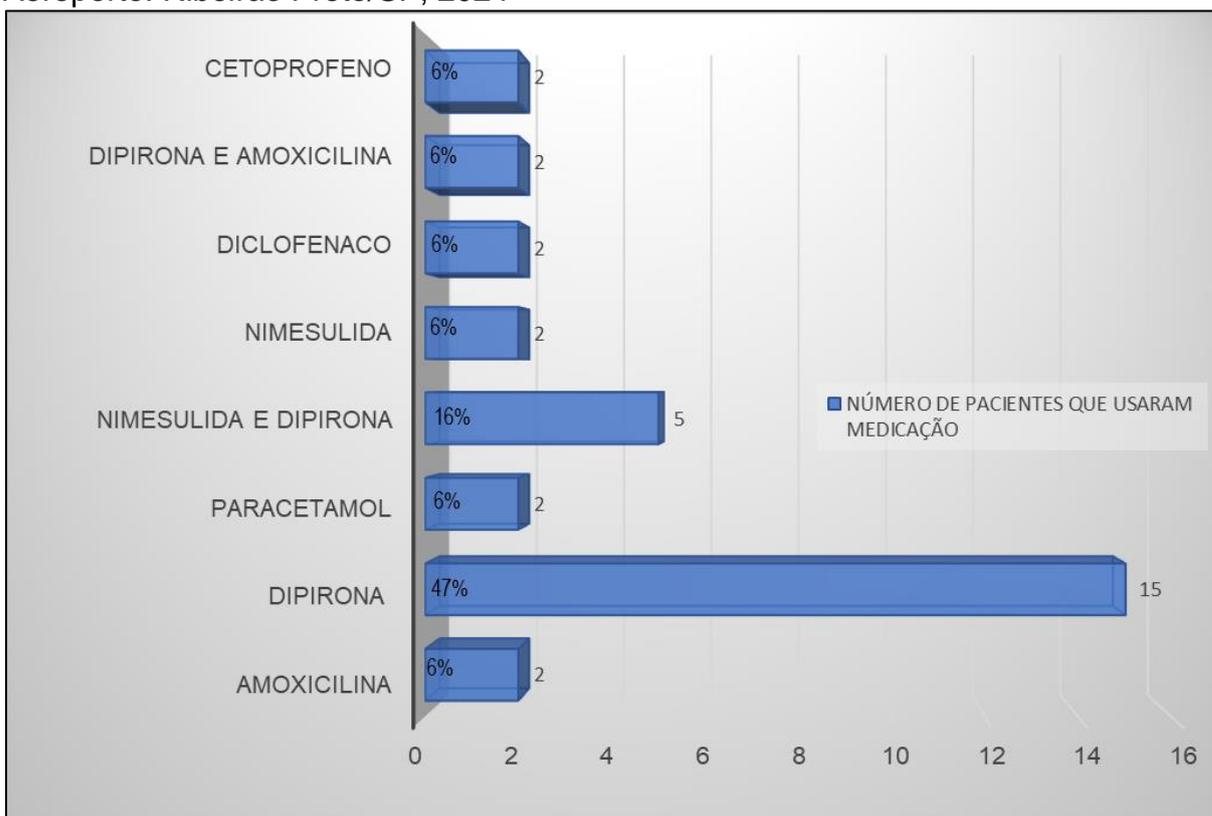
A classificação de prioridade clínica de um usuário pode possibilitar três resultados, a saber: decisão apropriada, supercategorização ou subcategorização. Na decisão apropriada, o paciente é classificado adequadamente, de acordo com sua condição. Na supercategorização, o nível de prioridade dado é maior do que o paciente necessita e na subcategorização, a classificação é mais baixa do que necessário (Kanegane, 2011). Essa análise influencia na tomada de decisão e quando o paciente irá receber o cuidado. Diante disso, e analisando os resultados, pode-se também pensar em uma mudança no instrumento de acolhimento, removendo da escala os discriminadores da cor vermelha, movendo os casos agudos, prioritários (amarelo) para a cor vermelha, os casos menos urgentes (verde) para a cor amarela, os casos de dor menos intensa - que atualmente são classificados como azul - para a cor verde, e os casos que podem ser programados, continuariam na cor azul. Essa alteração poderia evitar os casos de subcategorização, frente ao aspecto dor, referido pelo paciente. Neste caso, a cor vermelha não indicaria risco de vida ao paciente, mas sim um sinal de alerta para sua necessidade mais urgente.

Quanto ao uso de medicamentos, na UBS Jardim Aeroporto, 32 (57%) pacientes fizeram uso antes de procurar o atendimento e 24(43%) negaram a utilização.

Na UBS José Sampaio, 15 (68%) pacientes disseram que não tomaram medicamentos e 7 (32%) pacientes fizeram uso de medicação.

Dos 32 pacientes que tomaram medicação antes de procurar atendimento na UBS Jardim Aeroporto, a maioria 15 (47%) tomou dipirona e ainda 02 (6%) tomaram amoxicilina e amoxicilina e dipirona; respectivamente. (Gráfico 5).

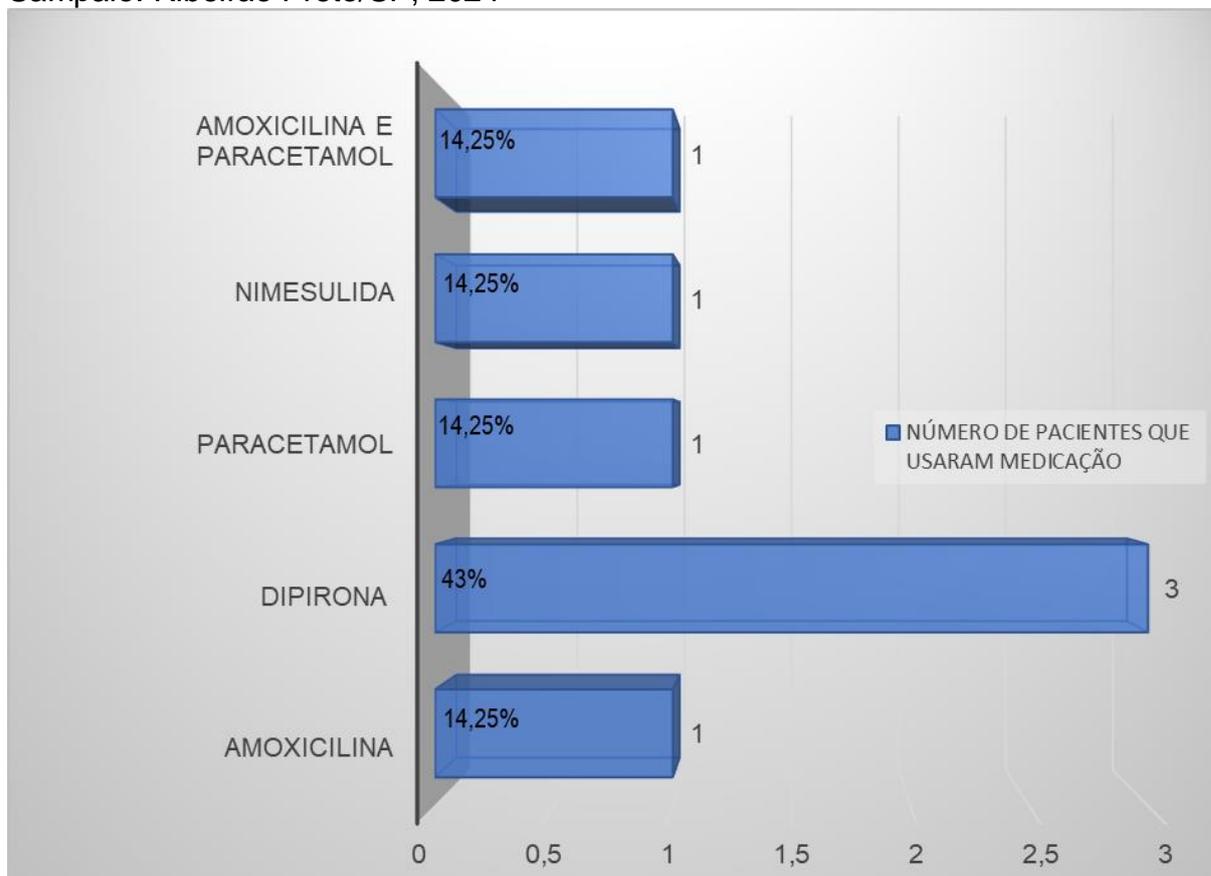
Gráfico 5 - Distribuição das medicações utilizadas pelos pacientes na UBS Jardim Aeroporto. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

As medicações mais usadas pelos pacientes na UBS José Sampaio, referidas por eles, contemplam dipirona (43%), nimesulida (14,25%), amoxicilina (14,25%) (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição das medicações utilizadas pelos pacientes na UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

A automedicação é uma prática bastante difundida no país. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, um certo nível de automedicação é considerado aceitável, desde que seja exercido com responsabilidade. Segundo Silveira (2017), a automedicação responsável ocorre quando os indivíduos tomam medicamentos sem prescrição para tratar condições menores e autolimitadas, como dores de cabeça, resfriados ou pequenos ferimentos, utilizando medicamentos de venda livre. Entretanto, para que a automedicação seja segura e eficaz, é necessário que as pessoas conheçam os medicamentos, entendendo as indicações, contraindicações, dosagens corretas e possíveis efeitos colaterais dos medicamentos que estão utilizando.

Por outro lado, a automedicação torna-se problemática e perigosa quando envolve o uso indiscriminado de medicamentos, o tratamento de condições mais graves sem orientação médica ou a utilização de medicamentos prescritos para outras pessoas (Silveira, 2017). Além disso, pode provocar efeitos colaterais indesejados,

intoxicação medicamentosa, a utilização de dosagem insuficiente ou excessiva, assim como piorar o estado de saúde de pacientes com doenças crônicas (Alves, 2018).

Souza et al. (2017) avaliaram 176 pacientes que buscaram atendimentos odontológicos de urgência e o principal motivo da procura foi a dor de dente (90,7%) e, dentre estes, 79,5% afirmaram que estavam se automedicando. Esses dados aproximam-se dos dados da UBS Jardim Aeroporto, onde a queixa principal foi a dor de dente e 57% desses pacientes estavam se automedicando.

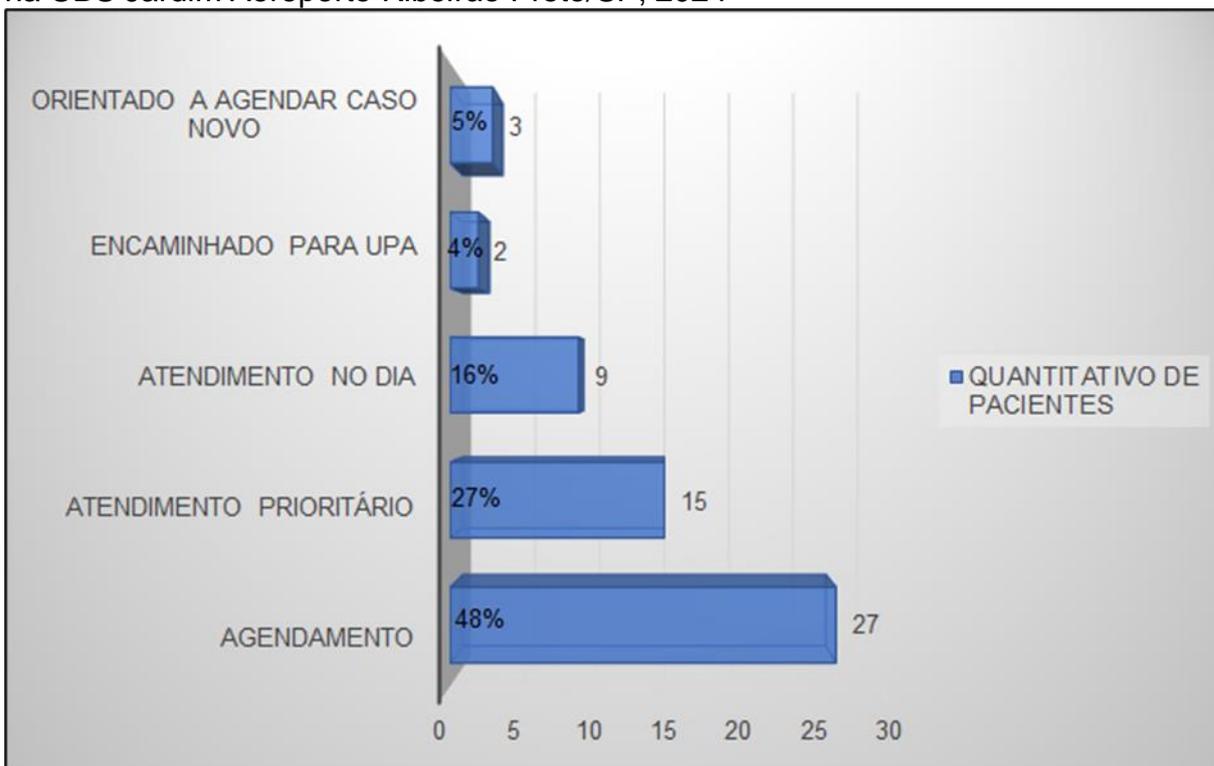
Em outro estudo, de Tamietti et al. (2012), aferiram 174 pacientes que buscaram serviço odontológico e, entre eles, 79,3% afirmaram que se automedicavam, 31,9% utilizaram medicamentos estocados em casa, inclusive, com antibióticos que normalmente restavam de outros tratamentos médicos e odontológicos. Como as medicações prescritas por médicos ou cirurgiões dentistas não devem sobrar, pode-se inferir que esses medicamentos não foram adequadamente utilizados.

A convicção de que os antibióticos são eficazes contra uma variedade de condições, como dores, febres e resfriados promove o uso inadequado desses medicamentos, resultando em danos tanto no nível individual quanto comunitário, pois favorece o desenvolvimento da resistência microbiana (Silveira, 2017).

Em relação à conduta tomada, na UBS Jardim Aeroporto, houve predomínio de agendamentos para 27(49%) pacientes e somente 2(4%) pacientes foram encaminhados para a UPA. (Gráfico 7)

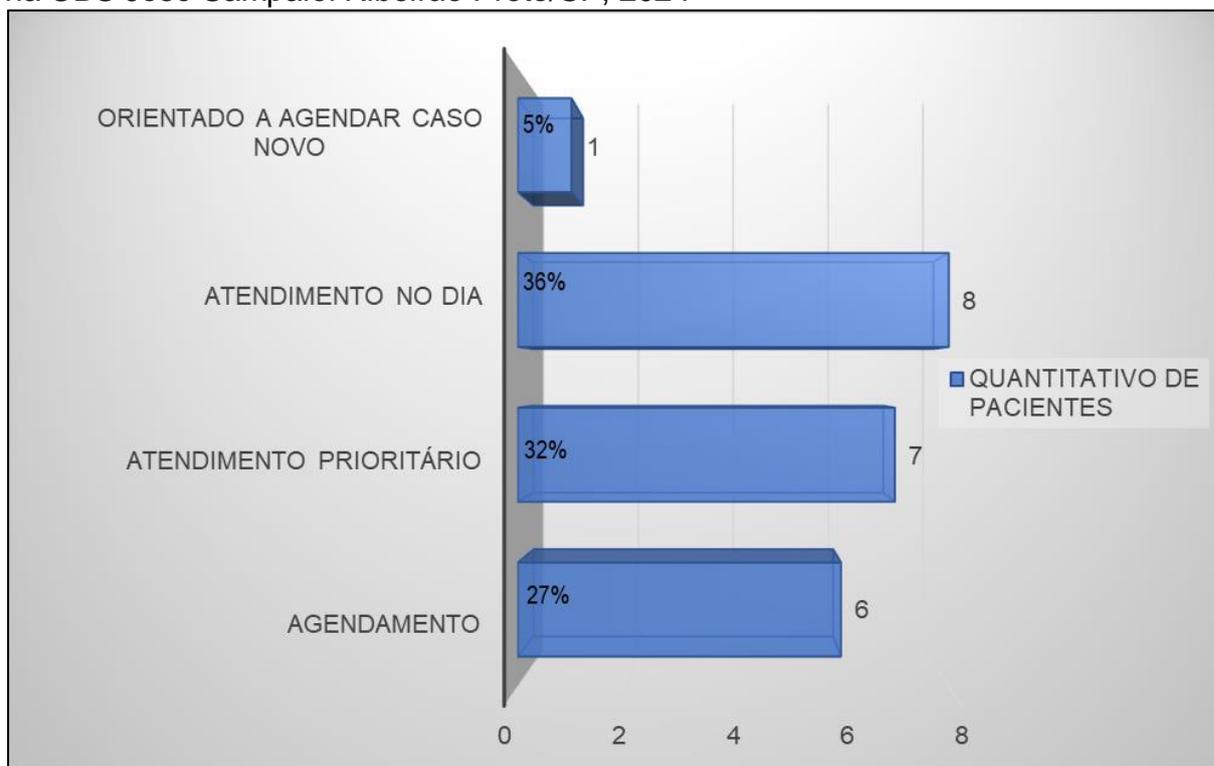
Na UBS José Sampaio, 08 (36%) pacientes tiveram atendimentos no dia e 7 (32%) atendimentos prioritários.

Gráfico 7 - Distribuição dos pacientes segundo a conduta tomada, após a avaliação, na UBS Jardim Aeroporto Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

Gráfico 8 - Distribuição dos pacientes segundo a conduta tomada, após a avaliação, na UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

A classificação de risco orientará o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, bem como o tempo em que essa indicação de conduta deverá ocorrer (Brasil, 2013a).

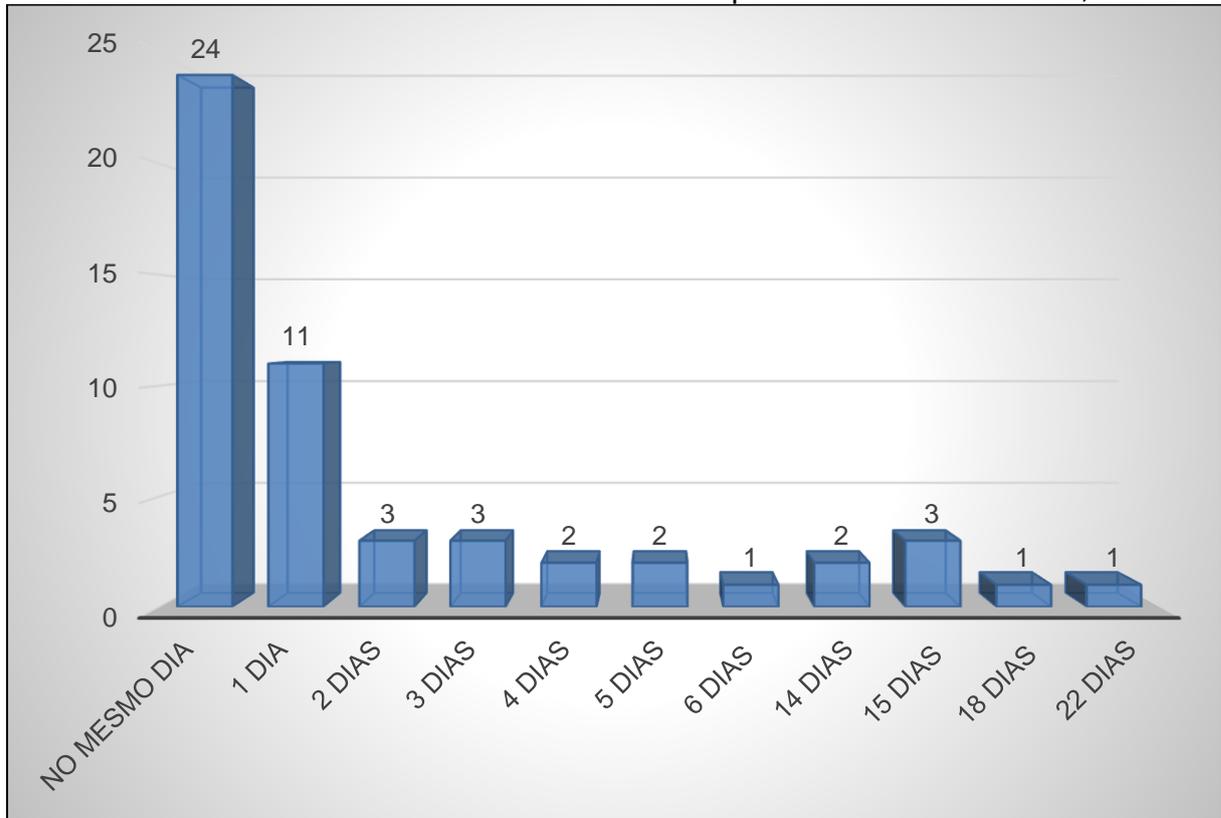
Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 28, volume II (Brasil, 2013b), as condutas, segundo a classificação de risco, incluem:

3. situação não aguda: cor classificatória azul - as condutas possíveis compreendem a orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade; agendamento de intervenções. Contudo, o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
4. situação aguda ou crônica agudizada (cor classificatória verde, amarela e vermelha).
 - 4.1 cor classificatória verde: este caso apresenta uma situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe.
 - 4.2 cor classificatória amarela (atendimento prioritário - risco moderado): necessita de intervenção rápida da equipe, devendo o tempo alvo da resposta ser no mesmo turno.
 - 4.3 cor classificatória vermelha (atendimento imediato - alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico.

Na UBS José Sampaio, houve predomínio para os atendimentos no dia, alguns casos classificados como azul foram atendidos no mesmo dia, porque neste dia havia disponibilidade para efetuar este atendimento em vaga de paciente faltoso.

O tempo decorrido da data do acolhimento até a data do atendimento também foi analisado. Na UBS Jardim Aeroporto, considerando o período total de coleta dos dados, 24 (45,3%) foram atendidos no mesmo dia; e somente 1 paciente não compareceu ao agendamento.

Gráfico 9 - Distribuição dos pacientes, de acordo com o tempo decorrido do acolhimento até o atendimento – UBS Jardim Aeroporto. Ribeirão Preto/SP, 2024



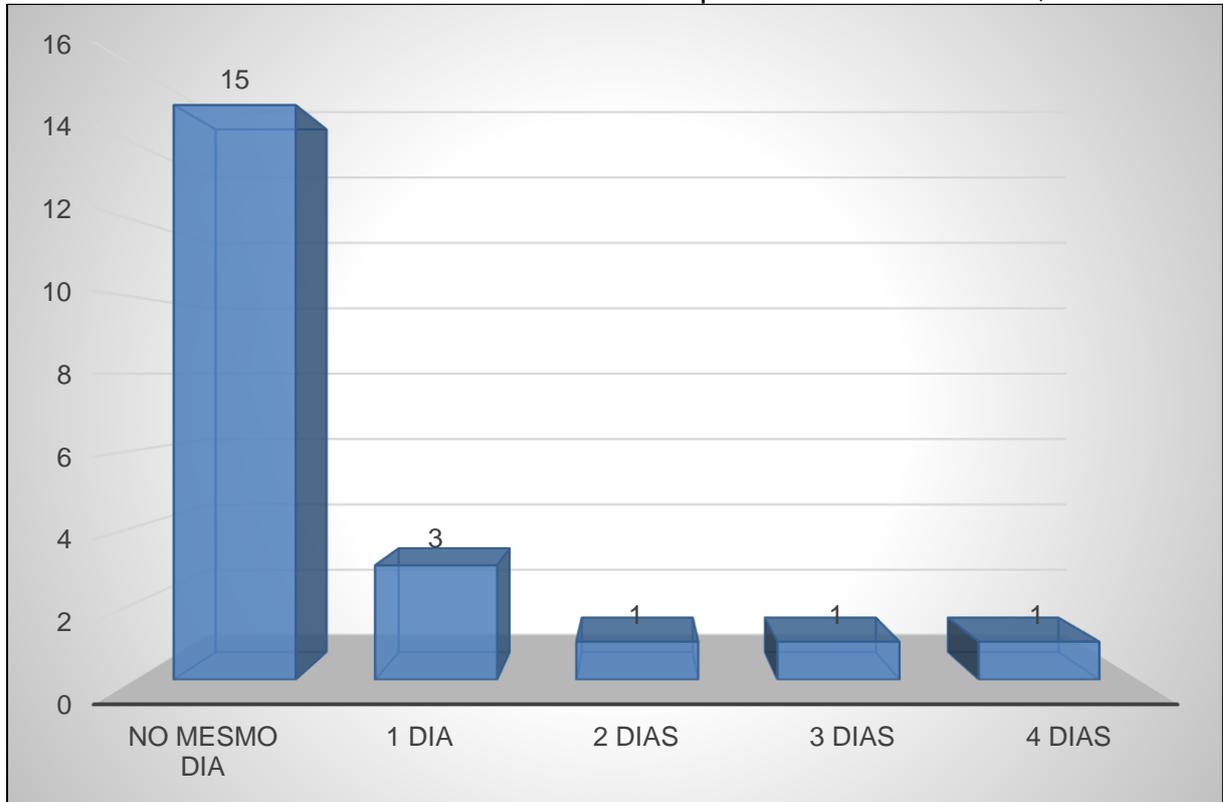
Fonte: Autoria Própria (2024)

Cabe comentar que na UBS Jardim Aeroporto, 03 pacientes que tiveram classificação verde (atendimento no dia) com queixa de dor intermitente, foram agendados para outros dias a saber: 01 caso para 3 dias, 01 caso para 5 dias e 01 caso para 18 dias. Esses pacientes aguardaram para serem atendidos em vaga de faltosos, pois a agenda já estava completa e já tinha sido acolhido 01 paciente com maior gravidade. Como não houve faltosos, foram agendados em vagas mais próximas; todos estavam tomando analgésicos na vigência de dor. Também foi oferecida a possibilidade de serem atendidos na UPA, no serviço de urgência odontológica, porém os pacientes preferiram ser agendados.

O atendimento à urgência odontológica em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma UPA porque no primeiro caso, a equipe tem conhecimento prévio da população e existe a possibilidade do retorno com a mesma equipe de saúde, estabelecendo vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual (Brasil, 2018). Dessa forma, normalmente, o usuário prefere ser atendido na própria unidade.

Na UBS José Sampaio, a maioria dos pacientes também foi atendida no mesmo dia 15 (71,4%) e todos compareceram à consulta agendada.

Gráfico 10 - Distribuição dos pacientes, de acordo com o tempo decorrido do acolhimento até o atendimento – UBS José Sampaio. Ribeirão Preto/SP, 2024



Fonte: Autoria Própria (2024)

Segundo a definição de acolhimento da PNH em 2010:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2010, p. 51).

A conduta na UBS do Jardim Aeroporto, quanto aos agendamentos para os pacientes com dor intermitente (classificação verde) não foi a preconizada, porém foi a possível e os pacientes tiveram uma resposta do serviço para seu atendimento.

Apenas um paciente da UBS Jardim Aeroporto não compareceu ao atendimento na data agendada. Ele tinha sido classificado como azul com queixa de dor leve e foi agendado para 5 dias. Verificando os dados do Hygia Web, constatou-se que ele foi atendido na UPA no mesmo dia; dado que leva a inferência que pode ter ocorrido uma subcategorização deste paciente, durante o acolhimento e classificação de risco.

Apesar da possibilidade de inferência supracitada, em ambas as Unidades de Saúde, demonstrou-se o vínculo das ASB's com os usuários por preferirem o agendamento e o comparecimento à consulta (mesmo a consulta sendo agendada para até 22 dias) para realizar o atendimento e dar continuidade aos cuidados em saúde bucal. Um acolhimento onde o trabalhador faz a escuta com uma postura humanizada, resgata a relação de confiança e atende de forma segura as necessidades daqueles que buscam os serviços de saúde (Matos; Mendes e Santana, 2016).

Em relação às questões abertas do questionário respondido pelas ASB's e CD's participantes do estudo, as informações resultantes das respostas dos participantes da pesquisa foram analisadas segundo Análise de Conteúdo, utilizando a técnica de categorização, proposta por Bardin (2011).

Os dados foram organizados em quatro temas centrais e identificadas suas categorias; aqui dispostos e apresentados em quadros para melhor visualização e entendimento. No Quadro 3, encontram-se as categorias referentes a cada tema.

Quadro 3 - Distribuição dos temas e categorias resultantes da análise de conteúdo das respostas às questões norteadoras, pelos participantes da pesquisa. Ribeirão Preto/SP, 2024

TEMAS	CATEGORIAS
3. A utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea odontológica, de acordo com sua experiência.	5. Instrumento bom. 6. Direcionamento dos pacientes. 7. Reconhecer e classificar as necessidades. 8. Organização da demanda.
4. Sugestão a acrescentar no instrumento.	4. Gestantes. 5. Aumentar a capacidade de atendimento. 6. Treinamento do avaliador.
1. Dificuldades no uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco.	5. Necessidade de uma pessoa para a função. 6. Falta de vagas de acolhimento. 7. Treinamento.
8. Vantagens do uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco.	3. Agendamento do paciente. 4. Melhora do fluxo de atendimento

Fonte: Autoria Própria (2024)

Em relação à utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea odontológica, na Tabela 1 estão apontadas as categorias que foram apresentadas no Quadro 3, com as frequências de citações pelos participantes da pesquisa e as respectivas porcentagens que representam; constatando-se que 100% dos participantes tiveram respostas positivas em relação ao instrumento e 75% deles ainda salientaram que seu uso direcionou os pacientes, de acordo com sua necessidade, e ofereceu um direcionamento ao atendimento do CD.

Tabela 1 – Categorias referentes à utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea odontológica, na perspectiva das ASB's e CD's participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2024.

Categorias	Participantes	Total
	Frequência	Porcentagem
Instrumento bom	4	100%
Direcionamento dos pacientes	3	75%
Reconhecer e classificar as necessidades	1	25%
Organização da demanda	1	25%

Nota: As porcentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias e não a partir do número de participantes.

Fonte: Autoria própria (2024)

A experiência positiva, relatada pelos participantes da pesquisa, em relação ao uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco odontológico, corrobora o descrito na Portaria 2048, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) e também ratificado no Protocolo de Acolhimento com classificação de risco e Política Municipal de Humanização da Prefeitura de São Luís do Maranhão por Servin et al. (2012, p. 5), ao salientarem que:

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização.

Neste sentido, o instrumento de acolhimento pode ser uma ferramenta de apoio à equipe, e possibilita a humanização no atendimento ao paciente/usuário, pois Servin et al. (2012, p. 5) ainda acrescentam no Protocolo de Acolhimento com classificação

de risco e Política Municipal de Humanização da Prefeitura de São Luís do Maranhão que este instrumento

[...] possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo.

A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

Com relação à organização da demanda como categoria, o estudo de Osanan (2019) confirma que o protocolo de acolhimento com classificação de risco mostrou-se válido para este fim, como relatado pelo participante deste estudo.

Quanto a sugestão de acréscimos de conteúdos no instrumento, na Tabela 2, estão identificadas as categorias, segundo as respostas dos participantes da pesquisa, considerando as frequências de citações pelos participantes da pesquisa e as respectivas porcentagens que representam; observando-se que 50% dos participantes apontam preocupações com as gestantes.

Tabela 2 - Categorias alusivas às sugestões de acréscimos no instrumento da pesquisa, de acordo com as ASB's e CD's participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2024

Categoria	Participantes	Total
	Frequência	Porcentagem
Gestantes	2	50%
Não	2	50%
Aumentar a capacidade de atendimento	1	25%
Treinamento da ASB	1	25%

Nota: As porcentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias e não a partir do número de participantes.

Fonte: Autoria própria (2024)

O instrumento de acolhimento e classificação de risco odontológico é um norteador para as principais manifestações clínicas trazidas pelos usuários, porém julgamos ser fundamental contemplar as vulnerabilidades dos usuários. As gestantes devem ser consideradas como um grupo prioritário para a atenção odontológica, considerando diversos fatores, como apontam Rigo et al. (2016 apud Santos e Pereira, 2020): podem apresentar algumas alterações bucais próprias do período

gestacional, podem ter necessidades bucais acumuladas que comprometem a saúde materna e do bebê, devem ser alvo de programas de educação em saúde porque elas influenciam os hábitos alimentares e de higiene da família e por frequentarem sistematicamente os serviços de saúde nesse período, não abordá-las seria uma oportunidade perdida.

Além disso, o Ministério da Saúde estabeleceu um novo modelo de financiamento da APS e um dos indicadores de pagamento por desempenho é voltado para o atendimento odontológico em gestantes (Brasil, 2022). Dessa forma, a sugestão de incluir o pré-natal odontológico como conteúdo do instrumento de acolhimento e classificação de risco é válida e será inserida no protocolo proposto.

O aumento da capacidade de atendimento pontuada como sugestão permite a inferência que essa capacidade de cuidado está insuficiente. O Ministério da Saúde preconiza uma equipe de saúde bucal para cada 3000 a 4000 habitantes e, nas duas Unidades pesquisadas, a cobertura está menor. A UBS Jardim Aeroporto tem uma população estimada de 16.103 habitantes e conta com 2 CD's e 2 ASB's, resultando em aproximadamente 8000 habitantes para cada dupla de profissionais. Na UBS José Sampaio, a população estimada é de 16.580 habitantes, possui 3 CD's e 3 ASB's o que daria aproximadamente 5.500 habitantes para cada dupla de profissionais. Vale ressaltar que como as 02 Unidades citadas não são Estratégia de Saúde da Família, mas sim UBS's, a população adscrita não é dividida por equipe.

Considerando a categoria que o participante cita o treinamento da ASB, de acordo com o Conselho Federal de Odontologia - CFO, na Resolução CFO 63/2005, capítulo V, artigo 20, faz parte das atribuições da ASB o acolhimento nos serviços de saúde bucal; entretanto é necessária capacitação para o acolhimento com classificação de risco. Ainda se ressalta que o desenvolvimento de ferramentas para avaliar a acurácia dos profissionais em relação aos protocolos, contribui para a segurança do paciente (Oliveira et al., 2013).

Com referência às dificuldades no uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco, na Tabela 3 estão apresentadas as categorias, as frequências de citações pelos participantes da pesquisa e as respectivas porcentagens que representam; observando-se que 50% dos participantes indicam o treinamento.

Tabela 3 - Categorias referentes às dificuldades frente ao uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco, de acordo com as ASB's e CD's participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2024

Categoria	Participantes	Total
	Frequência	Porcentagem
Necessidade de uma pessoa para a função	1	25%
Falta de vagas de acolhimento	1	25%
Treinamento	2	50%

Nota: As porcentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias e não a partir do número de participantes.

Fonte: Autoria própria (2024)

No que diz respeito à necessidade de uma pessoa específica para a função de acolhimento e classificação de risco, observa-se novamente a percepção dos profissionais participantes de uma deficiência na equipe para atender à demanda, o que, neste caso, gera uma sobrecarga de trabalho. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2018), o acolhimento dos usuários, com a realização de escuta qualificada das necessidades de saúde e avaliação com classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos, são atribuições que todos os profissionais de saúde que atuam na APS podem realizar. Entretanto, os serviços de saúde podem requerer a necessidade de um grupo de profissionais preparados para promover o primeiro contato com o usuário e identificar sua demanda (Brasil, 2009). Funções como essas são designadas ao TSB e ASB, que realizam o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal (Brasil, 2018).

Lima et al. (2019) relataram uma experiência em que o acolhimento em saúde bucal pôde ser realizado por qualquer profissional do serviço. Para isso, a equipe de saúde bucal realizou matriciamento com enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, médicos, profissionais de educação física, auxiliares de saúde bucal, recepcionistas e agentes comunitários de saúde, a fim de qualificar a escuta do usuário. Durante o matriciamento, foram apresentadas situações bucais e instruído como os profissionais podem investigar a queixa do usuário para realizar a classificação da melhor maneira possível. Os autores concluíram que a organização do acolhimento integrado foi possível devido à articulação de todos os trabalhadores da Unidade de Saúde. O empenho e o engajamento de todos os profissionais de saúde para a identificação dos sinais de alerta para a saúde bucal podem diminuir a sobrecarga de trabalho.

O empenho e o engajamento de todos os profissionais de saúde para a identificação dos sinais de alerta para a saúde bucal podem diminuir a sobrecarga de trabalho.

Quanto à falta de vagas de acolhimento, o maior desafio seria compreender a demanda para o replanejamento do serviço buscando a incorporação de novos conhecimentos/produtos ou objetos (Warmling; Baldisserotto e Rocha, 2019).

Nas duas Unidades de Saúde pesquisadas é feito um trabalho preventivo com a clínica de bebês, grupo de gestantes, campanha de prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal e, anualmente, uma ação coletiva e educativa nas escolas. Observa-se que falta implantar um grupo de saúde bucal, como preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2018), espaço coletivo onde são realizadas atividades educativas e de promoção à saúde, contribuindo para a autonomização do usuário, abarcando desta forma, todos os usuários.

Outro fator que seria importante ser corrigido é o déficit de CD's e ASB's. A Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto está vivenciando, no momento, uma diminuição do quadro de recursos humanos, devido ao grande número de aposentadorias do seu quadro de trabalhadores efetivos e da não reposição imediata dos mesmos (Ribeirão Preto, 2021).

O treinamento é uma categoria que é reiterada pelas participantes do estudo, como ocorreu nas sugestões de acréscimos no instrumento da pesquisa; entretanto, neste momento, apresentado como uma dificuldade quando ponderam o uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco; evidenciando a necessidade da capacitação de ASB's em relação ao acolhimento e classificação de risco.

O Ministério da Saúde preconiza a capacitação técnica dos profissionais para a atividade de acolhimento com classificação de risco para os serviços de urgência (Brasil, 2009).

Em 2015, Ribeirão Preto implantou um Protocolo de Acolhimento da demanda espontânea nas Unidades de Saúde da APS. Além disso, foi criado um instrumento norteador para coleta e registro dos dados de acolhimento, com oficinas para capacitação das equipes. Este protocolo, no entanto, não contempla a saúde bucal.

A implantação de um instrumento de acolhimento com classificação de risco para a saúde bucal, demandaria um treinamento para a equipe, que já o faz, mas de maneira diversa nas Unidades de Saúde.

Na Tabela 4 estão apresentadas as categorias, as frequências de citações pelos participantes da pesquisa e as respectivas porcentagens que representam; ao levantarmos as “vantagens do uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco”, notando-se que 75% dos participantes afirmam que a utilização do documento

em questão leva à melhora do fluxo de atendimento da demanda espontânea em saúde bucal, nas unidades pesquisadas.

Tabela 4: Categorias relativas às vantagens do uso do instrumento de acolhimento e classificação de risco, segundo as ASB's e CD's participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2024

Categoria	Participantes	Total
	Frequência	Porcentagem
Agendamento do paciente	1	25%
Melhora do fluxo de atendimento	3	75%

Nota: As porcentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias e não a partir do número de participantes. **Fonte:** Autoria própria (2024)

Com relação à melhora do fluxo de pacientes, Servin et al. (2012) confirmam que a Classificação de Risco deve ser um instrumento para organizar o fluxo de pacientes, como relatado pelos participantes deste estudo.

Ainda segundo Servin et al. (2012), um dos objetivos da classificação de risco é funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, corroborando o relato de um participante que aponta como uma vantagem, a possibilidade de fazer o agendamento dos pacientes, de acordo com a classificação de risco.

CONCLUSÃO e CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, pode-se afirmar que a implementação do instrumento de acolhimento e classificação de risco para a demanda espontânea nos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde demonstrou ser uma ferramenta útil e eficaz. Revelou-se instrumento que contribuiu para a organização do fluxo de pacientes, melhorando a eficiência do atendimento e permitindo uma identificação mais precisa das necessidades dos usuários.

Mesmo após vinte anos da criação da Política Nacional de Saúde Bucal, ainda existem desafios como a demanda reprimida, o déficit de profissionais atuando na área odontológica na atenção primária e a capacitação insuficiente dos profissionais que estão na prática cotidiana. No entanto, a utilização do instrumento mostrou-se uma solução viável para enfrentar alguns desses desafios, promovendo um

atendimento mais humanizado e resolutivo; especialmente, após a capacitação realizada por meio do material instrucional criado para este fim, no presente estudo.

A pesquisa evidenciou que a utilização deste instrumento foi bem aceita pelas equipes odontológicas participante do estudo e a experiência positiva, relatada pelos profissionais, corrobora a importância de ferramentas que promovam a melhoria de acesso e a humanização a no atendimento. Não obstante, para que os benefícios sejam amplamente percebidos, é essencial que haja um investimento contínuo na capacitação das equipes e na adequação da estrutura dos serviços de saúde.

Uma das principais limitações deste estudo foi a realização do piloto em duas UBS's do município de Ribeirão Preto, o que pode não representar a realidade de outras unidades de saúde, com diferentes características demográficas e estruturais. Outrossim, evidenciou-se a dificuldade de implantar a pesquisa na prática diária de atendimento devido à resistência inicial dos profissionais e à necessidade de ajustes no fluxo de trabalho.

Para aprofundar os conhecimentos e expandir os benefícios observados neste estudo, sugere-se que pesquisas futuras explorem:

- Conduzir pesquisas longitudinais para monitorar os impactos em longo prazo da utilização do instrumento de acolhimento e classificação de risco.
- Propor a criação de grupos de saúde bucal para a população, com enfoque na prevenção, sensibilização e na conscientização dos aspectos referentes à prevenção, diagnóstico e tratamento das condições e doenças que podem afetar a cavidade oral.
- Elaborar e implementar programas contínuos de capacitação para a equipe de saúde bucal, visando aprimorar as habilidades de acolhimento e classificação de risco.

Essas sugestões visam fortalecer o sistema de saúde bucal na atenção primária, promovendo um atendimento mais eficiente, equitativo e humanizado à população, por profissionais da área que participem de processos de educação permanente em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, W.A. et al. Automedicação frente à odontalgia: revisão de literatura. **Revista Saúde & Ciência Online**, Campina Grande, v. 7, n. 3, p 77-89, 2018. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/143>. Acesso em: 17 abr. 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica, nº 28, volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume II. Brasília, Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Análise de Impacto regulatório: as dificuldades de implementação do atendimento odontológico como etapa de rotina das consultas de pré-natal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Relatório.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1 de julho de 2017. **Área territorial brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

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**. 2011. 73f. Tese (Tese de doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LIMA, A.I.C. et al. Contribuições da saúde bucal para o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família. **Journal of Public Health**, Salvador, v.10, n. 2, p. 118-124, dez., 2019. doi: 10.17267/2596-3368dentistry.v10v2.2474

MARTINS, E. P.; OLIVEIRA, O. R. de; BEZERRA, S. R. S.; DOURADO, A. T. Estudo epidemiológico de urgências odontológicas da FOP/UPE. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, Passo Fundo, v. 19, n. 3, p.316-322, set. / dez. 2014.

MATOS, P. E. S.; MENDES, H. J.; SANTANA, M. L. Acolhimento aos usuários do serviço de Odontologia de uma universidade pública. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 4, p. 85–94, 2016. DOI: 10.30979/rev.abeno.v16i4.304. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/304>. Acesso em: 21 abr. 2024.

MAZZILLI, L. E. N. **Urgência odontológica e prevalência da automedicação na população economicamente ativa de uma micro-área da cidade de São Paulo**. 2008. 143f. Tese (Tese de Doutorado). Faculdade de odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MINAYO, M.C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, G. N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 500-506, mar./abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TKTKNvB4Fcm7fnhLTktcttg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2024.

OSANAN, S. S. **Construção, validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde**. 2019. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

PADILHA, L. S. **Processo de implantação do acolhimento com classificação de risco no setor de urgências da clínica de odontologia da UEM**. 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Integrada) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. **Acolhimento da demanda espontânea na atenção básica**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal, 2019.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025**. Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2021.

SANCHEZ, T. P.; BORCHARDT, D.; TRIBIS, L. Atendimento equânime à demanda espontânea odontológica através da caracterização e implantação da classificação de risco por cores, régua da dor e gestão longitudinal da clínica na Unidade Básica de Saúde Jardim das Palmas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2756-2756, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2756>. Acesso em: 8 jul. 2022.

SANTOS, C. G.; PEREIRA, D. P. C. A importância da odontologia no cuidado da gestante: revisão de literatura. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 14, n. 50, p. 1212-1230, 2020. ISSN 1981-1179.

SERVIN, S. C. N. *et al.* **Protocolo de Acolhimento com classificação de risco e Política Municipal de Humanização da Prefeitura de São Luís do Maranhão**. Prefeitura São Luís do Maranhão. São Luís do Maranhão, Maranhão, 2012.

SILVEIRA, L. S. da. **Automedicação e prescrição medicamentosa em serviços públicos de atendimento de urgência odontológica**. 2017. 109 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas: Farmacologia e Terapêutica) – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SOUZA, C. S.; et al. A frequência de automedicação por pacientes em atendimento odontológico de urgência na atenção básica. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria/RS, v. 43, n. 3, 2017. DOI: 10.5902/2236583423194. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/23194>. Acesso em: 14 abr. 2024.

TAMIETTI, M. B. et al. Fatores associados à automedicação em um serviço brasileiro de emergência odontológica. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 65-69, jan./ mar., 2012.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3615-3624, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>. Acesso em: 6 jul. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Organização de Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016.

VASCONCELOS, M; GRILLO, M. J.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, Minas Gerais, 2009.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. da. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu/SP, v. 23, p. e180398, 2019.

APÊNDICE IX

PRODUTO 3

Instrumento de Acolhimento e Classificação de Risco Odontológico

Patrícia Chiareli Ferreira
Sílvia Sidnéia da Silva

RIBEIRÃO PRETO
2024

Instrumento de Acolhimento e Classificação de Risco Odontológico - proposta

(Preenchimento pelas ASB's)

Informações do Paciente

- Nome: _____
- Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____
- Hygia: _____ Telefone: _____
- Data: ____/____/_____
- Tomou alguma medicação: Sim Não
- Qual? _____

Queixa Principal

(Selecione uma das opções abaixo)

5. Vermelho: Emergência odontológica (atendimento imediato)

- Hemorragias menores (controláveis em ambulatório)
- Traumatismo alvéolo dentário (fraturas dentárias com exposição pulpar, luxação lateral, luxação extrusiva, luxação intrusiva e avulsão, ocorridos há menos de 2 horas)
- Dor espontânea e intensa (que não responde à medicação)
- Tumefação relacionada a infecções de tecido mole (edemas, celulites, abscessos)
- Complicações de infecções odontogênicas com comprometimento sistêmico (tumefação extensa na região cervical, dor, febre, trismo, dificuldade para falar ou engolir)
- Luxação da ATM
- Outros: _____

6. Amarelo: Urgência (atendimento prioritário, no mesmo período)

- Dor intermitente (intensa, mas que tem períodos de acalmia)
- Traumatismos menores (fraturas dentárias sem exposição pulpar/ocorrido há várias horas)
- Outros: _____

7. Verde: Pouco Urgente (atendimento no dia)

- Dor leve fugaz
- Lesão bucal
- Pacientes com perda estética importante com limitações sociais
- Pré-natal odontológico

Paciente com condições ou fatores que aumentam o risco de sofrerem problemas de saúde, bem como enfrentarem dificuldades em acessar serviços de saúde adequados, caracterizando vulnerabilidade.

Outros: _____

8. Azul: Não Urgente (Atendimento programado)

Fratura de restauração

Exodontia de decíduos com retenção prolongada

Outros: _____

Conduta

- _____
- _____

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do profissional: _____