

O ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, FORTALEZA-CE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

The embracement of oral health users in the Family Health Strategy, Fortaleza-CE: an experience practice

Sharmênia de Araújo Soares Nuto¹, Giselle Cavalcante de Oliveira²,
Juliana Vieira de Andrade³, Maria Cristina Germano Maia⁴

RESUMO

No contexto da integração ensino-serviço, o acolhimento em saúde bucal foi implementado a partir de 25 de março de 2008, em um Centro de Saúde da Família (CSF), na cidade de Fortaleza-CE, em virtude da grande necessidade de se organizar o processo de trabalho da odontologia e melhorar a relação entre a equipe de saúde bucal (ESB) e os usuários. O processo de acolhimento divide-se em três etapas. Primeiramente, seu objetivo é explicado aos presentes e com eles pactuam-se os critérios para definir a ordem de prioridade para o atendimento. Após o que se dividem adultos e crianças em diferentes espaços e em pequenos grupos, para os quais são realizadas ações de educação em saúde. Num segundo momento, é realizado o exame de necessidades em saúde bucal. Os alunos e dentistas dividem-se em duplas. Cada paciente é examinado e classificado de acordo com o risco a que o mesmo está exposto. Essa informação é registrada em um cartão, que depois de carimbado e assinado, é entregue ao paciente. No terceiro momento, de posse do cartão, o usuário dirige-se a outra sala para o agendamento da consulta, caso haja necessidade. Entre março e novembro de 2008, foram atendidos 2.385 usuários, entre os quais 404 (16,9 %) não possuíam necessidade (risco 0), 870 (36,4 %) teriam sua necessidade resolvida numa única sessão clínica (pronto-atendimento), 654 (27,4 %) possuíam necessidades múltiplas (risco 1), 133 (5,5 %) necessidades intermediárias (risco 2) e 324 (13,5 %) pequenas necessidades. Ao somarmos os valores de risco zero e pronto atendimento, identificamos que, 53,3 % dos usuários teriam suas necessidades odontológicas resolvidas no próprio acolhimento ou somente em uma única sessão

ABSTRACT

In the context of teaching-service integration, embracement of oral health users started from March 25th, 2008 in a Family Health Center (FHC), in the city of Fortaleza (Ceará State - Brazil), due to the great need to organize the working process in dental service and improve the relationship between the oral health team (OHT) and the users. The embracement process is divided into three stages. At first, its aim is explained to all presents, with whom criteria to define the order of priority for service provision is decided. After that, adults and children are divided into different spaces and in small groups, with whom health education activities are conducted. In a second moment, the oral health examination is performed. The students and dentists are divided into pairs. Each patient is examined and classified according to the risk he/she is exposed to. This information is registered in a card, which, after being stamped and signed, is delivered to the patient. In a third stage, handling the card, the user goes to another room to schedule a consultation, if necessary. Between March and November 2008, 2.385 users were seen, of whom 404 (16.9 %) did not present any need (0 risk), 870 (36.4 %) would have their need resolved with one single consultation (first aid care), 654 (27.4 %) presented multiple needs (1 risk), 133 (5.5 %) had intermediate needs (2 risks) and 324 (13.5 %) small needs. Adding up the values of 0 risk and first aid care, we identified that 53.3% of the users would have their dental needs resolved either at the embracement

¹ Sharmênia de Araújo Soares Nuto, professora de Saúde Coletiva, do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: nuto@unifor.br

² Giselle Cavalcante de Oliveira, Cirurgiã Dentista, especialista em Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Fortaleza

³ Juliana Vieira de Andrade, Cirurgiã Dentista, especialista em Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Fortaleza

⁴ Maria Cristina Germano Maia, Professora de Saúde Coletiva e Clínica Infantil, Mestre em Saúde Pública

clínica. Essa análise está sendo importante para o serviço, pois aponta para a necessidade de readequação do processo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Humanização da Assistência; Equidade em Saúde; Saúde Bucal

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) define acolhimento como uma ação tecno-assistencial, em que o usuário é sujeito ativo no processo de produção de saúde, sendo mediada por parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.¹ Ramos e Lima² afirmam que o acolhimento existente na unidade de saúde tem o papel primordial de superar dificuldades e vincular o usuário ao serviço.

Assim, o acolhimento consiste na abertura dos serviços para a demanda, facilitando os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos, assumindo o serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários.^{1,3,4} Na atual política de humanização do Sistema Único de Saúde - HumanizaSUS, o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância, pois engloba as dimensões ética, compromisso com a importância do outro; estética, dignificação da vida e do viver; política, compromisso coletivo com as potencialidades de todos.⁴

A partir dessa abordagem, concordamos com Franco, Bueno e Merhy^{5,346} quando dizem que

o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida. Reconhecemos que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença.

Quando isso não ocorre, o acolhimento deixa de ser responsabilidade de todos, não sendo uma atitude da equipe de saúde, diante do usuário e suas demandas, e passa a ser apenas mais um procedimento burocrático do serviço.⁶

O acolhimento requer mudanças de posturas e de práticas, não somente no processo de trabalho da unidade de saúde, mas na forma como os sujeitos, profissionais de saúde e usuários, constroem vínculos em suas vidas.⁴

Schimith e Lima³, tendo estudado o acolhimento na Estratégia de Saúde da Família, reforça a importância da

itself or within a single clinical consultation. This analysis is very important for the service, for it indicates the need to rearrange the working process.

KEY WORDS: User Embrace; Humanization of Assistance; Equity in Health; Oral Health

mudança no processo de trabalho para a estruturação de um acolhimento eficaz, em que deve haver participação e responsabilização por todos da equipe.

O acolhimento da Odontologia foi implementado no Centro de Saúde da Família Francisco Melo Jaborandi em virtude da grande necessidade de organizar o processo de trabalho. A população de abrangência da unidade de saúde corresponde a aproximadamente 35.000 pessoas, com quatro equipes de saúde da família, quatro equipes de saúde bucal, mas com o suporte tecnológico de apenas um equipamento odontológico, com horários de atendimento divididos em quatro turnos (manhã, intermediário, tarde e noite).

A partir desta realidade vivenciada pela equipe de saúde bucal e o incentivo da gestão municipal, que adota, como uma das linhas diretivas da política municipal de saúde bucal, a humanização do cuidado como desenvolvimento de processos de acolhimento, qualificação e resolutividade da clínica odontológica, co-gestão e controle social⁷, buscou-se a implementação do acolhimento odontológico, em parceria com docentes e discentes do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza. Acredita-se que o acolhimento, além de facilitar o vínculo entre profissional/paciente, estimula a autonomia e a cidadania, pois promove a participação e a equidade³, além de eleger as necessidades clínicas prioritárias.

DESENVOLVIMENTO

Organização do Acolhimento com Classificação de Risco

O acolhimento da Odontologia no Centro de Saúde da Família (CSF) Francisco Melo Jaborandi iniciou-se em 25 de março de 2008, na Associação de Moradores do São Cristóvão. As atividades desenvolveram-se sempre às tardes de terças-feiras, no espaço cedido pela Associação de moradores do bairro. Neste momento, participavam das atividades, dentistas, auxiliares, agentes de saúde de todas as equipes da Unidade de Saúde e alunos/ professor do estágio extra-mural do curso de Odontologia da UNIFOR.

O acolhimento divide-se basicamente em três etapas: a primeira, uma atividade de caráter educativo; a segunda, o exame de necessidades; e a terceira, o agendamento clínico, quando necessário.

Inicialmente, o (a) facilitador (a) explica o objetivo do acolhimento e pactua com os usuários os critérios para definir a ordem de atendimento. No quadro, são listados todos os grupos presentes, por exemplo: idosos, gestantes, crianças, pacientes especiais etc. Em seguida, o (a) facilitador (a) organiza o processo de votação, em que é definida a ordem de atendimento dos grupos. Não são distribuídas fichas. O grupo é dividido em espaços diferentes entre adultos e crianças e enquanto espera o momento de ser atendido são realizadas atividades educativas. A cada semana, um subgrupo de alunos prepara uma atividade educativa às crianças e outro subgrupo aos adultos. As atividades educativas, com duração em média de 30 minutos, utilizam-se das mais diversas metodologias pedagógicas, das quais todos os interessados participam, abordando diversos assuntos relativos à saúde e saúde bucal. Desta forma, cada pessoa que chega ao Acolhimento deve participar da atividade educativa antes de fazer o exame intra-oral.

O segundo momento compreende os exames que consistem de: o exame intra-oral propriamente dito, discussão da situação de saúde bucal e definição, junto com o usuário, dos encaminhamentos necessários.

Ao final do exame de necessidades, o paciente recebe um cartão carimbado e assinado informando o risco em que ele se enquadra. De posse deste cartão, ele se dirige a outra sala para o agendamento do início do tratamento, constituindo o terceiro momento. Desta forma, são evitadas as filas na frente do setor de Odontologia e as constantes interrupções durante as consultas.

METODOLOGIA DOS EXAMES

Os alunos e dentistas dividem-se em duplas, que examinam cada paciente e classificam de acordo com o risco a que o mesmo está exposto. A classificação, determinada pelos profissionais da ESF, docente e discentes, ficou assim definida (quadro 1):

- Risco Zero: Pacientes saudáveis; com manchas brancas e/ou gengivite leve sem cálculo.
- Risco 1: Pacientes com necessidades de cirurgia simples, com múltiplas cavidades de cárie (ativas) ou com periodontite avançada e lesões de mucosa. Os pacientes classificados como risco 1 terão, prioritariamente, a consulta agendada para iniciar o tratamento, buscando atender todas as suas necessidades.

- Risco 2: Pacientes com cavidades de cárie pequenas e ou isoladas ou com periodontite leve. Os pacientes de risco 2 são a segunda prioridade para o agendamento do início do tratamento.
- Risco 3: Paciente com cavidades de cárie crônicas ou gengivite com cálculo. Os pacientes de risco 3 são a terceira prioridade para o agendamento do início do tratamento.
- Pronto-atendimento: Paciente que apresenta dor (urgência) ou que necessita somente de um encaminhamento para um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou para a UNIFOR ou, ainda, que possuir uma necessidade odontológica que possa ser resolvida em uma única sessão.

Os pacientes de riscos 1, 2, 3, que iniciem o tratamento, só terão alta após concluir todas as suas necessidades, ou seja, seus retornos serão agendados automaticamente, a cada visita, sem necessidade de retorno ao Acolhimento. Se o paciente for classificado no pronto-atendimento, ele terá uma consulta agendada com preferência igual ao risco 1, entretanto só poderá ser atendido em uma única sessão. Se o mesmo, após a consulta, necessitar de atendimento novamente, ele deverá comparecer ao acolhimento mais uma vez para o agendamento.

Segundo Cury⁸, quando um paciente chega para o tratamento de cárie, geralmente apresenta manifestação da doença como cavidade, mas também apresenta outras superfícies com lesões de manchas brancas, devendo ser considerado o efeito terapêutico da aplicação tópica de flúor profissional (ATFP) e ainda completa que “deste modo, quando da adequação do paciente e da sua boca, em termos de controle de doença, após o uso de ATFP seriadas se consegue inclusive reverter essas lesões.” Concordando com Cury⁸ e Meneghim et al.⁹, foi reforçada a necessidade de associação de abordagem populacional na utilização de fluoretos, como também, a complementação do seu uso tópico em pacientes de alto risco.

Portanto, no caso do paciente apresentar no acolhimento um quadro de manchas brancas ativas de cárie, o mesmo é convidado a comparecer ao acolhimento a cada semana para a aplicação de flúor gel, durante quatro momentos. Cada vez que o paciente retorna, seu cartão é carimbado com a data referente à aplicação do flúor, para ser feito o correto controle dessas aplicações. Da mesma forma, se o paciente apresentar gengivite em fase inicial (sem cálculo), o mesmo também deverá comparecer ao acolhimento por mais três semanas, com o intuito de assistir à atividade educativa e realizar a escovação supervisionada, visando o

aprimoramento do hábito da escovação. Nessas ocasiões, semelhante à aplicação do flúor, o paciente também tem seu cartão devidamente carimbado para o controle da escovação supervisionada.

Consolidação das atividades desenvolvidas

Desde o início do Acolhimento, todas as terças-feiras, as atividades estão sendo realizadas regularmente. Entre os dias 25/03/08 e 4/11/08 foram atendidos 2.385 pacientes, sendo 404 (17 %) classificados como risco zero, ou seja, são usuários sem necessidades de intervenções no consultório odontológico, mas que necessitavam de atividades preventivas ou ansiavam em saber da sua condição bucal (Tabela 1). Durante este período, 1.524 (64 %) pacientes necessitavam com urgência de atendimento odontológico, sendo que 870 (36,5%) destes tiveram seus problemas resolvidos em uma única sessão (Tabela 1). Esta informação foi útil para a reorganização da agenda clínica, onde foram redimensionadas as vagas de pronto atendimento, pois estas vagas aumentadas proporcionam uma maior quantidade de usuários com seus problemas resolvidos.

Tabela 1 - Número absoluto e percentual dos pacientes atendidos, de acordo com o risco, entre 25/03/08 a 4/11/08, no Acolhimento em saúde bucal no CSF Francisco Melo Jaborandi, Fortaleza-CE, 2009.

Tipo de Risco	n	%
Risco 0	404	17,0
Risco 1	654	27,5
Risco 2	133	5,5
Risco 3	324	13,5
PA	870	36,5
Total	2.385	100,0

Tabela 2 - Número absoluto e percentual dos pacientes atendidos, de acordo com os encaminhamentos realizados, entre 25/03/08 a 4/11/08, no Acolhimento em saúde bucal no CSF Francisco Melo Jaborandi, Fortaleza-CE, 2009.

Crítérios de Encaminhamento	n	%
CSF Melo Jaborandi	1.487	62,3
UNIFOR	52	2,2
CSF Melo Jaborandi p/ encaminhamento para os CEO's	38	1,6
Projeto de Lesões	8	0,3
Fluorterapia	88	3,6
Nenhum encaminhamento	712	30
Total	2.385	100,0

É interessante analisar também que, a maioria dos usuários, 1.487 (62,3%), teve seus problemas resolvidos na própria clínica odontológica da unidade de saúde, ou seja, no nível 1 atenção primária de saúde (Tabela 2). E somente 98 (4,1%) pacientes necessitaram de atendimentos em serviços especializados (Tabela 2). Ainda há dificuldades na referência e contra-referência de alguns serviços especializados como nas áreas de ortodontia e próteses, devido a pouca oferta destes serviços na rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização da demanda que necessita de intervenção clínica odontológica é sempre um dilema para gestores e profissionais de saúde bucal. O desafio de organizar o “não organizável” é assumido por esta Unidade de Saúde que, com esta experiência, tem desenvolvido uma escuta qualificada das necessidades dos usuários, readequado a agenda de acordo com a realidade encontrada, fortalecido a parceria ensino-serviço, ampliado o vínculo com a comunidade, desenvolvido um espaço democrático de ações de prevenção e educação em saúde e ampliado o acesso ao serviço odontológico.

Esta prática do acolhimento em saúde bucal tem contribuído para tratamentos resolutivos, sistema de referência e contra-referência consolidado, caracterizando efetivamente a clínica do CSF Francisco Melo Jaborandi como a porta de entrada da atenção primária, com um fluxograma claro para os usuários, o que diminuiu consideravelmente as queixas dos pacientes, consolidando uma assistência odontológica eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco, um paradigma ético-estético. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. 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 jan/fev; 19(1):27-34.
3. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e Vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004 nov/dez; 20(6):1487-94.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 5. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999 abr/jun; 15(2):345-53.
 6. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007 fev; 23(2):331-40.
 7. Chagas RA, Nuto SAS, Andrade LOM. Política municipal de saúde bucal: da construção coletiva ao desafio de seu desenvolvimento em Fortaleza (CE). *Divulg Saúde Debate*. 2008 abr; 42:35-50.
 8. Cury JA. O Uso do Flúor e Controle da Cárie como Doença. In: Baratieri LN, Monteiro Júnior S, Andrada MAC, Vieira LCC, Cardoso AC, editores. *Odontologia Restauradora: Fundamentos e Possibilidades*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2001. p. 31-68.
 9. Meneghim MC, Tagliaferro EPS, Pardi V, Pereira AC. Estratégias de utilização de métodos preventivos, envolvendo o fluoreto, para a comunidade. In: Buzalaf MAR, editor. *Fluoretos e saúde bucal*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2008. p. 247-70.
-
- Submissão: junho de 2009
Aprovação: janeiro de 2010
-