

SARAH SILVA OSANAN

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE
SAÚDE BUCAL DE URGÊNCIA

BRUMADINHO/MINAS GERAIS

2012

SARAH SILVA OSANAN

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE
SAÚDE BUCAL DE URGÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Simone Dutra Lucas

BRUMADINHO/MINAS GERAIS

2012

SARAH SILVA OSANAN

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE
SAÚDE BUCAL DE URGÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Simone Dutra Lucas

Banca Examinadora:

Marcos Azeredo Furquim Werneck

17/07/2012

Resumo

Este estudo destaca a importância do Acolhimento com Classificação de Risco e da utilização de Protocolos para o bom desenvolvimento dos processos de trabalho e ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde. A organização dos serviços de urgência odontológica ainda é baseada na lógica da ordem de chegada, contrariando os princípios do SUS. O usuário utiliza o atendimento de urgência como porta de entrada no sistema e nós, os profissionais ainda negligenciamos a importância do acolhimento e da classificação de risco para o bom andamento do serviço. No desenvolvimento deste estudo foi feita revisão da literatura no período de Janeiro de 1998 a Maio de 2012, nas bases de dados LILACS E MEDLINE, através do site www.bireme.br. Foram também pesquisados sites do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte para consulta aos programas voltados para o Acolhimento com Classificação de Risco do usuário e Protocolos de Organização dos Serviços de Saúde. Conclui-se que a utilização de Protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco constitui ferramenta fundamental na organização dos serviços de saúde bucal de urgência, pois, prioriza a gravidade do caso clínico e organiza a agenda de acordo com a demanda do usuário.

Palavras Chave: Protocolos, Acolhimento, Classificação de Risco, Atendimento de Urgências, Saúde Bucal.

Abstract

This study will highlight the importance of reception with risk classification and protocols for a better development of the work processes and an increase in the solving capacity of health service systems. The dental urgency service is still structured on the basis of order of arrival, which is opposed to the SUS fundamentals. The patients use the emergency care as a first step in the health system, which strengthens the importance of a good reception and the use of risk classification to increase service quality. To develop the present study data was revised from several sources, including LILACS E MEDLINE (between January 1998 and May 2012) through the website www.bireme.com.br (last access on September 25, 2011) and GOOGLE ACADEMIC (last access September 28, 2011). There were also researches on the websites of “Ministério da Saúde”, “Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais” and “Prefeitura Municipal de Belo Horizonte”, to gather data on the public programs dedicated to the reception with risk classification of users and health services organization protocols. The purpose of the present study is to demonstrate that protocols for reception with risk classification is a critical tool for health care organizations.

Keywords: Protocols, Host, Risk Classification, Emergency Care, Oral Health.

Sumário

01 Introdução	07
02 Objetivos	09
03 Metodologia	10
04 Revisão de Literatura	11
05 Desenvolvimento	20
06 Considerações Finais	24
Referências	25
Anexo	

1 INTRODUÇÃO

O serviço de atendimento das urgências odontológicas é, muitas vezes, a porta de entrada escolhida pelos usuários para a resolução de seus problemas de saúde bucal. Essa realidade leva a uma assistência fragmentada, demanda desorganizada e insatisfação dos usuários com os serviços de saúde. Os profissionais de saúde mostram-se desmotivados frente à realidade de atendimento em massa, onde o que é valorizado é a quantidade e a rapidez da assistência prestada e não a sua qualidade e efetividade. Além disto, o atendimento é realizado por ordem de chegada, um problema organizacional onde não são estabelecidos critérios clínicos de classificação das necessidades dos usuários, ferindo o princípio de Equidade do Sistema Único de Saúde. Este princípio propõe que os serviços tratem desigualmente os desiguais na medida da sua desigualdade.

Como tecnologia capaz de melhorar esse quadro temos a proposta de organização através do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, dispositivo de mudança no processo de trabalho e produção de saúde. O Acolhimento é a expressão da escuta humanizada e qualificada. Apresenta-se como instrumento capaz de acolher o usuário e garantir acesso aos serviços de saúde. A Classificação de Risco é a definição da ordem de atendimento em função da queixa apresentada, construindo fluxos de atendimento organizados e gerando acesso, resposta e atendimento seguro, responsável e humanizado. O acolhimento com avaliação e classificação de risco é um processo dinâmico de inclusão organizada do usuário no sistema de saúde, capaz de melhorar a qualidade da assistência prestada.

No município de Brumadinho, onde atuo como Cirurgiã-Dentista do Programa de Saúde da Família, o serviço de atendimento às urgências odontológicas enfrenta os problemas relacionados acima. Todos os dias na Unidade de Saúde deparo-me com pacientes à procura do serviço de urgência, mas que, quando examinados apresentam queixas que se enquadram na demanda programada e poderiam ser agendados. Os usuários utilizam o horário de urgência como porta de entrada do serviço de Saúde Bucal, comparecem cedo à unidade, querem ser atendidos por ordem de chegada e independentemente da queixa apresentada. Esta situação, quando não enfrentada pela equipe de saúde bucal, acaba prejudicando o bom andamento da assistência odontológica. Diante do problema as alunas do Estágio Supervisionado em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais se propuseram a organizar o atendimento de urgências na Policlínica Municipal a fim de diminuir a

superlotação e priorizar o atendimento de acordo com critérios clínicos. Inicialmente as alunas realizaram um levantamento das urgências atendidas durante um mês na Policlínica. Foram consideradas urgências os casos de dor causada por cárie, abscessos, pulpites, pericoronarites, traumatismos e restabelecimento da função mastigatória. Foram incluídas as resinas compostas anteriores entre os casos de urgência por prejudicar a estética do paciente e a remoção de sutura por ser um procedimento rápido não necessitando de ocupar um horário na agenda. Verificaram que, no período estudado, de 91 procedimentos realizados, 40 eram urgências e 51 não eram. Ou seja, 56% dos casos poderiam ser agendados para posterior tratamento. São eles: restaurações posteriores, radiografias, exodontias e restaurações temporárias. A fim de organizar o atendimento das urgências odontológicas as alunas criaram um protocolo para acolhimento dos pacientes que comparecem ao serviço de urgência utilizando um formulário com perguntas que identifiquem se o caso é de urgência e qual é a sua gravidade.

O presente estudo justifica-se por apresentar o protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Serviços de Saúde Bucal criado no município de Brumadinho como uma alternativa de enfrentamento do problema de organização da demanda de urgência odontológica. Ao mesmo tempo, visa realizar uma revisão de literatura acerca do tema Acolhimento com Classificação de Risco e a importância dos Protocolos de Organização dos Serviços de Saúde. O mesmo se mostra pertinente e enriquecedor para os profissionais de Saúde Bucal que compartilham o problema apresentado.

2 OBJETIVOS

- a) Identificar a importância da criação de protocolos de organização dos serviços de saúde;
- b) Realizar uma revisão de literatura sobre o Acolhimento com Classificação de Risco;
- c) Apresentar o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Saúde Bucal para o serviço de saúde do município de Brumadinho

3 METODOLOGIA

Optou-se, neste trabalho, por fazer uma revisão bibliográfica da produção científica acerca do tema Acolhimento com Classificação de Risco e a importância dos Protocolos de Organização dos Serviços de Saúde. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: LILACS E MEDLINE através do site www.bireme.br GOOGLE ACADÊMICO. Foram também pesquisados sites do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte para consulta aos programas voltados para o Acolhimento com Classificação de Risco do usuário e Protocolos de Organização dos Serviços de Saúde no período de Janeiro de 1998 a Maio de 2012.

Palavras Chave: Protocolos, acolhimento, Classificação de Risco, Atendimento de Urgências, Saúde Bucal.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura serão abordados os temas ACOLHIMENTO, ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, e PROTOCOLOS DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE com a finalidade de ajudar os profissionais de saúde que compartilham dos problemas apresentados.

Acolhimento

Segundo o Ministério da Saúde, (BRASIL,2006,p.22):

“o Acolhimento pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população. Significa que a porta de entrada da unidade de saúde deve ser alterada, para assimilar a ruptura de todo aparato que signifique dificuldade de acesso dos usuários, tais como o cartaz definindo o número de consultas disponíveis, fichas e triagem. Além de garantir o acesso, é necessário reorganizar e qualificar a recepção nos serviços de saúde. Essa deve apenas orientar o fluxo do usuário no serviço, já que a decisão sobre o seu ingresso na assistência é da equipe.”

Para o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2006) a Atenção Básica aborda o indivíduo na sua forma mais complexa, considera as suas particularidades, o meio no qual está inserido e almeja o atendimento integral. Busca a promoção da saúde, a prevenção e a resolução das patologias já instaladas além de preocupar-se com os fatores que interferem no bem estar físico, social e mental do sujeito.

Segundo Travassos e Martins (2004) o processo de utilização dos serviços de saúde é resultado da relação entre o usuário que procura os serviços de saúde e o profissional que o conduz dentro do sistema. O uso efetivo e eficiente dos sistemas de saúde depende de fatores individuais e de características internas dos serviços de saúde. Ambos irão interferir na qualidade dos serviços prestados.

O principal critério para atendimento dos pacientes deve ser a gravidade ou o sofrimento do mesmo e não a ordem de chegada ao serviço. O atendimento a qualquer urgência deve ser priorizado quando estiver gerando dor ou sofrimento ao usuário. A urgência configura-se em um momento importante para localizarmos indivíduos com maior vulnerabilidade. (BRASIL,2006)

De acordo com Assis e Jesus (2010) o acolhimento do usuário ocorre no momento em que ele expressa a sua necessidade e no caminho que o mesmo percorre dentro dos serviços de saúde para resolver as suas necessidades.

Sem acolher e vincular não se caracteriza a responsabilização e tampouco a otimização tecnológica das resolubilidades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença. A partir dessa afirmação os serviços de saúde, e mais especificamente o Programa Saúde da Família - PSF, optaram por instituir espaços de acolhimento no seu processo de trabalho (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

O acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. Oferecer uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da ideia básica do acolhimento, que se construiu como diretriz operacional (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

O acolhimento faz parte das relações que implicam no acesso do usuário, na humanização destas relações e na responsabilidade para com a vida das pessoas. Nesse processo é possível envolver todos os trabalhadores da saúde, como forma de apresentar um atendimento de melhor qualidade, diferente daquele em que a saúde está somente nas mãos do núcleo intelectual formado por médicos (SANTOS, SUPERTI, MACEDO, 2002).

Acolhimento e vínculo dependem do modo de produção do trabalho em saúde. O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário (BRASIL, 2006). O vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo a participação ativa do segundo durante a prestação do serviço (SCHIMITH e LIMA, 2008).

A diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos não pode se resumir às Unidades Básicas de Saúde - UBS, mas deve permear todo o sistema, modulando os demais níveis da assistência (especialidades, urgência, hospitais), as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva (SOLLA, 2006; BRASIL, 2006). Nesta perspectiva alguns conceitos são importantes: a) Acolhimento: ato ou efeito de acolher, recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho; b) Acolher: dar acolhida ou agasalho, hospedar, receber, atender, dar crédito, dar ouvidos, admitir, aceitar, tomar em consideração, atender; c) Vínculo: tudo o que ata, liga ou aperta, ligação moral, ônus,

restrições, relação, subordinação, nexos, sentido (AZAMBUJA *et al.*, 2007; SANTOS, SUPERTI, MACEDO, 2002).

O acolhimento é um dos conceitos que se articula ao princípio da Integralidade podendo ser pensado em três dimensões: a) como postura: ao se referir à atitude por parte dos profissionais de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas; b) como incorporação da escuta e da conversa vistos como importantes instrumentos de trabalho; c) como técnica que instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas que facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados (AZAMBUJA *et al.*, 2007; SOLLA, 2006).

É um momento em que o trabalhador utiliza seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários e pressupõe o envolvimento de toda a equipe que, por sua vez, deve assumir postura capaz de acolher, de escutar e dar respostas mais adequadas a cada usuário, responsabilizando-se e criando vínculos. Pode ser visto como um dispositivo de garantia para a entrada da demanda espontânea dos usuários nas unidades, como forma de acolher o sofrimento e a doença ultrapassando a lógica programática, que excluía a entrada de usuários que não se enquadravam nos programas e prioridades estabelecidos (TURCI, 2008; SCHIMITH e LIMA, 2008; SOLLA, 2006).

O acolher não é só verificar sinais vitais: significa um olhar mais humano, identificar quem precisa mais, dar prioridade, dar mais a quem precisa mais, ter equidade (COELHO e JORGE, 2008).

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Significa reconhecer o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2009).

O acolhimento passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito. O acolhimento na saúde é a construção de um novo modo de ver a doença, como responsabilidade social, a construção de solidariedade, compromisso e construção da cidadania (SANTOS, SUPERTI, MACEDO, 2002).

O acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada: pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e

intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais (SOLLA, 2006; BRASIL, 2006).

A classificação de risco é um processo dinâmico. Aqueles que ainda não foram atendidos devem ser constantemente reavaliados. É muito importante que os usuários sejam esclarecidos sobre a organização do atendimento na urgência por meio do acolhimento com classificação de risco (WERNECK *et al.*, 2009).

Princípios do Acolhimento

a) atender a todas as pessoas → acessibilidade universal; b) reorganizar o processo de trabalho (médico → equipe de acolhimento); c) qualificar a relação trabalhador/usuário → parâmetros humanitários, solidariedade, cidadania (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004; FRANCO, BUENO, MERHY, 1999; GOMES e PINHEIRO, 2005; SOLLA, 2006).

Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, se sensibilizando com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal (GOMES e PINHEIRO 2005)

Tem que ser em um local em que o usuário não se sinta inibido, que saiba que vai ser bem atendido e saiba para onde se dirigir. É um elo do profissional como ser humano: ver o paciente como um todo. Quando se vai atender o paciente às vezes ele não quer o remédio, mas uma simples palavra que vale mais do que a medicação. As relações humanizadas entre profissionais de saúde e usuários exigem, de partida, alcançar uma sensibilidade do profissional para com o sofrimento do outro: o seu paciente (COELHO e JORGE, 2008).

No Brasil a saúde bucal e as práticas odontológicas caminharam durante muito tempo de forma independente e distantes da organização dos demais serviços de saúde. Hoje em dia observamos uma mudança neste quadro. Já se pode observar uma maior integração da Saúde Bucal aos demais serviços de saúde a partir da reunião dos saberes e práticas que direcionam para a promoção e vigilância em saúde, revisão das práticas de abordagem familiar e defesa da vida (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento é um instrumento de conhecimento e compreensão da

realidade. Permite analisar os problemas e as necessidades da população, bem como busca soluções efetivas através de um plano de ação. Torna possível, através de ações estratégicas e criação de metas, o acompanhamento e avaliação das operações propostas. O êxito do planejamento está relacionado ao envolvimento dos profissionais e das lideranças e/ou representantes da comunidade.

Os serviços de saúde bucal devem organizar-se para acolher a demanda espontânea e os casos de urgência além de dar respostas às necessidades que a população manifesta. São muito importantes na prestação de um serviço de saúde resolutivo e no fortalecimento e legitimidade da equipe na comunidade em que está inserida. A equipe de saúde deve estar preparada para receber a população das mais diversas maneiras, respeitando a individualidade e o momento em que cada um se encontra. (BRASIL,2006)

Em muitos serviços de atendimentos às urgências,observamos longas filas de espera, com pessoas aguardando atendimento e sem nenhum critério de classificação a não ser a ordem de chegada. A falta de classificação do risco ou gravidade da situação do paciente pode levar ao agravamento do quadro inicial e até à morte por causa da demora no atendimento (BRASIL,2009).

O serviço, organizado desta maneira, privilegia a produção de procedimentos e atividades ao invés de analisar os resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Os profissionais muitas vezes encontram-se atarefados e não conseguem avaliar o próprio processo de trabalho e tampouco modificá-lo. Esse funcionamento demonstra a lógica perversa dos serviços de urgência, onde o foco é a doença e não o indivíduo. O problema acaba sendo transferido ao invés de ser resolvido. (BRASIL,2009)

Acolhimento com avaliação e classificação de risco

O Acolhimento com Avaliação de risco pode ser considerado como uma ferramenta importante na reorganização dos serviços de urgência e na instalação da produção de saúde em rede, pois vai além da gestão local e reafirma a coexistência das macro e micro políticas .(BRASIL,2009).

Segundo o Ministério da Saúde,(BRASIL, 2009, p24) “A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores

condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.”

Atualmente a classificação de risco é utilizada em muitos países, dentre eles o Brasil. Para essa classificação foram desenvolvidos protocolos que têm como objetivo principal o atendimento aos casos que necessitam de conduta imediata. Todos são baseados na avaliação do paciente (BRASIL,2009).

Segundo Junior *et al.*(2002) a Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe que as unidades de atendimento de urgência devem realizar o acolhimento e a triagem classificatória de risco. E que este processo deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, treinado especificamente para isto e que devem ser utilizados protocolos pré-estabelecidos com o objetivo de avaliar o grau de urgência de cada paciente.

O Ministério da Saúde, busca padronizar o acolhimento com classificação de risco por meio da uniformização do processo em todo o país(TOLEDO *et al.* ,2011) .

Protocolos.

Segundo WERNECK *et al.* (2009, p 31):

“Os protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde.”

O protocolo de classificação de risco é instrumento eficiente e necessário, mas sozinho não consegue solucionar todos os problemas. Não tem como objetivo considerar os aspectos sociais, culturais e emocionais, fundamentais para a efetiva avaliação do risco e vulnerabilidade do indivíduo(WERNECK *et al.* 2009).

O protocolo construído com base na literatura pré-existente mas adaptado às características de cada serviço e ao contexto ao qual está inserido nas redes de saúde facilita a interação da equipe e valoriza os trabalhadores da urgência. Os serviços de uma mesma região devem desenvolver critérios semelhantes de organização para facilitar a construção das redes de atendimento (WERNECK *et al.*, 2009).

O protocolo de classificação de risco inclusivo, não deve transferir o problema ou reencaminhar ninguém sem atendimento. Deve organizar a demanda e garantir o atendimento a todos (WERNECK *et al.* 2009.)

Segundo Hebling *et al.*,(2007), os protocolos são um grupo de regras, padrões e especificações técnicas que regulam os atos públicos. A aplicação de protocolos deve facilitar a gestão das ações e respeitar os princípios do SUS.

A utilização de protocolos oferece respaldo legal para atuação dos profissionais, mas não podemos deixar de acolher e classificar. Nesse processo a escuta e a disposição para escutar são importantes para estabelecermos uma relação acolhedora com o usuário e sermos capazes de oferecer uma classificação de risco humanizada, com maior acesso dos usuários aos serviços de saúde(TOLEDO *et al.*,2011).

WERNECK *et al.*(2009, p.9) afirmam que:

“Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas.”

Atualmente o uso de protocolos faz parte do cotidiano da maioria dos municípios brasileiros. Muitos deles elaboram protocolos próprios, a partir de suas necessidades particulares (WERNECK *et al.* ,2009).

Os protocolos seguem as diretrizes do SUS e por isso não podem ser considerados neutros, influenciam nos modelos de atenção e são ferramentas essenciais no planejamento, implantação e avaliação das ações de saúde, além contribuir para a padronização dos serviços e do processo de trabalho (WERNECK *et al.*,2009).

Segundo o Ministério da Saúde

“Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar” (BRASIL, 2008,p.2).

Segundo Werneck *et al.* (2009,p.31), os protocolos podem ser clínicos ou de organização dos serviços:

Protocolos de organização dos serviços: são instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de

avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais. Protocolos de organização dos serviços referem-se principalmente à organização do processo de trabalho. Em relação a essa organização, exigem a definição do “que fazer” e de “quem fazer”.

Protocolos clínicos: são instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, as ações preventivas, promocionais e educativas

Os protocolos podem ser ferramentas úteis na organização dos serviços de saúde e do processo de trabalho, porém o seu emprego apresenta limites uma vez que ações pré estabelecidas podem não responder efetivamente às necessidades do indivíduo em situações particulares (WERNECK *et al.*, 2009).

Os protocolos são instrumentos empregados diante da necessidade de melhor organização dos serviços ou diante da necessidade de resolução dos problemas estabelecidos (WERNECK *et AL.*, 2009).

É muito importante que, no caso dos protocolos, os problemas a serem enfrentados sejam conhecidos a fundo. Os objetivos almejados devem ser definidos para que não seja aceito qualquer caminho para a solução dos problemas. A falta de padronização das ações pode levar a uma gestão fragilizada dos serviços de saúde uma vez que há uma grande variação nos modos de resolver ou encarar determinada situação WERNECK *et al.* (2009).

Os protocolos não conseguem resolver todas as situações, principalmente as imprevistas. Às vezes são adaptações de protocolos internacionais que nem sempre são adequados para as necessidades brasileiras (WERNECK *et al.* ,2009).

O uso de protocolos deve ser planejado. Desencadeia a necessidade de acompanhamento constante por parte dos gestores, que devem avaliar a efetividade dos protocolos e as relações criadas por eles (WERNECK *et al.*, 2009).

“Protocolos são instrumentos importantes para o desenvolvimento das ações de saúde e devem ser empregados com critérios técnicos, científicos e políticos. Podem ser úteis à organização do processo de trabalho e à construção do modelo de atenção:

- Na possibilidade de se reduzir a variação de práticas clínicas, proporcionando mais efetividade e eficiência no cuidado às pessoas;
- na padronização de rotinas de trabalho, procedimentos clínicos e fluxos internos e externos em uma unidade de saúde;
- na utilização científica de procedimentos e ações, bem como na introdução de novos conhecimentos, métodos e insumos;

- na implementação de medidas para aumentar o acesso (acolhimento, visitas domiciliares, ações intersetoriais);
- no estabelecimento de relações mais efetivas com os usuários;
- na produção de indicadores e no estabelecimento de metas, propiciando um processo mais efetivo de planejamento e avaliação.” (WERNECK *et al.*,2009, p.50).

É possível afirmar que os protocolos são instrumentos de mudança efetivos e que observamos aumento na capacidade crítica dos profissionais. O desempenho e postura, individual e coletiva, melhoram e o trabalho acaba gerando mais saúde (WERNECK *et al.*,2009).

A implantação de protocolos em âmbito nacional é fruto de um longo processo, não ocorre sempre de maneira imediata(WERNECK *et al.*,2009).

Os protocolos devem acompanhar a evolução técnica e científica e passar por constantes atualizações (WERNECK *et al.*,2009).

Um protocolo de organização de serviços deve acompanhar e obedecer aos princípios e diretrizes do SUS e das secretarias estaduais e municipais de saúde, além dos protocolos de serviço que já existem (WERNECK *et al.*,2009).

Para a implantação de um protocolo a equipe ou os profissionais envolvidos devem ser capacitados, se necessário, para que as ações sejam realizadas com segurança e responsabilidade (WERNECK *et al.*,2009).

Os protocolos têm validade transitória, devem ser sempre avaliados e modificados quando necessários (WERNECK *et al.*,2009).

O uso de protocolos para a sistematização do atendimento melhora a integração entre as equipes técnicas, padroniza as condutas e abre possibilidades para a incorporação de novas tecnologias (SCHNEID *et al.* ,2003).

5 DESENVOLVIMENTO

Diante do cenário de atendimento de urgência odontológica observado no município de Brumadinho, onde a urgência é utilizada pelos usuários como porta de entrada do serviço de saúde bucal e os pacientes são atendidos por ordem de chegada independentemente da queixa apresentada, as alunas do Estágio Supervisionado em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais desenvolveram um protocolo de atendimento às urgências odontológicas.

Durante um mês, foi realizado um levantamento das urgências atendidas na policlínica do município de Brumadinho através da disciplina Estágio Supervisionado em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Foram consideradas urgências, os casos de dor causada por cárie, abscessos, pulpites, pericoronarites, traumatismos e restabelecimento da função mastigatória. Foram incluídas as resinas compostas anteriores entre os casos de urgência por prejudicar a estética do paciente e a remoção de sutura por ser um procedimento rápido não necessitando de ocupar um horário na agenda. Verificou-se que, de 91 procedimentos realizados, 40 eram urgências e 51 não eram. Ou seja, 56% dos casos poderiam ser agendados para posterior tratamento. São eles: restaurações posteriores, radiografias, exodontias e restaurações temporárias.

Diante desses dados, foi proposta a organização do atendimento de urgências na Policlínica para diminuir a superlotação e priorizar o atendimento de acordo com critérios clínicos e ordem de chegada. O protocolo utiliza um formulário com perguntas que identificam se o caso é de urgência e qual é a sua gravidade.

No Protocolo criado, o acolhimento do paciente de urgência deve ser realizado por uma Auxiliar de Saúde Bucal - ASB ou Técnica de Saúde Bucal - TSB treinadas por um cirurgião dentista. Além disso, a sala de espera deve ser organizada por cores que indiquem a

classificação de risco. Essa classificação foi baseada no Protocolo de Manchester (MINAS GERAIS, 2009), que vem sendo empregado nas redes de serviços de saúde e no manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). Eles têm como objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.

- Vermelho – necessidade de atendimento imediato. (urgência maior)
- Amarelo – atendimento em até 30 minutos. (urgência menor)
- Azul – não urgente. (o atendimento pode ser agendado)

Para facilitar o trabalho foi proposto um Prontuário de Acolhimento das Urgências, com perguntas de fácil compreensão, pelos Auxiliares de Saúde Bucal e usuários, elaboradas a partir dos problemas encontrados no serviço de urgência, que irão ajudar o cirurgião-dentista na classificação de risco e que possibilitarão o correto diagnóstico.

O trabalho da ASB ou TSB deverá ser realizado em 30 minutos antes do horário de início do atendimento clínico. Os pacientes aguardam o atendimento na sala de espera e são chamados pelo nome na ordem estabelecida pelo acolhimento. Os prontuários, preenchidos pelos ASBs são repassados aos Cirurgião-Dentista que os analisam. O cirurgião-dentista identifica a hipótese diagnóstica e estabelece a ordem de prioridades para o atendimento. Sempre que possível, salvo os casos de urgência maior, são priorizadas as gestantes, os portadores de deficiências e os idosos. Os casos que puderem ser agendados são encaminhados para uma consulta programada.

A partir da identificação da queixa e exame do paciente, o cirurgião dentista dá o diagnóstico do caso, realiza o atendimento e preenche o restante do prontuário (conduta imediata, tratamento indicado, propedêutica, trabalhos realizados e retornos). Ao final do Prontuário consta a assinatura do paciente ou responsável e do Cirurgião-dentista.

Os casos que necessitam de atendimento imediato são: a) pericoronarites; b) alveolites; c) abscessos; d) hemorragias; e) pulpites agudas; f) traumatismos; g) restaurações anteriores.

São consideradas urgências menores: a) os casos de dor causada por cárie, b) sensibilidade dentinária causada por fraturas, c) restabelecimento da função mastigatória

Os casos não urgentes são: a) radiografias, b) remoção de sutura; c) exodontias sem sintomatologia dolorosa.

Foram elaboradas três versões do prontuário utilizado no Acolhimento. Após aplicação da primeira versão em 50 pacientes ele foi reformulado. Isto aconteceu porque o mesmo era extenso e as perguntas não estavam sendo claras e bem direcionadas. Para que fosse realizada a classificação de risco o questionário deveria ser lido e analisado novamente, o que demandava muito tempo do cirurgião-dentista. Também foi constatado que a concordância entre a hipótese diagnóstica e o diagnóstico final não era satisfatória. Como solução destes problemas foi inserida no formulário a identificação de risco por cores, o que simplificava, sintetizava e agilizava a classificação, as perguntas do questionário também foram reformuladas. Esta segunda versão foi aplicada em 50 pacientes, houve uma concordância entre a hipótese diagnóstica e o diagnóstico final em 75% dos casos. A classificação se tornou mais rápida, mas o percentual de concordância ainda foi considerado baixo, o dentista acabava tendo que classificar novamente o usuário no momento do diagnóstico final. Isso gerava desconforto para o paciente e a tentativa de agilizar e otimizar o serviço não estava sendo atingida, a organização da demanda não estava sendo realizada corretamente. A concordância entre a hipótese diagnóstica e o diagnóstico clínico se deve ao fato que é a hipótese diagnóstica que define a ordem de atendimento dos usuários.

Neste momento as perguntas foram reformuladas novamente para que o formulário se tornasse mais efetivo, dando origem a terceira versão do protocolo, sendo esta definitiva e apresentada no Anexo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário atual do atendimento às urgências odontológicas ainda não é o que almejamos, a lógica do serviço de saúde que se baseia na quantidade e não na qualidade da assistência prestada é presente no nosso dia a dia e modificá-la exige empenho. Acolher e classificar a ordem de atendimento, baseando-se no risco que o paciente apresenta, torna o serviço mais humano, mais eficiente e capaz de dar respostas a todos aqueles que o procuram.

O protocolo apresentado é uma alternativa às dificuldades apresentadas, revela-se como auxílio na nossa rotina de atendimento das urgências odontológicas uma vez que classifica o usuário de acordo com a sua necessidade e o conduz dentro do serviço. Como todo protocolo, exige constante avaliação e adequação à realidade do local mas é, por si só, um meio de organização da demanda. Um protocolo não pode ser rígido e sim ser capaz de lidar com as particularidades de cada paciente. Cabe aos profissionais serem hábeis para lidar com a situação.

O planejamento, a integração com a comunidade e o comprometimento dos profissionais enquanto equipe são pilares da construção de um serviço de saúde em consonância com os princípios de Integralidade, Equidade e Universalidade do SUS.

REFERÊNCIAS

1. ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A.; Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(1): 161-170, 2010
2. AZAMBUJA, M.P.R.; DEBASTIANI, C.; DUARTE, C. C.; MINOZZO, F.; SOUZA, A. C. Relato de experiência: o acolhimento em grupo como estratégia para a integralidade. **Psio-USF**, v.12, n.1, p.121-124, jan./jun./2007.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica:saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v.17
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. **Diretrizes Clínicas/protocolos Assistenciais**. Manual Operacional. Porto Alegre, 2008.11p.
5. 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.
6. COELHO, M. O. ; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva** – on line – Acesso out/2008.
7. FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, 38(2):143-51, 2004.
8. FRANCO, T. B.; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 15 (2):345-353, 1999.
9. GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface, Comunic., Saúde, Educ**, v.9, n.17, p. 287-301, mar/ago 2005.
10. HEBLING, S.R.F. *et al.* Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12 (4): 1067-1078, 2007
11. JUNIOR, E.A.S. *et al.* **Acolhimento com Classificação de Risco**. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte, 2002.

12. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.
13. SANTOS, D. L. C.; SUPERTI, L.; MACEDO, M. S. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. **Boletim da Saúde**, v. 16, n.2, p. 30-51, 2002.
14. SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, vol. 20, n.6, Nov/Dec, 2008.
15. SCHNEID, S. *et.al.* Protocolos Clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v.47, n.2, p.104-114, abr/jan.2003.
16. SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** – on line – v. 5, n.4, out/dez, 2006.
17. TOLEDO, A.D. ;SOUZA, C.C. ; TADEU, L.F.R.; CHIANCA, T.C.M. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. jan-fev 2011
18. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 sup 2:5190-5198, 2004
19. TURCI, M. A. Acolhimento e demanda espontânea In: **Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.
20. WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolos de Cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009

ANEXO

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DE URGÊNCIA

Vermelho () Pericoronarites, alveolites, abscessos, hemorragias, pulpites agudas, traumatismos e restaurações anteriores

Amarelo () Dor causada por cárie, sensibilidade dentinária causada por fraturas, restabelecimento da função mastigatória

Azul () Radiografias, remoção de sutura, exodontias sem sintomatologia dolorosa.

Nome do paciente: _____ Ordem da chegada: _____

Endereço: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Data de nascimento: _____ Data de realização do Acolhimento: _____

1) Por que você procurou o serviço de saúde bucal hoje?

a) Radiografia

b) Remoção de ponto de cirurgia

c) Hemorragia

d) Traumatismo (quedas, socos, acidentes de trânsito, etc.)

e) Outro motivo : _____

2) História da doença atual: _____

3) Você dormiu bem esta noite? () Sim () Não

4) O seu rosto está inchado por causa do dente? () Sim () Não

5) A restauração do dente soltou? () Sim () Não

Em caso afirmativo há quanto tempo? () dias () meses.

() Dente anterior () Dente posterior

6) Você está com dor de dente? () Sim () Não

7) Você tomou algum medicamento para a dor que está sentindo?

() Sim. Quais? _____ Não ()

8) Como é a dor no dente?

() Dói sem parar

() Dói quando encosta os dentes de cima nos dentes de baixo

() Dói com alimentos doces ou gelados

9) Você está com dificuldade para engolir ou abrir a boca? () Sim () Não

10) A dor é no local onde foi extraído um dente recentemente? () Sim () Não

11) A dor é na gengiva? () Sim () Não

12) O dente está "bambo"? () Sim () Não

13) Outras informações: _____

14) Hipótese Diagnóstica: _____

15) Diagnóstico: _____

16) Conduta imediata: _____

17) Tratamento indicado: _____

18) Há a necessidade de interconsulta? Sim () Não () Qual? _____

19) Encaminhamento para a Atenção Especializada? Sim () Não () Qual? _____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Nome e assinatura do cirurgião dentista: _____