



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA

**Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de
Odontologia de Araçatuba FOA/UNESP.**

DIEGO GARCIA DINIZ

**Acolhimento em saúde bucal: ferramenta facilitadora na
organização do acesso às ações em odontologia no serviço público**

ARAÇATUBA-SP

2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA

**Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de
Odontologia de Araçatuba FOA/UNESP.**

DIEGO GARCIA DINIZ

**Acolhimento em saúde bucal: ferramenta facilitadora na
organização do acesso às ações em odontologia no serviço público**

**Tese apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Araçatuba, para obtenção do
título de “Doutor” em Odontologia
Preventiva e Social.**

Orientador: Prof^o Dr Artênio José Ísner

ARAÇATUBA-SP

2012

Catálogo na Publicação (CIP)

Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

D585a Diniz, Diego Garcia.
Acolhimento em saúde bucal: ferramenta facilitadora na organização do acesso às ações em odontologia no serviço público : acolhimento em saúde bucal / Diego Garcia Diniz. - Araçatuba :[s.n.], 2012
71 f. : il. ; tab. + 1 CD-ROM

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Orientador: Prof. Dr. Artêmio José Ísper Garbin

1. Acolhimento 2. Serviços de saúde bucal 3. Odontologia em saúde pública 4. Saúde da família
Único de Saúde 4. Privatização 5. Escolas para Profissionais de saúde

Black D5
CDD 617.601

Dados Curriculares

Nascimento: 08.06.1984 – Dracena/SP.

Filiação: Mário Luiz Diniz
Dolores Garcia Diniz

2002/2005: Curso de Graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Araraquara– UNESP.

2007/2008: Curso de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, nível de Mestrado, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

2009/2012: Curso de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, nível de Doutorado, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

Dedicatória

Dedicatória

Dedico este trabalho:

A **Deus**, por ter me garantido serenidade, paciência e Perseverança; guiando-me por caminhos desafiadores, porém, seguros. Agradeço a cada vitória pois só Tu és digno de toda honra, glória e louvor. Senhor, obrigado pelo fim de mais uma etapa.

Aos meus queridos pais, **Dolores Garcia Diniz e Mário Luiz Diniz**,
pela capacidade de acreditar e investir em mim.

Mãe, seu cuidado e dedicação foram fundamentais para manter
minha confiança em seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza
de que não estou sozinho nesta caminhada.

Aos meus irmãos **Daniel Garcia Diniz e Francis Garcia Diniz**,
pela felicidade de tê-los como irmãos, por saber que nossa ligação e
amizade têm laços inquebráveis. A distância e o tempo
nunca irão nos separar, vocês fazem parte do meu coração!

Aos meus **avós, tios, primos e toda família**, pelo imenso
amor, companheirismo, incentivo e carinho que sempre
me estimularam.

À minha namorada **Valéria Mendes**, companheira e amiga de todas
as horas, pelos estímulos que me impulsionaram a buscar
vida nova a cada dia. Obrigado pelo amor e paciência. Com você
foi mais fácil transpor os obstáculos dessa trajetória.

Diego Garcia Diniz

Aos amigos da **Unidade de Saúde da Família Dr. Carlos Alberto Amorim**,
que cruzaram em minha vida, participando na construção
e realização deste tão desejado sonho.

Agradecimentos
Especiais

Agradecimentos Especiais

Abençoados os que possuem amigos, os que os têm sem pedir.

Porque amigo não se pede, não se compra, nem se vende.

Amigo a gente sente!

(Machado de Assis)

Ao meu orientador **Prof Dr Artênio José Ísper Garbin**, pela sua orientação, ensinamentos transmitidos, competência e confiança a mim depositada.

À **Profa Dr^a Cléa Adas Saliba Garbin**,
por toda a paciência, carinho, incentivo e confiança depositada em mim. Nossa convivência foi essencial para meu amadurecimento científico, humano e profissional. Muito obrigado pela dedicação e disposição em sempre ajudar.

À **Profa Dr^a Suzely Adas Saliba Moimaz**, expoente no ensino e pesquisa. Agradeço pelas oportunidades oferecidas. Suas qualidades como professora, pesquisadora e ser humano fizeram aumentar ainda mais minha admiração e estima.

À **Profa Dr^a Nemre Adas Saliba** pelo pioneirismo, coragem e luta ao constituir o Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, que proporcionou a mim uma formação privilegiada e segurança para atuação na área de Saúde Pública.

À amiga **Denise Piccini Lopes e toda a equipe de coordenação de saúde bucal** da Prefeitura de Sorocaba que me presentearam com a gratuidade de suas amizades dedicando seus tempos e trabalhos para que esse meu sonho se realizasse.

Agradecimientos

Agradecimentos

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, nas pessoas do seu Diretor **Profa. Dra Ana Maria Pires Soubhia** e Vice-Diretor **Profa. Dra. Wilson Roberto Poi**, por proporcionar todo o apoio institucional para a realização desta pesquisa.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, **Prof Dra Cléa Adas Saliba Garbin** e à vice-coordenadora, **Profa Dra Suzely Adas Saliba Moimaz**, pelo excelente trabalho desempenhado, fruto de amor e dedicação ao referido programa.

Aos demais professores do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, **Orlando Saliba, Renato Moreira Arcieri, Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld, Tânia Adas Saliba Rovida, Dóris Hissako Sumida, Ana Cláudia Okamoto, Ana Paula Dossi, Ronald Jefersson Martins** pela amizade e colaboração generosas. Sempre receptivos, o auxílio em meu crescimento pessoal e profissional foram inestimáveis.

Aos alunos da minha turma do Curso de Mestrado e Doutorado em Odontologia Preventiva e Social, **Fernando Yamamoto Chiba, Tatiana de Freitas Barbosa, Thaís Jaqueline Vieira de Lima, Luiz Fernando Lolli, Fabiano Tonaco Borges, Najara Barbosa Rocha, Ana Carolina da Graça Fagundes Freire, Gabriella Barreto Soares, Milene Moreira Silva, Rosana Leal do Prado, Renata Reis dos Santos, Daniela Pereira Lima**, minha eterna amizade.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, **Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza e Valderez Freitas Rosa**, pelos bons momentos vividos e pela forma prestativa com que sempre me receberam.

A todos os funcionários e estimados amigos da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, **Ana Claudia GriegerManzatti, Cláudio Hideo Matsumoto, Cláudio Marciel Júnior, Fernando Fukunishi, Ivone Rosa de Lima Munhoz, Izamar da Silva Freitas, Luzia Anderlini e Maria Cláudia de Castro Benez**, pela atenção e eficiência com que sempre me atenderam.

À funcionária da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, **Valéria Queiroz Marcondes Zagatto**, pelo excelente trabalho, atenção dispensada, grande disposição em atender e ótimo relacionamento.

Minha sincera gratidão, hoje e sempre!

Επίγραφε

*"Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos
pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem
pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são
pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles"*

Augusto Cury

Resumo

Diniz DG. **Acolhimento em saúde bucal: ferramenta facilitadora na organização do acesso às ações em odontologia no serviço público.** [tese] - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba 2012.

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa-ação foi propor um modelo de acolhimento odontológico (ACO) na estratégia de saúde da família e verificar, na prática, sua utilização como ferramenta facilitadora na organização do acesso aos serviços de saúde bucal. O ACO foi elaborado com foco na reorganização da atenção ao público da demanda espontânea, visando o atendimento de todos os usuários, com o estabelecimento de fluxos e protocolos nos processos de trabalho e de parâmetros de continuidade de tratamento aos pacientes. Num período de 12 meses antes e após a implantação do ACO, foram avaliadas as variáveis referentes às características dos atendimentos realizados, ao perfil da população atendida e à produtividade das equipes de saúde bucal. Os resultados demonstraram que, os atendimentos no ACO, foram, na sua maioria, de usuários que nunca haviam sido atendidos antes na unidade. Os adultos foram a faixa etária predominante. A dor dentária foi a queixa mais citada, sendo a cárie, o principal motivo diagnosticado. Observou-se um agravamento nos riscos de saúde bucal na população atendida nas consultas programadas após a implantação do ACO, em virtude da facilitação do acesso e das medidas de continuidade adotadas. A implementação de fluxos e protocolos possibilitou o aumento da produtividade das equipes. Concluiu-se que o modelo proposto atuou como uma importante porta para a organização do acesso, permitindo a identificação de indivíduos e grupos com maior vulnerabilidade, o que possibilitou um aperfeiçoamento no planejamento, na organização e na implantação de estratégias imediatas de ações em saúde bucal, com tendência ao desenvolvimento de um trabalho mais equânime e universal na localidade.

Palavras-Chave: Acolhimento. Serviços de saúde bucal. Odontologia em saúde pública. Saúde da família.

Abstract

Diniz DG. **Dental user embracement: facilitating tool in the organization of access and actions to dental public services** [thesis]. Araçatuba: UNESP – São Paulo State University; 2012.

ABSTRACT

The aim of this action research was to propose a model of dental user embracement (DUE) in the family health strategy and verify, in practice, its use as a tool to help the organization of access to oral health services. The DUE was based on the reorganization of the public's spontaneous demand to meet all users, with establishments fluxes and protocols in the work process and continuity parameters of treatment. In a 12-month period before and after the implementation of the DUE, the variables were assessed regarding the characteristics of dental care, the profile of the population attended and the productivity of oral health teams. The results demonstrated that the DUE were in attendance, mostly from users who never receive dental care on the unit. The adults were the main age group. The tooth pain was the most often cited complaint being, the caries, the main reason diagnosed. It was observed a worsening in the risk of oral health in the population attended in the consultations scheduled after the implementation of DUE, because of easier access and continuity of the measures adopted. The implementation of fluxes and protocols improved the productivity of teams. It was concluded that the proposed model has served as an important gateway to the organization of access, allowing the identification of people and groups with greater vulnerability, allowing an improvement in the planning, organization and implementation of strategies for immediate actions on oral health with tendency to the development of a work more equitable and universal in locality.

Keywords: User embracement. Dental health services. Public health dentistry; Family health.

Listas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do modelo de ACO. Sorocaba, 2011.	41
Figura 2 - Ficha de avaliação do modelo de ACO proposto. Sorocaba, 2011.	41
Figura 3 - Pirâmide etária da população da área de abrangência da USF. Sorocaba, 2011.	44
Figura 4 - Divisão territorial da área de abrangência da USF por Equipe de Saúde da Família. Sorocaba, 2011.	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes atendidos segundo faixa etária pelo ACO. Sorocaba, 2011.	46
Tabela 2 - Características dos atendimentos realizados no ACO, segundo faixa etária. Sorocaba, 2011.	47
Tabela 3 - Características dos atendimentos realizados no ACO para indivíduos que acessaram o serviço odontológico pela 1ª vez na USF selecionada. Sorocaba, 2011.	48
Tabela 4 - Análise comparativa da produção da assistência odontológica prestada 12 meses antes e após a implantação do Acolhimento Odontológico. Sorocaba, 2011.	49

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Classificação quanto ao risco de cárie dentária individual para pacientes atendidos em 1ª consulta odontológica programática. Sorocaba, 2011. 39
- Quadro 2** - Classificação quanto ao risco para doença periodontal individual em pacientes atendidos em 1ª consulta odontológica programática. Sorocaba, 2011. 39
- Quadro 3** - Nota estabelecida, de acordo com a condição encontrada nos pacientes, para a definição da necessidade e da conduta pós-atendimento no ACO. Sorocaba, 2011. 42
- Quadro 4** - Comparação percentual quanto ao risco de cárie e doença periodontal, segundo faixa etária, Antes (I) e Após (II) a implantação do ACO, em relação aos pacientes atendidos em 1ª consulta odontológica programada. Sorocaba, 2011. 50

LISTA DE ABREVIATURAS

ACO	Acolhimento odontológico
ACS	Agente comunitário de saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESB	Equipe de saúde bucal
ESF	Estratégia de saúde da família
GIL	Gerenciador de Informações Locais
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização – HUMANIZA-SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

SUMÁRIO

1 Introdução	28
2 Revisão da Literatura	31
3 Objetivo	36
4 Material e Método	38
5 Resultado	44
6 Discussão	52
7 Conclusão	58
8 Referências	60
Anexos	64

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A atenção em saúde bucal no Brasil avançou consideravelmente nas últimas décadas, fruto de iniciativas importantes advindas das políticas públicas que propiciaram a diminuição do número de municípios sem recursos de assistência odontológica, o fortalecimento da saúde bucal na atenção básica, a implantação de programações específicas, segundo ciclo de vida e contexto social, a expansão da fluoretação das águas de abastecimento público, o financiamento regular de recursos do Fundo Nacional de Saúde para programas de aplicação tópica de flúor e de escovação dental supervisionada, além da elaboração e publicação da primeira Política Nacional de Saúde Bucal em 2004.¹ Entretanto, o acesso à assistência em saúde bucal de forma equânime e universal ainda permanece como um dos grandes desafios a ser enfrentado na estrutura de atenção primária à saúde no âmbito público.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 apontam que cerca de 20 milhões de brasileiros (11% da população) nunca foram ao dentista. Desses indivíduos, 83% são pertencentes à classe com rendimento mensal domiciliar per capita menor do que um salário mínimo, ou seja, grupos possivelmente dependentes do sistema público para o atendimento.² Não há dúvidas de que a consequência dessa situação impacta negativamente nos resultados dos indicadores epidemiológicos brasileiros em saúde bucal.³

Ações no sentido de se efetivar uma política ampla capaz de reduzir desigualdades sociais no acesso, no processo do cuidado e na avaliação dos resultados epidemiológicos da área odontológica devem ser implementadas.⁴ A inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem-se mostrado promissora, por meio da reorientação do processo de trabalho e da própria atuação da saúde bucal na esfera dos serviços de saúde proporcionando respostas às demandas da população e ampliando o acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, através de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.⁵ Esse modelo, atualmente, conta com a adesão de 96% dos municípios brasileiros, cobrindo cerca de 101 milhões de pessoas, totalizando aproximadamente 32000 Equipes de Saúde da Família e 22000 ESB.⁶

A construção e a consolidação das ações propostas pela ESF, baseadas nas peculiaridades do sistema público, geram dificuldades. Uma delas reside na sua própria característica de implantação e atuação, concentrando suas atividades em áreas consideradas de maior risco ou mais carentes de atenção, regiões onde os indicadores se mostram mais negativos, o que não é diferente para a saúde bucal.⁷ Nessas áreas é frequente o fato das equipes se depararem com um

considerável contingente populacional carente de práticas, incluídas as de saúde bucal, dificultando a capacidade em proporcionar acesso adequado e “oferta organizada” aos serviços. Nesse contexto, a livre demanda ou demanda espontânea, caracterizada por pessoas que buscam o atendimento por sua auto percepção ou por alguma intercorrência clínica continuam sendo um fator considerável dentro da organização de um sistema de saúde local.⁸

O Acolhimento, processo de trabalho em saúde que visa adequar a operacionalização das ações de forma a garantir o acesso de todos os usuários que procuram o serviço, otimizando seu funcionamento, buscando prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização sob parâmetros humanitários, surge como uma ferramenta importante para o enfrentamento de tal situação.⁹ Todavia, a inclusão do acolhimento, exige da equipe multiprofissional, o estabelecimento de protocolos para a correta conduta profissional frente às dificuldades dos usuários. Dessa forma essa ferramenta, torna-se um ponto de partida para a organização do processo de trabalho, considerando-se que, a partir de sua implementação, aperfeiçoam-se as capacidades produtivas da equipe multiprofissional.⁴

No Brasil tem-se observado a existência de poucos estudos na área de avaliação de processos de trabalho em saúde e esses, na sua maioria, restringem-se à avaliação quantitativa na área médica, restando escassas informações sobre resolutividade. Especificamente no tema acolhimento em saúde bucal ainda há uma carência de pesquisas. Provavelmente, há equipes que prestam o acolhimento, no entanto, a sua divulgação ainda não é uma realidade nos meios científicos. Assim, torna-se cada vez mais necessária a realização de trabalhos que visam contribuir no processo da avaliação dos serviços em Odontologia, principalmente na área de saúde pública.¹⁰

A afirmação de que a Saúde Bucal, integrante do contexto saúde, desponta cada dia como uma preocupação, tanto no enfoque da promoção e prevenção, quanto assistencial, exige de gestores e trabalhadores, a busca por novos modelos assistenciais que tornem as ações em saúde bucal um direito a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da idade, escolaridade ou classe social. O acolhimento é um dos caminhos.¹¹ Sabe-se que os serviços de saúde bucal devem ser organizados de forma a acolher a todos os usuários, proporcionando respostas às necessidades sentidas pela população, sendo uma trajetória para resolutividade da atenção.¹²

Revisão de
Literatura

2 Revisão de Literatura

Acolhimento nas práticas de saúde: conceitos e definições

No percurso da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) muitos foram os avanços observados. Entretanto, os desafios ainda persistem, novas questões surgem e demandam outras respostas, impondo uma necessidade, seja no aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos. O padrão de acolhida aos cidadãos usuários e trabalhadores da saúde, nos serviços de saúde, é um desses desafios.¹³

Para o enfrentamento dessa situação, uma importante iniciativa, realizada pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, foi a implantação da Política Nacional de Humanização (HUMANIZA-SUS), instituída em 2004, a qual buscava inserir no sistema, a visão de indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processo de trabalho. Dentro dessa prática, o Humaniza-SUS lançou mão de ferramentas e dispositivos com potencialidades de efetivamente garantir a atenção integral, resolutiva e humanizada, destacando-se como diretriz o acolhimento.¹³

O termo acolher, segundo Ferreira (1999), pode ser definido como: dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir.¹⁴ Vasconcelos et al(2009) conceitua-o como o ato de ouvir com atenção, admitir o saber de um ser, levando em conta o que ele expressa, seja qual for o modo de comunicação.¹⁵ No campo da saúde, de acordo com a definição do Ministério da Saúde do Brasil, o acolhimento é entendido, ao mesmo tempo, como uma diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Como diretriz, caracteriza-se a partir de uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante aos encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.¹³ No modo de operar os processos de trabalho, o acolhimento busca atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos, permitindo que os usuários expressem suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.¹⁶

De acordo com Teixeira (2003), em revisão da literatura, os estudos têm dado diferentes enfoques e sentidos de acolhimento, destacando os relacionados à Saúde Mental, Enfermagem e

Organização dos Serviços. Neste último, os autores identificaram no acolhimento, como diretriz operacional organizativa, que passou a ser implantado, na década de 1990, em alguns sistemas municipais de saúde, como experiências pioneiras em municípios brasileiros que buscavam implementar mudanças tecno-assistenciais com base no modelo "em defesa da vida".¹⁷

Conforme Ramos e Lima (2003), o acolhimento envolve uma teia de relações e competências profissionais complementares. Necessita de uma postura humanizada do trabalhador, que se coloca no lugar do usuário, percebendo suas necessidades e construindo respostas dentro dos princípios da integralidade e humanização. Nessa perspectiva, “[...] acolher é ter uma rede de confiança e solidariedade entre cidadãos, usuários, profissionais e equipes de saúde, tornando a produção da saúde um encontro de paz”.¹⁸ Quando o usuário é acolhido pela unidade de saúde, tendo seu atendimento garantido, conquista-se uma importante etapa na adesão do tratamento e resolução dos problemas de saúde. Dessa forma, favorece a construção de uma relação de confiança e respeito para com o usuário que busca o atendimento¹⁹. Ao adotar práticas centradas no indivíduo, novas capacidades resolução e autonomização são desenvolvidas. Nesse sentido, o trabalho em saúde incorpora mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo, direcionando a atenção para o estabelecimento de estratégias de atendimento, envolvendo os trabalhadores, gestores e usuários.²⁰

Para Palma et al(2011), a assistência em saúde no Brasil, em muitas ocasiões, ainda fortalece a cultura onde a qualidade está fortemente associada aos procedimentos técnicos. Portanto, a demanda às vezes busca o procedimento e não o cuidado. E a falta de acolhimento qualificado reforça esse entendimento distorcido. Acredita-se que o acolhimento enquanto instrumento do processo de trabalho em saúde traz consigo a possibilidade de modificar a realidade assistencial na saúde pública, a qual é frequentemente questionada por não conseguir oferecer respostas ao que é buscado.²¹

O atual modelo de atenção, na visão de Santos e Santos (2011), ainda demanda esforços, compromissos e criatividade para implementação do acolhimento, sendo fundamental integrar trabalhador, usuário e os múltiplos saberes, conciliando as diferenças, com a finalidade de incluir a voz do outro. Nesse sentido, "acolher é, pois, encontrar outra forma de lidar com a diferença. O contato com o diferente é a possibilidade de aprender algo novo, é a possibilidade real de expandir meu mundo".²²

O acesso às ações em saúde a partir da prática do acolhimento

A constituição brasileira garante que: “a saúde é um direito de todos”. Entretanto, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão no SUS principalmente no que se refere ao acesso, a resolutividade e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública. Várias pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários evidenciam a escuta ainda insuficientemente qualificada e as relações solidárias e poucas exercidas.²³

O acesso aos serviços de saúde é considerado a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando este parte em busca da necessidade do atendimento. Dentre as estratégias e alternativas ao enfrentamento dessa problemática, as tendências deslocam-se para a qualificação no ato de acolher e, conseqüentemente, no recepcionar dos indivíduos. Vários aspectos repercutem nessa acolhida, envolvendo desde os meios que o sujeito se utiliza para chegar às unidades de saúde, até o percurso desenvolvido dentro de uma determinada instituição para este conseguir um atendimento. Nesse trajeto, observam-se fatores como: transportes utilizados, prioridade para as consultas, bem como o acesso ao atendimento sem, necessariamente, estar agendado, o tempo e a forma de espera. Tais itens podem facilitar ou dificultar o ingresso do usuário ao serviço de saúde.²⁴

Moreira et al (2005), em revisão sistemática da literatura, através do levantamento de artigos publicados em periódicos nacionais, entre 2001-2004, sobre acesso aos serviços de saúde, verificaram a predominância de análises de dados secundários relativos aos da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* 1998 (PNAD-1998), além de trabalhos com base em dados primários (entrevistas e observação direta). Entre as dificuldades referidas, foram listados 28 aspectos agrupados em categorias sócio-demográficas, culturais, indicadores de saúde em idosos e organização e planejamento das ações de saúde, predominando aspectos relacionados a essa última categoria.²⁵

Acesso e acolhimento, conforme cita Souza et al(2008), articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado²⁵. Considerando que o acolhimento tem a capacidade de evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários são submetidos, ele pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, como afirmam Ramos e Lima (2003), permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com a finalidade de alterá-las, a fim de que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário, sem menosprezar a humanização do trabalhador, constituindo-se numa tecnologia

para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento.¹⁸

Para Franco e Merhy (2005), o acesso por meio do acolhimento se dá com base nos princípios que norteiam o atendimento a todos os usuários que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Nessa esfera, é preciso reorganizar o processo de trabalho, para que seja desenvolvido por uma equipe multiprofissional, qualificando a relação entre os atores envolvidos, a qual deve basear-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Sabe-se que a busca do usuário ao serviço de saúde é realizada pela percepção que o mesmo tem das ações ofertadas. Assim, a ideia do cuidado, que se produz no serviço de saúde, é formada por um conjunto de representações que dão significado à assistência prestada. As necessidades sentidas pelo usuário devem ser atendidas para que ele se sinta valorizado, evitando posteriores conflitos e tensões que prejudiquem a relação do cuidado em saúde.²⁶

Nesse contexto, o Ministério da Saúde define como uns dos parâmetros para a implementação de ações na atenção à saúde, a organização dos serviços por meio de um modelo de acolhimento que permita promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos/vulnerabilidade priorizados e buscando adequação da capacidade resolutiva. O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. É um processo no qual, trabalhadores e instituições, tomam para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individuais e coletivos. Esse processo exige metodologias participativas que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde.¹³

Sendo assim, de acordo com Coelho et al (2009), o acesso por meio do acolhimento deve ser sentido, vivido e integrado ao cotidiano das unidades de saúde. Deste modo, ainda segundo os autores, é preciso apreender, consentir e intuir que esse atendimento é inerente a cada profissional, que se torna integrante do processo de construção da saúde.²⁴

Objetivo

3 OBJETIVO

Propor um modelo de acolhimento odontológico (ACO), analisar e verificar, na prática, sua utilização como ferramenta facilitadora na organização do acesso aos serviços em saúde bucal na estratégia de saúde da família.

Material e
Método

4 MATERIAL E MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa-ação no serviço odontológico do SUS. Como local para o desenvolvimento do trabalho, selecionou-se uma Unidade de Saúde da Família (USF), implantada em 2008, no município de Sorocaba-SP, por se tratar de uma USF típica da maioria dos municípios brasileiros.

Inicialmente, foram levantados os dados relativos à área de abrangência da unidade, como: as características da população, seus aspectos demográficos, sociais e econômicos; a quantidade, os membros e os tipos das equipes de trabalho.

A assistência odontológica local foi analisada em relação às formas utilizadas para o acesso dos usuários ao tratamento e a organização da agenda clínica dos profissionais. Utilizando o Gerenciador de Informações Locais (Gil)^a, foram levantados os seguintes dados de produtividade das ESB, em um período de 12 meses anteriores à implantação do modelo de ACO: número de primeiras consultas, de consultas de manutenção por paciente, de tratamentos finalizados, do total de procedimentos executados por paciente, do total dos atendimentos e de faltas em consultas. O risco de cárie e doença periodontal dos pacientes atendidos na 1ª consulta da demanda programada também foi verificado, nesse mesmo intervalo de tempo, utilizando-se para isso, um instrumento de classificação da gestão local, que define os seguintes scores:

- Cárie (Risco Baixo: Cárie zero, ausência de mancha branca ativa e de placa visível; Risco Moderado: história pregressa de cárie tratada adequadamente, ausência de mancha branca e de placa visível, cavidade de cárie crônica; Risco Alto: mancha branca ativa e ou placa visível, cárie aguda, dor referida, abscesso ou fístula). Quadro 1.

- Doença Periodontal (Risco Zero: periodonto sadio; Risco 1: apenas gengivite; Risco 2: apenas presença de cálculo supra gengival; Risco B: sequela de doença periodontal anterior; Risco 6: cálculo subgengival; Risco 8 presença de elementos com mobilidade irreversível, Risco X: excluído). Na análise foi registrada a pior situação identificada em cada indivíduo. Quadro 2.

^a O GIL (Gerenciador de Informações Locais), destina-se à informatização da rede ambulatorial básica do sistema Único de Saúde – SUS auxiliando na administração dos seus processos e fornecendo informações sobre a morbidade da população atendida, subsidiando os gestores nas tomadas de decisões. Permite o monitoramento e o planejamento contínuo do sistema de saúde no Município. <http://gil.datasus.gov.br/w3c/gil.php>

Quadro 1 - Classificação quanto ao risco de cárie dentária individual para pacientes atendidos em 1ª consulta odontológica programática. Sorocaba, 2011.

Classificação	Grupo	Situação Individual
Baixo Risco	B	Cárie zero, ausência de mancha branca ativa e de placa visível
Risco Moderado	M	História pregressa de cárie tratada adequadamente, ausência de mancha branca e de placa visível, cavidade de cárie crônica
Alto Risco	A	Mancha branca ativa e ou/placa visível, cárie aguda, dor referida, abscesso ou fístula.

Quadro 2 - Classificação quanto ao risco para doença periodontal individual em pacientes atendidos em 1ª consulta odontológica programática. Sorocaba, 2011.

Classificação	Situação Individual
0	Elemento dental com periodonto sadio
X	Ausência de dentes no sextante
1	Elemento dental com gengivite
2	Elemento dental com cálculo supra gengival
B	Sequela de doença periodontal anterior
6	Elemento dental com cálculo subgengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível.
8	Elemento dental com mobilidade irreversível e perda de função

Em seguida, foi realizado um treinamento e capacitação de todos os membros da USF, durante as reuniões de equipes da unidade, com carga horária total de dez horas por dois meses. Os seguintes tópicos foram abordados: O trabalho da equipe da saúde bucal na ESF; Principais doenças bucais e formas de prevenção; Epidemiologia das doenças bucais; Urgências em saúde

bucal; O acolhimento em saúde. Concluída essa etapa, o modelo de ACO foi conjuntamente construído baseado nas publicações do Ministério da Saúde referente ao tema^{9,11,12} definindo assim, a participação de cada um no processo.

O ACO teve como alvo de suas ações a demanda espontânea da USF, ou seja, os indivíduos que referiam alguma queixa em saúde bucal e buscavam o atendimento odontológico por sua auto percepção ou por intercorrência clínica. O seguinte fluxo foi definido para o modelo implantado (figura 1): a entrada do usuário para aquisição de informações era realizada pela recepção ou em qualquer outro ambiente da unidade como consultórios de enfermagem ou médicos, onde se ouvia a necessidade do paciente e lhe era ofertado os serviços de acordo com a organização da USF. Caso se identificasse a necessidade de uma escuta especializada, o paciente era encaminhado ao setor odontológico da unidade. Seguindo a orientação de que o acolhimento para a livre demanda deve ser diário e ofertado nos dois turnos de trabalho e devendo ocupar no máximo 50% do tempo clínico¹⁰ e considerando que na unidade selecionada atuavam duas ESB por oito horas diárias, foram destinadas exclusivamente ao acolhimento odontológico duas horas por turno, das 7 às 9 e das 13 às 15 horas, sendo que a primeira hora de cada período era destinada a escuta especializada. A agenda clínica dos profissionais também foi alterada passando de três consultas eletivas por hora para duas consultas. Nesse 1º período de cada turno, o usuário era atendido, em ordem de chegada, por um auxiliar em saúde bucal capacitado, sob supervisão do cirurgião-dentista (CD), que coletava, em uma ficha especificadamente elaborada para o acolhimento (figura 2), as seguintes informações sobre o paciente: dados pessoais; queixa principal e tempo de duração da mesma, medicações em uso, aspectos clínicos ou sistêmicos importantes (dor, edema facial, doenças de base, febre, pressão arterial, glicemia), atendimentos anteriores na unidade e a conduta a ser realizada (orientação, agendamento ou avaliação do CD). Aos sujeitos que necessitavam de atendimento clínico imediato, os CD, avaliavam as fichas preenchidas e ordenavam o atendimento, na segunda hora de cada turno do acolhimento, seguindo, ordinariamente, os critérios de prioridade estabelecidos pelo modelo de ACO: gravidade do caso, condição sistêmica, idade e ordem de chegada. Cabe ressaltar que identificada uma necessidade imediata na unidade, mesmo em horário diferente do instituído, o atendimento clínico era realizado prontamente. Posteriormente ao atendimento, os odontólogos determinavam uma conduta de continuidade para cada situação, de acordo com um critério de levantamento de necessidades em saúde bucal, conforme o Quadro 3.

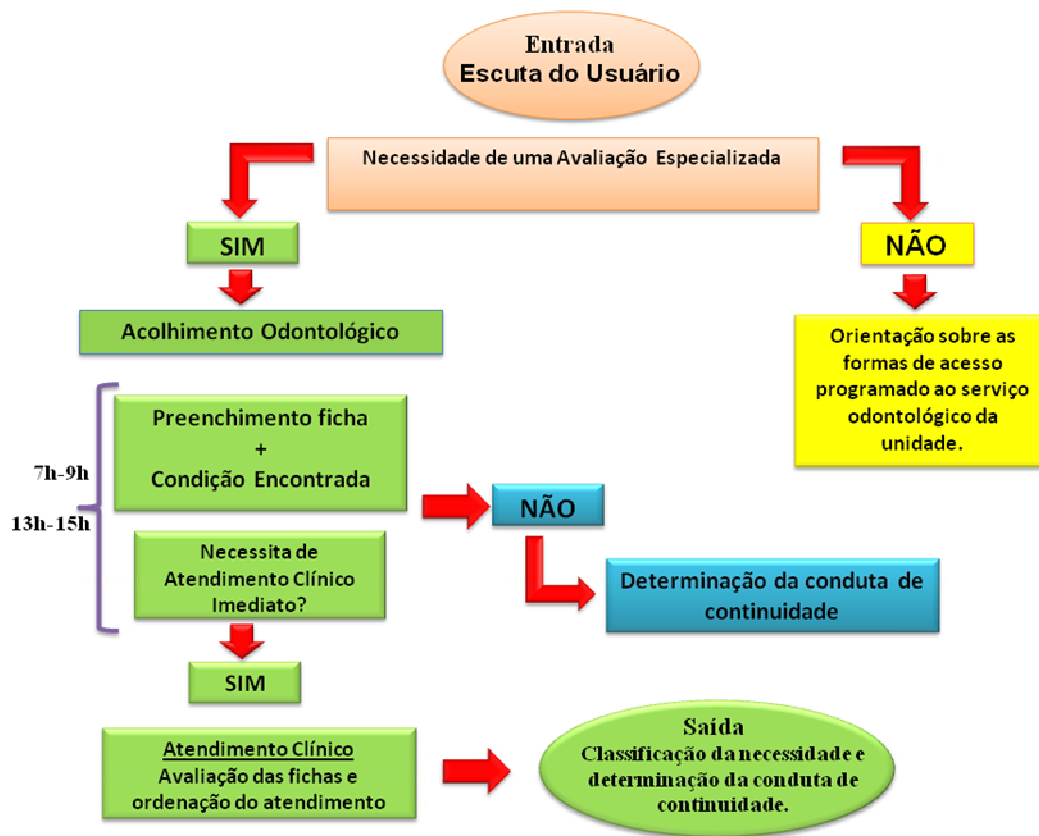


Figura 1: Fluxograma do modelo de ACO. Sorocaba, 2011.

Nome: _____ DataNasc: ____/____/____
 Endereço: _____ ACS: _____
 Linha do cuidado: [] bebês (0 a 4 anos) [] crianças (5 a 11 anos) [] adolescentes (12 a 17 anos)
 [] adultos (18 a 59 anos) [] idosos (mais de 60 anos)

1 - Identificação da Queixa Principal:

DOR	SEM DOR	
<input type="checkbox"/> Cárie	<input type="checkbox"/> Cárie	<input type="checkbox"/> Dor Gengival
<input type="checkbox"/> Fratura Dente	<input type="checkbox"/> Fratura Dente	<input type="checkbox"/> Lesão bucal
<input type="checkbox"/> Fratura restauração	<input type="checkbox"/> Fratura restauração	<input type="checkbox"/> ATM
<input type="checkbox"/> Raiz Residual	<input type="checkbox"/> Raiz Residual	<input type="checkbox"/> Trauma
<input type="checkbox"/> Dente c/ mobilidade	<input type="checkbox"/> Dente c/ mobilidade	<input type="checkbox"/> Fratura Prótese
<input type="checkbox"/> Dente c/ curativo endo	<input type="checkbox"/> Dente c/ curativo endo	<input type="checkbox"/> Outros: _____

2 – Tempo da Queixa Principal: () 1 dia () 2 a 5 dias () 1 semana () + 1 semana () + 1 mês
 3 – Apresenta algum inchaço: () Não () Sim: facial () Sim: intra-oral
 4 – Medicamentos em uso: _____
 5 – Atendimento odontológico na Unidade:
 () 1ª Vez () urgência () abandonou () em tratamento () em retorno anual
 6- () Amarela () Verde () Vermelha () Azul
 6 – Conduta: () Orientação () Agendamento () Avaliação do Dentista
 Diagnóstico: _____
 Data: ____/____/____.

Figura 2 - Ficha de avaliação do modelo de ACO proposto. Sorocaba, 2011.

Quadro 3 - Nota estabelecida, de acordo com a condição encontrada nos pacientes, para a definição da necessidade e da conduta pós-atendimento no ACO. Sorocaba, 2011.

NOTA	CONDIÇÃO ENCONTRADA	NECESSIDADE	CONDUTA
1	Ausência de atividade da doença cárie, de gengivite, doença periodontal e de lesão de mucosa.	BAIXA	Agendamento em retorno anual para acompanhamento, monitoramento e motivação com orientações para manter a saúde bucal.
2	Presença de cálculo dental, gengivite, cárie crônica em dentes permanentes e/ou decíduos, cárie ativa em um dente permanente e/ou decíduo.	MÉDIA	Agendamento prioritário para adequar o meio bucal
3	Cárie ativa em mais de dois dentes permanentes ou decíduos; Doença periodontal ativa; Lesão de tecidos moles ou sintomas que possam ser indicativos de Câncer Bucal;	ALTA	Atendimento prioritário aos pacientes com sintomatologia aguda e com lesão dos tecidos moles e agendamento prioritário para adequar o meio bucal e inclusão no programa de visita domiciliar.

Após implantação do ACO, estabeleceu-se como intervalo para coleta de dados o período de um ano (2009-10) de atuação de onde se extraiu uma amostra (erro amostral 4%) das fichas elaboradas e utilizadas no modelo. Para sua obtenção, foi verificada, primeiramente, a média diária de acolhimentos realizados no período estabelecido, o que determinou a quantidade de dias necessários para a coleta. Esses dias foram divididos entre os 12 meses do intervalo analisado, estabelecendo assim, quantos dias mensais seriam utilizados, os quais foram definidos por sorteio.

Os dados coletados nas fichas analisadas referiam-se ao perfil dos pacientes atendidos e as características dos atendimentos executados. Os mesmos receberam tratamento estatístico através da aplicação do teste Qui Quadrado e do teste exato de Fisher (nível- $p < 5\%$). Nesse mesmo período, foram levantados novamente, os dados relativos à produtividade das ESB e ao risco de cárie e doença periodontal dos pacientes atendidos em 1ª consulta odontológica programada a fim de se realizar uma análise comparativa sobre o serviço dos dois momentos estudados.

O presente estudo obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, processo N° 00648/2010.

Resultado

5 RESULTADO

A área de abrangência da unidade selecionada, localizada em uma região periférica da cidade, foi de aproximadamente 8 km², onde residiam 12898 pessoas (3650 famílias), caracterizando um alto índice de concentração populacional (1612 habitantes por Km²). A distribuição populacional por faixa etária encontrou-se da seguinte forma: 0 a 4 anos (10,8%), de 5 a 10 (13,4%), 11 a 17 (12,5%), 18 a 59 (58%) e mais de 60 anos (5,3%). (Figura 3)

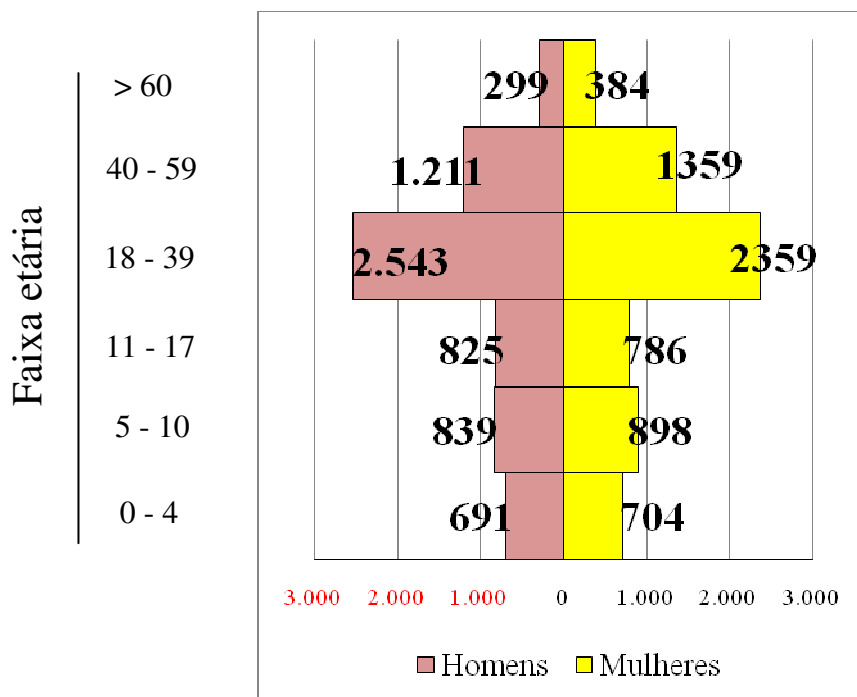


Figura 3 - Pirâmide etária da população da área de abrangência da USF. Sorocaba, 2011.

A população era formada, na sua maioria, por imigrantes da região nordeste (59%). Possuíam baixo índice de escolaridade (apenas 17% da população adulta com ensino médio completo), com 62% das famílias com renda per capita menor do que um salário mínimo, um alto índice de não trabalhadores (42,8%) e desempregados (22,7%)^b. A região usufruía de boas condições de moradia e infraestrutura com praticamente 100% de água tratada, rede de esgoto e coleta de lixo. No local existiam creches, escolas de nível fundamental e médio, pequenos comércios, praças de lazer conservadas e encontrava-se próximo a zona industrial da cidade.

^b Dados fornecidos pela coordenação da USF selecionada.

Na USF atuavam quatro Equipes de Saúde da Família, duas Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade I (1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar em saúde bucal) e vinte Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A área era subdividida em quatro macros áreas definida pelas cores Amarela, Azul, Verde, Vermelha com população de 3772, 2871, 3000, 3255 habitantes, respectivamente. Cada equipe de saúde da família era responsável por uma dessas áreas e as ESB por duas (Figura 4).

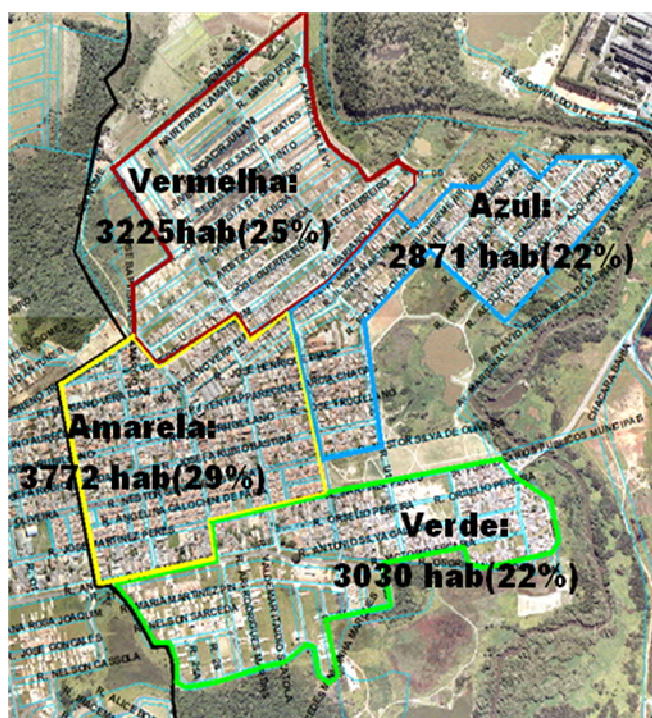


Figura 4 - Divisão territorial da área de abrangência da USF por Equipe de Saúde da Família. Sorocaba, 2011.

As ESB organizavam o acesso, antes da implantação do ACO, da seguinte forma: para a demanda programada era oferecida uma quantidade de vagas limitadas por mês, sendo 10 por faixa etária por ESB: 0 a 5 anos, 6 a 14 anos, 15 a 59 anos. Para gestantes e idosos não havia limitação. Essas vagas eram distribuídas em um determinado dia do mês e seguia apenas o critério de ordem de chegada. Em relação à agenda clínica dos profissionais, 3 pacientes por hora eram agendados, sendo todos no mesmo horário. Para o atendimento da demanda espontânea, não havia limitação de vagas diárias nem horários específicos. Era necessário apenas o paciente informar alguma queixa na recepção da unidade, entretanto seu atendimento ficava condicionado à disponibilidade de tempo das ESB. Nesse atendimento era solucionada a queixa do paciente

sendo que se o mesmo solicitasse ou precisasse continuar o tratamento, era necessário retornar no dia em que eram disponibilizadas as vagas de consultas eletivas.

Após 12 meses de atuação do ACO foram acolhidas pelas ESB 1895 pessoas. A amostra calculada para a análise dos sujeitos atendidos definiu um número de 470 fichas (erro amostral 4%). A média diária de acolhimentos foi de 7,9, o que determinou a necessidade da coleta referente a 60 dias. Esses dias foram divididos entre os 12 meses do período analisado estabelecendo, assim, cinco dias mensais, os quais foram definidos por sorteio.

A amostra foi formada, conforme evidenciado na tabela 1, na sua grande maioria (67%), pela população adulta.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes atendidos segundo faixa etária pelo ACO. Sorocaba, 2011.

Faixa Etária	Total	%
0 a 4 anos	15	3,2%
5 a 10 anos	69	14,7%
11 a 17 anos	66	14,0%
18 a 59 anos	316	67,2%
mais de 60 anos	4	0,9%
Total	470	100,0%

Para a análise das características dos atendimentos do ACO, nos cruzamentos das variáveis com faixa etária, foram omitidos os casos dos pacientes com mais de 60 anos ($n = 4$) e com menos de 5 anos ($n = 15$), pois foram poucos e as suas permanências comprometeriam os requisitos do teste qui-quadrado. Observou-se que, 88% dos pacientes relataram presença de dor na ficha de avaliação para acolhimento odontológico. As proporções foram significativamente diferentes nas faixas de 5 a 10 anos (proporcionalmente mais pacientes relatando não sentir dor). O diagnóstico relacionado à queixa principal foi devido à lesão de cárie (40%). O tempo da queixa do paciente para a procura do atendimento mais comum, com quase 41% das respostas, foi de 2 a 5 dias, sendo que as proporções de faixa etária não diferiram significativamente ao nível de 5% (valor-p do teste qui-quadrado: 0,157). Aproximadamente 52% dos usuários relataram ser este seu primeiro atendimento na unidade e, considerando a população total acolhida, 80% necessitaram do atendimento clínico imediato. Em ambas as análises não foram observadas diferenças significantes no nível de 5% para o teste exato de Fisher nas proporções

de faixas etárias. Na conduta “orientação” houve significadamente menos pessoas de 18 a 59 anos se comparado à proporção na faixa etária de 5 a 10 anos (teste exato de Fisher: 0,004). Ocorreu um equilíbrio entre as macro-áreas quanto à busca pelo ACO com uma pequena predominância pela área amarela com 29,8%. As “situações agudas” que considerava a prevalência dos seguintes critérios: dor espontânea, constante, há menos de uma semana, sem melhora com medicação, presença de abscesso ou edema extra/intraoral foi verificado em 33,9% dos casos (Tabela 2).

Tabela 2 - Características dos atendimentos realizados no ACO, segundo faixa etária. Sorocaba, 2011.

Variáveis	Resposta	Faixa Etária						Total		Valor-p
		5 a 10 anos		11 a 17 anos		18 a 59 anos		n	%	
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Pacientes	-	69	14,7	66	14	316	67,2	451	95,9	-
Presença de dor	sim	54	78,3	59	89,4	285	90,2	398	88,2	0,021
	não	15	21,7	7	10,6	31	9,8	53	11,8	
Diagnóstico da queixa principal	cárie	32	46,4	29	43,9	121	38,3	182	40,4	***
	periodontal	2	2,9	8	12,1	55	17,4	65	14,4	
	fratura restauração	9	13,0	6	9,1	47	14,9	62	13,7	
	fratura dentária	0	0,0	1	1,5	12	3,8	13	2,9	
	lesão bucal	1	1,4	2	3,0	12	3,8	15	3,3	
	troca de curativo endo	6	8,7	9	13,6	51	16,1	66	14,6	
	dente decíduo com mob outros	17	24,6	5	7,6	0	0,0	22	4,9	
		2	2,9	6	9,1	18	5,7	26	5,8	
Tempo da queixa	1 dia	3	4,3	1	1,5	17	5,4	21	4,7	0,157
	2 a 5 dias	22	31,9	28	42,4	138	43,7	188	41,7	
	1 semana	13	18,8	11	16,7	43	13,6	67	14,9	
	mais de uma semana	19	27,5	9	13,6	47	14,9	75	16,6	
	mais de 1 mês	12	17,4	17	25,8	71	22,5	100	22,2	
Medicamento em uso	nenhum	26	37,7	61	92,4	268	84,8	355	78,7	***
	analgésico	3	4,3	5	7,6	19	6,0	27	6,0	
	antibiótico	0	0,0	0	0,0	8	2,5	8	1,8	
	antiinflamatório	40	58,0	0	0,0	14	4,4	54	12,0	
	não sabe o nome	0	0,0	0	0,0	7	2,2	7	1,6	
Tratamento na unidade	1a vez	28	40,6	36	54,5	168	53,2	232	51,4	0,130**
	apenas em emergência	15	21,7	15	22,7	66	20,9	96	21,3	
	em tratamento	6	8,7	6	9,1	14	4,4	26	5,8	
	em retorno anual	19	27,5	7	10,6	54	17,1	80	17,7	
	abandono	1	1,4	2	3,0	14	4,4	17	3,8	
Conduta	orientação	11	15,9	7	10,6	14	4,4	32	7,1	0,004**
	agendamento	5	7,2	5	7,6	47	14,9	57	12,6	
	atendimento imediato	53	76,8	54	81,8	255	80,7	362	80,3	
Área de abrangência	amarelo	25	36,2	25	37,9	83	26,3	133	29,5	0,209
	azul	11	15,9	18	27,3	79	25,0	108	23,9	
	vermelho	17	24,6	12	18,2	76	24,1	105	23,3	
	verde	16	23,2	11	16,7	78	24,7	105	23,3	
Situações Agudas	Sim	12	16,2	18	27,3	123	38,9	153	33,9	0,003
	Não	57	83,8	48	72,7	193	61,1	298	66,1	

*qui-quadrado com correção de continuidade; **teste exato de Fisher; ***não foi possível obter o valor-p

Na tabela 3 estão descritas analisadas apenas as características do atendimento e o perfil dos indivíduos que acessaram a Unidade pela 1ª vez via ACO. Foram omitidos os casos dos pacientes com mais de 60 anos (n = 4) e com menos de 5 anos (n = 15) pois foram poucos e as suas permanências comprometeriam os requisitos do teste qui-quadrado. Observou-se uma elevação na quantidade dos adultos atendidos em relação à população total, bem como o acréscimo do valor percentual da presença de dor e da cárie como o motivo diagnosticado da queixa principal.

Tabela 3 - Características dos atendimentos realizados no ACO para indivíduos que acessaram o serviço odontológico pela 1ª vez na USF selecionada. Sorocaba, 2011.

Variáveis	Resposta	Faixa Etária						Total		Valor-p
		5 a 10 anos		11 a 17 anos		18 a 59 anos		n	%	
		n	%	n	%	n	%			
Presença de Dor	sim	24	85,6	32	88,9	152	90,5	208	89,7	0,004*
	não	4	14,4	4	11,1	16	9,5	24	10,3	
Diagnóstico da queixa principal	cárie	16	57,1	20	62,5,0	87	51,7	123	53,0	***
	periodontal	1	0,0	6	16,6	29	17,2	36	15,5	
	fratura restauração	0	0,0	2	5,5	21	12,5	23	9,9	
	fratura dentária	0	0,0	0	0,0	5	2,9	5	2,1	
	lesão bucal	0	0,0	2	5,5	5	2,9	7	3,0	
	troca de curativo endo	0	0,0	0	0,0	10	5,9	10	4,3	
	dente decíduo com mob	8	28,5	3	8,3	0	0,0	11	4,7	
outros	3	14,4	3	8,3	11	6,9	17	7,5		
Tempo de queixa	1 dia	2	7,1	3	8,3	12	7,1	17	7,5	0,007**
	2 a 5 dias	9	32,1	14	39,1	63	37,5	86	37,0	
	1 semana	7	25	5	13,8	23	13,7	35	15,0	
	mais de uma semana	6	21,4	4	11,1	24	14,2	34	14,6	
	mais de 1 mês	4	14,4	10	27,7	46	27,5	60	25,9	
Conduta	orientação	6	21,4	7	19,4	7	4,1	20	8,6	0,000**
	agendamento	0	0,0	2	5,5	25	14,8	27	11,6	
	atendimento imediato	22	78,6	27	75,1	136	81,1	185	79,8	
Área de Abrangência	amarelo	12	42,7	11	30,7	48	28,5	71	30,6	0,001**
	azul	4	14,4	13	36,1	45	26,7	62	26,7	
	vermelho	4	14,4	5	13,8	41	24,4	50	21,5	
	verde	8	28,5	7	19,4	34	20,4	49	21,2	
Situações Agudas	sim	6	21,5	10	27,7	102	60,7	118	50,8	0,001*
	não	22	78,5	26	72,3	66	39,3	114	49,2	

*qui-quadrado com correção de continuidade; **teste exato de Fisher; ***não foi possível obter o valor-p

Com relação à produtividade das equipes, foi observado, antes da implantação do ACO e após, respectivamente, a realização de 1152 e 1460 primeiras consultas, 3377 e 2515 consultas de manutenção, 1379 e 1895 consultas de urgência, finalizando, no período estudado, 777 e 1199 tratamentos, em média 4,3 e 2,1 consultas por paciente para completar o tratamento, sendo realizados 9170 e 11168 procedimentos clínicos, o que significou em torno de 1,8 e 2,7

procedimentos por consulta, por paciente da demanda programada. Das 6165 consultas programadas possíveis na programação pré ACO, foram executadas 4529, sendo observadas 2236 faltas. Após, realizou-se 3975 consultas programadas de 4510 possíveis com 535 faltas (Tabela 4)

Tabela 4 - Análise comparativa da produção da assistência odontológica prestada 12 meses antes e após a implantação do Acolhimento Odontológico. Sorocaba, 2011.

	ANTES ACO	APÓS ACO	Valor - p
Agenda Clínica	3 pacientes/hora	2 pacientes/hora	-
Primeira Consulta	1152	1460	0,0385
Consulta de Manutenção	3377	2515	0,0086
Tratamentos Finalizados	777	1199	0,0001
Consultas de Urgência/ACO	1379	1895	-
Média de Consulta para finalizar tratamento	4,3	2,1	0,0051
Total de Procedimentos	9170	11168	0,0032
Média de Procedimentos Clínicos por Consulta	1,8	2,7	0,0154
Total de Consultas Programadas Possíveis	6165	4510	*
Total de Consultas Programadas Realizadas	4529	3975	0,0422
Número de Faltas	2236	535	*

Test t pareado com $p < 0,05$. *não foi possível calcular p

Na comparação dos 2 momentos em relação aos pacientes atendidos em 1ª consulta verificou-se que antes ao ACO, 65,1% eram indivíduos na faixa etária de escolares apresentando na sua maioria um risco de cárie e doença periodontal baixo. Após o ACO, houve uma redução de 17% dessa população atendida em 1ª consulta mantendo níveis semelhantes de risco (Quadro 4).

Quadro 4 - Comparação percentual quanto ao risco de cárie e doença periodontal, segundo faixa etária, Antes (I) e Após (II) a implantação do ACO, em relação aos pacientes atendidos em 1ª consulta odontológica programada. Sorocaba, 2011.

Variáveis	0 - 5		6 - 11		12 - 17		18 - 59		+ 60		Gestantes	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Primeira Consulta	6,7	5,7	40,4	28,6	18	13,9	24,6	43,6	2,9	2,8	7,4	5,4
Risco Cárie												
Baixo	81,4	45,4	75,1	15,5	62,2	12,4	12,1	8,3	7,4	66,3	17,7	22,1
Moderado	12,3	22,1	17,3	13,7	25,8	20,6	8,2	10,3	22,3	25,6	49,8	52,2
Alto	6,3	32,5	7,6	70,8	12	67	79,7	81,4	3,7	8,1	32,5	25,7
Risco Doença Periodontal												
0	73,5	82,3	74,5	79,1	58,2	52,2	10,3	9,7	2,1	1,6	7,8	14,5
1	15,2	11,9	20,3	14,2	23,5	19	12,4	12,9	0	3,7	26,5	18,3
2	6,2	5,8	5,2	6,7	14,9	17,3	18,6	14,4	0	5,1	37,7	29,4
6	0	0	0	0	3,4	11,5	25,6	28,5	7,6	9,5	19,2	34,4
8	0	0	0	0	0	0	16,2	19	11,4	18,5	2,3	0
B	0	0	0	0	0	0	13,7	11,4	44,2	39,1	6,5	3,4
X	5,1	0	0	0	0	0	3,2	4,1	34,7	22,5	0	0

n = (momento I: 1152; Momento II: 1460)

Discussão

6 DISCUSSÃO

O acolhimento, considerando-o como uma estratégia inovadora nas ações em saúde, possui uma grande importância na atenção básica e toma, como referência, algumas de suas características: porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema, coordenação do fluxo de atenção. Configura ainda como um momento assistencial com potencialidades para imprimir qualidade nos serviços de saúde que não se limita apenas ao ato de receber, mas se compõe de uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho, na relação com o usuário, dentro e fora da unidade.²⁵

Ao se implantar novas ações, faz-se necessário um planejamento que dê suporte ao processo inicial de identificação e priorização dos problemas em grupos populacionais de territórios delimitados e à articulação de operações integradas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação destinadas ao enfrentamento contínuo dos problemas selecionados. Dessa maneira, para um planejamento local em saúde, o levantamento das características socioeconômicas, demográficas e comportamentais da população da sua área de abrangência são pontos iniciais. Sabe-se que tais situações são passíveis de influências para com a saúde além do meio social inferir no modo como o indivíduo pensa, sente e age com relação a esse tema.^{27,28}

No presente estudo identificou-se na área de abrangência da USF a prevalência de uma população com baixa escolaridade e renda, atributos que não explicam nem determinam mais condicionam para um risco maior em saúde. Outro dado importante verificado foi a grande quantidade de sujeitos imigrantes de regiões brasileiras detentoras de piores índices em saúde bucal como também de acesso ao tratamento odontológico. Embora não identificado o tempo migratório dessa população, pode-se esperar que as necessidades acumuladas tanto em promoção e prevenção como as assistenciais possam ser superiores.

O acolhimento tem na sua concepção a proposta de inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania. Portanto, planejar essa forma de atuação e realizar suas respectivas análises constitui em uma prática fundamental, uma vez que são partes de um processo gerencial, influenciada pelo contexto organizacional e político, constituindo-se como um poderoso instrumento de transformação.²⁹

Os dados encontrados pela análise das fichas do ACO proposto trouxeram constatações importantes a fim de traçar estratégias para o enfrentamento dos problemas locais. O primeiro fato foi o alto número de pessoas que passaram pelo sistema sendo até superior à quantidade de primeiras consultas programadas realizadas pelas equipes de saúde bucal. Isso demonstra a necessidade pelo atendimento odontológico na área e o cumprimento da função do acolhimento no que tange ao acesso dessa demanda reprimida bem como no fornecimento das respostas resolutivas em relação às queixas apontadas já que 80% dos usuários necessitaram de um atendimento clínico imediato. Observou-se também o ACO como uma importante porta de entrada para a assistência em saúde bucal na unidade, já que, 51% dos indivíduos atendidos estavam lá pela 1ª vez e 90% deles necessitaram de um atendimento clínico imediato.

Outro fato relevante foi a grande maioria dos adultos (67%) ser os indivíduos que mais usufruíram do serviço, cabendo uma análise profunda. Os vários modelos assistenciais em saúde bucal, que atuaram no Brasil, privilegiaram uma atenção odontológica voltada aos escolares na faixa etária de 5 a 12 anos e imprimiram conceitos, que por sua vez, marcaram todo o processo de trabalho na área pública²⁹. Essa situação não foi diferente no local aonde se conduziu o estudo. Constatou-se que o acesso, em demasia, era oferecido à população infantil. Sabe-se que o reflexo dessa política não tem surtido os efeitos propagados: uma população adulta saudável e, a consequência da exclusão sistemática das ações a essa população, destina-os aos serviços de urgências odontológicas, em sua grande maioria ocasionada por dor.³⁰

A cárie e a doença periodontal continuam sendo as principais enfermidades bucais e seus graves e cumulativos reflexos ao longo da vida dos indivíduos têm contribuído expressivamente no sofrimento e mutilação dental. Os indicadores atuais mostram que o CPO-d na faixa adulta é de 20,1 sendo que apenas metade desses indivíduos ainda possui todos os dentes na boca. Para doença periodontal os dados também não são animadores, já que o percentual de adultos com tal enfermidade chega a 80%²⁸. Nessa pesquisa, a cárie foi o principal motivo diagnosticado das queixas dos indivíduos (40%) atingindo 51% na população que utilizou o serviço pela 1ª vez. A doença periodontal com 14% foi a segunda causa mais frequente diagnosticada chegando a 17% considerando apenas os adultos. Muitas vezes a busca pelo tratamento dessas enfermidades só ocorre quando os indivíduos passam a ter algum desconforto, principalmente dor e no presente estudo a dor dentária foi principal queixa da busca pelo ACO atingindo 88% dos casos e chegando a 90% na população adulta. Essa queixa tem-se apresentado como o sintoma mais frequente dentre os aspectos de dor orofacial e é um significativo preditor da procura e utilização dos serviços de assistência.³⁰

A identificação de tal situação na área estudada e a necessidade evidente da ampliação do acesso aos adultos foram averiguações ressaltantes. Entendendo o ACO como uma ferramenta auxiliar na organização do acesso às ações em saúde bucal, ele pode ser positivo no sentido de cumprir a função para a ampliação do acesso ao serviço bem como na adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população, pois permite identificar aqueles indivíduos com maior vulnerabilidade e assim planejar e imprimir estratégias de ações imediatas seja elas preventivas e/ou assistenciais. Sabe-se que as ações de saúde atuais, principalmente com a implantação da ESF, visam, dentre outros objetivos, exatamente a ampliação do acesso de forma universal e equânime eliminando seu caráter excludente, não se ocupando exclusivamente de uma população-alvo e sim do conjunto da população exposta ao risco de adoecer.⁴

A análise das primeiras consultas realizadas, do risco de cárie e de doença periodontal nos 12 meses anteriores e posteriores a implantação do ACO demonstrou uma tendência ao desenvolvimento de um trabalho mais equânime e universal na localidade. Houve ampliação de aproximadamente 20% na inserção de adultos em tratamento, justamente o público que concentrava os piores scores pelos riscos em saúde bucal avaliados. Observou-se também uma piora nos resultados dos riscos em todas as faixas etárias após o ACO o que advém provavelmente das condutas adotadas de continuidade dos casos atendidos. A possibilidade de se avaliar e determinar a vulnerabilidade na abordagem aos usuários da unidade de saúde configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na organização do processo de trabalho bem como na realização de ações da promoção da saúde e prevenção de agravos em rede. Tendo como pressuposto básico o trabalho em equipe de forma integrada, o acolhimento incorpora na sua organização essa perspectiva.³¹

Preparar o serviço assistencial é outra tarefa importante quando se dispõe em efetivar a reorganização do processo de trabalho bem como a organização do serviço, principalmente quando se refere ao atendimento clínico, ou seja, como organizar a demanda, geralmente muito necessitada e há tempos longe de um acesso eficiente, de maneira que os usuários se sintam beneficiados e que os profissionais possam atender de forma satisfatória e humanizada, tanto para os pacientes quanto para o seu próprio bem estar.³² A proposta de alteração da agenda clínica nos horários de atendimento demonstrou resultados interessantes nessa linha. Ao inserir o ACO com fluxo e horários definidos e alterar a programação da agenda clínica de 3 para 2 pacientes por hora (redução quantitativa de 30%), observou-se um incremento nas primeiras consultas de 26%. Esse fato se justificou devido ao aumento de 50%, em média, do número de procedimentos realizados por consulta o que proporcionou uma redução de praticamente 50%,

em média, de sessões para finalizar um tratamento (4,3 antes e 2,1 após). Com o término do tratamento sendo realizado em menos consultas, verificou-se que novas vagas foram disponibilizadas aos usuários da unidade, aumentando assim o fluxo de entrada.

Somou-se também a essa situação anterior o número de falta ser extremamente menor pós ACO o que favoreceu a ocorrência de um número superior de tratamentos completados, representando 54% a mais. Em pesquisa realizada em Ribeirão Preto-SP com usuários do serviço odontológico da estratégia de saúde da família observou-se que em 59,1% dos pacientes, os motivos para ausências em consultas de manutenção foram o esquecimento e, o trabalho profissional, foi alegado por 13,6%.³³ O fato de o modelo pré ACO ter gerado uma quantidade de consultas de manutenção superior (25,5%) faz com que a probabilidade de faltas nas consultas subsequentes também seja.

O conceito de que “ao organizar a demanda de um serviço, deve-se evitar o erro de tornar absolutas as prioridades definidas de forma coletiva, menosprezando a demanda espontânea, deixando assim, de atender às necessidades sentidas pelas pessoas”, é uma verdade que deve ser respeitada.³⁴ Deve-se destacar que em estudos de pesquisa aplicável, utilizando apenas o meio de registros, há uma limitação, visto que se trata de um processo dinâmico que envolve complexas ações. Entretanto, a meta em se atingir uma qualidade de atenção à saúde inclui, além da implantação e aperfeiçoamento das ações, as suas respectivas análises como um poderoso instrumento para nortear o planejamento das práticas. Desse modo, o acolhimento quando estruturado e organizado, pode abranger essa perspectiva consistindo na busca de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das possíveis formas de satisfazê-las possibilitando uma resolutividade das ações.³⁵

Ressalta-se, portanto, a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de vários aspectos (geográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, entre outros). No contexto atual de construção do SUS (Sistema Único de Saúde) é fundamental que sejam potencializados caminhos trilhados e experimentados, a exemplo da proposta de acolhimento, como diretriz operacional dos serviços de saúde.²⁵

Além dessa identificação e da organização do sistema, para que essa prática se concretize, também é necessário haver a presença de profissionais com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade. Profissionais capazes de atuarem com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, de proteção específica, assistencial e de reabilitação.³² Inserindo essa forma de atuação, o vínculo estreita-se com o acolhimento, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo

afetos e potencializando o processo terapêutico entre os usuários, os trabalhadores de saúde e os gestores do sistema. Seguindo esta lógica, a unidade de saúde passaria a organizar sua demanda, de acordo com as necessidades e prioridades – e não somente atrelada à ordem de chegada –, evitando-se, filas desnecessárias e perda de tempo.²⁹

Conclusão

7 CONCLUSÃO

O modelo de acolhimento odontológico proposto configurou-se como uma importante porta para a organização do acesso ao serviço odontológico na unidade permitindo a identificação de indivíduos e grupos com maior vulnerabilidade o que possibilitou um aperfeiçoamento no planejamento, na organização e na implantação de estratégias imediatas de ações em saúde bucal com tendência ao desenvolvimento de um trabalho mais equânime e universal na localidade.

Referências

8 REFERÊNCIAS

- 1- Frazão P. Vinte anos de Sistema Único de Saúde: avanços e desafios para a saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(4): 712.
- 2- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- 3- Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4):999-1010.
- 4- Rocha RACP, Goes PSA Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(12):2871-80.
- 5- Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do assistencial. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(11):2727-39.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Divisão de Atenção Básica. Saúde da Família. Resultados alcançados em 2011 [acessado 2011 nov 15]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa de Saúde da Família: a saúde bucal faz parte da Saúde da Família? Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 8- Narvai PC. Recursos humanos para a promoção de saúde bucal. In: Kriger L, coordenador. ABOPREV: promoção de saúde bucal. 3.ed. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2003.p.447-475.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 10- Vasconcelos FN, Vasconcelos EM, Duarte SJH. O acolhimento na perspectiva das Equipes de Saúde Bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica da literatura brasileira. *Tempus Actas de Saud e Coletiva*. 2011; 5(3):115-22.
- 11- Medeiros UV, Freire JCA. Implantação da saúde da família do município de Bom Jesus do Norte – ES. *UFES Rev Odontol*. 2005; 7(2):29-35.
- 12- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Cadernos de Atenção Básica, n.17.. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 13- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): Humaniza-SUS - documento-base. 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

- 14- Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio: dicionário de língua portuguesa. 3rd ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
- 15- Vasconcelos M, Grillo MJC, Soares SM. Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Editora UFMG; 2009.
- 16- Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília, Ministério da Saúde; 2004.
- 17- Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/Instituto de Medicina Social; 2003. p. 89-11
- 18- Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1):27:34.
- 19- Inojosa RM. Acolhimento. In: Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Fortaleza Humaniza SUS. Fortaleza: Secretaria Municipal de saúde; 2005. p. 23-8.
- 20- Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.
- 21- Palma JS, Jardim VMR, Thofehrn MB, Heck RM. O acolhimento no entendimento de profissionais de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família de Pelotas/RS. *J Nurs Health* 2011;1(2): 222-7.
- 22- Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *RevSalud Pública*. 2011;13(4):703-16.
- 23- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2nd Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 24- Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Rev. Baiana Saúde Pública*. 2009; 33 (3):440-52.
- 25- Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):100-10.
- 26- Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à

- saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 181-93.
- 27- Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *InfEpidemiol SUS*.1998; 7(2):7-28.
- 28- Silva SRC, Castellanos-Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(4):349-55.
- 29- Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal do programa de saúde da Família (PSF) de Alagoinhas,BA. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):53-61.
- 30- Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes ESW. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em população adulta. *Rev Saúde Pública*2004;38(3):453-8.
- 31- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Abbès C, Massaro. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estático de fazer em saúde. Brasília:Ministério da Saúde; 2004.
- 32- Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*2000; 34(3):316-9.
- 33- Almeida GL, Garcia LFR, Almeida TL, Bittar TO, Pereira AC. Estudo do perfil sócio-econômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar em consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto/SP. *CiencOdontol Bras*. 2009;12(1):77-86.
- 34- Fundação Oswaldo Cruz. Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.
- 35- Teixeira R. O acolhimento num serviço de saúde como entendido como uma rede de conversação. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 89-112.

Anexo

ANEXO A: Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba

**CERTIFICADO**

Certificamos que o Projeto "Acolhimento odontológico: estratégia de aprimoramento no processo de trabalho em saúde bucal", sob a responsabilidade de ARTÊNIO JOSÉ ISPER GARBIN, está de acordo com os Princípios Éticos em Pesquisa e foi aprovado em 25/02/2011, de acordo com o Processo FOA-00648/10.

Araçatuba, 28 de fevereiro de 2011.

ALBERTO CARLOS BO FAZZO DELBEM
Coordenador do CEP

/abcs.

ANEXO B: Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva

Introdução

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um **tema específico** considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *RevPortClin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos.

Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O **resumo/abstract** terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/keywords). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor:

- a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados,
- b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e
- c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende **tabela** (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), **quadro** (elementos demonstrativos com informações textuais), **gráficos** (demonstração esquemática de um fato e suas variações), **figura** (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, **cinco** por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As **tabelas** e os **quadros** devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).
5. Os **gráficos** devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.
6. Os arquivos das **figuras** (mapa, por ex. Devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em **fotografia**. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua todos os autores)

Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerarioterapêutico de los usuários de una urgencia hospitalar. *CienSaudeColet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras. Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico**16. Artigo em formato eletrônico**

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade

da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.