



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Departamento de Odontologia Social – Área de Saúde
Coletiva



**“Acolhimento, Organização da Demanda e
Classificação de Risco nas Unidades Básicas de Saúde de
Piracicaba – SP.”**

Reception, Organization of Demand and Risk Classification in
Basic Health Units in Piracicaba - SP

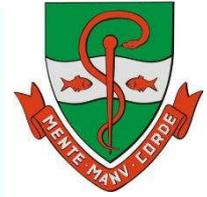
Autora: Isabella Bonato do Nascimento

Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP

Piracicaba, 2013



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Departamento de Odontologia Social – Área de Psicologia
Aplicada



Isabella Bonato do Nascimento

“Acolhimento, Organização da Demanda e Classificação de Risco nas Unidades Básicas de Saúde de Piracicaba – SP.”

“Reception, Organization of Demand and Risk Classification in Basic Health Units in Piracicaba – SP”

Orientadores:

Fabiana de Lima Vazquez

Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

Piracicaba, 2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARILENE GIRELLO – CRB8/6159 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

Nascimento, Isabella Bonato do, 1991-

N17a Acolhimento, organização da demanda e
classificação de risco nas Unidades Básicas de Saúde
de Piracicaba - SP / Isabella Bonato do Nascimento. --
Piracicaba, SP: [s.n.], 2013.

Orientador: Fabiana de Lima Vazquez Cesar.

Coorientador: Antonio Carlos Pereira.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) –
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Medição de risco. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Saúde bucal. I. Vazquez, Fabiana de Lima, 1968- II.
Pereira, Antonio Carlos, 1967- III. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de
Piracicaba. IV. Título.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por permitir a realização de um grande sonho e por me dar a oportunidade de conhecer pessoas tão especiais.

Ao meu pai, que sempre foi meu exemplo e meu espelho, por sempre acreditar e apostar em mim, pelos conselhos, incentivo e compreensão tão fundamentais nesses quatro anos.

À minha mãe, pelo apoio e preocupação, pois sei que, mesmo do seu jeito, sempre esteve ao meu lado.

À pessoa mais especial da minha vida, Randal, que sempre esteve ao meu lado nos momentos de alegria e principalmente de tristeza. Muito obrigada por me ensinar a ter paciência e calma, por todo carinho e amor dedicados nesses anos, sem você seria muito mais difícil.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, Fabiana de Lima Vazquez e Karine Laura Cortellazzi, pela dedicação a mim dispensada na realização desse trabalho e pelos ensinamentos. Foi um imenso prazer de trabalhar com vocês durante esses dois anos.

À PIBIC, pelo apoio e incentivo financeiro.

Aos amigos que fiz por me proporcionarem momentos tão inesquecíveis na FOP, dos quais jamais vou me esquecer.

RESUMO

Objetivo: Compreender as características do acolhimento, organização da demanda e classificação de risco em usuários/famílias na área de saúde bucal nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde do município de Piracicaba - SP.

Metodologia: Adotou-se como instrumento de medida um questionário composto de doze questões, o qual foi respondido pelo dentista, como também pelo profissional que realizava o acolhimento. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas seguindo a técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultado:** 43% dos entrevistados responderam que o acolhimento é realizado pelo funcionário da recepção e 19% pelo dentista ou seu auxiliar. O acolhimento é sinônimo de agendamento de consultas ou anamnese para 62% da amostra. 35% dos entrevistados apontaram deficiências no sistema que impedem a realização de um bom acolhimento, enquanto a maioria apontou a demanda livre como o processo de organização e poucos utilizam classificação de risco familiar ou de saúde bucal.

Conclusão: Encontraram-se deficiências relacionadas ao acolhimento, organização da demanda e utilização de classificação de risco no processo de trabalho em saúde bucal nas unidades de atenção primária na cidade de Piracicaba/SP.

Palavras-chaves: Medição de risco; atenção primária à saúde; saúde bucal.

ABSTRACT

Objective: To understand the characteristics of the user embracement, demand organization and oral health risk classification on users / families into Family Health Units and Basic Health Units of Piracicaba - SP. **Methodology:** a questionnaire of twelve questions was answered by dentist, as well as by professionals who performed the embracement. The interviews were recorded, transcribed and analyzed according to the technique of content analysis of Bardin. **Result:** 43% of respondents affirmed that embracement was performed by the desk clerk and 19% by the dentist or his assistant. The embracement is synonymous of scheduling appointments or oral health records for 62% of the sample. 35% of respondents pointed out deficiencies in the system that difficult the realization of a good embracement, while most of professionals pointed for free demand as the process of organizing and few use risk scale or oral health conditions. **Conclusion:** deficiencies related to the embracement process, demand organization and use of risk classification in the process of working on oral health in primary care units in Piracicaba / SP were found.

Keywords: Risk assessment; primary health care; oral health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA.....	1
2. PROPOSIÇÃO.....	3
3. MATERIAL E MÉTODOS	4
4. RESULTADO	5
5. DISCUSSÃO.....	15
6. CONCLUSÃO	18
ANEXO I - Questionário.....	21
ANEXO II - CERTIFICADO CEP	22
ANEXO III – PARECER DE APROVAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA PELOS ASSESSORES AD HOC CNPQ.....	23

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

Em 1988, quando a Constituição da República Federativa do Brasil definiu a Saúde como “direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas públicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, uma mudança nas políticas públicas em saúde tornou-se imperativa¹.

Em 1990, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, a Lei Federal 8080/90 identificou como princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência, articulando continuamente as ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e a equidade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie².

Para o cumprimento dos princípios do SUS, algumas estratégias foram construídas. Em relação à universalidade, adotou-se a Estratégia de Saúde da Família como “porta de entrada” para o acesso dos cidadãos ao sistema de atenção em saúde no Brasil. Buscava-se, além de reorganizar o Sistema Único de Saúde (SUS), reorientar a atenção primária em relação ao resgate das diretrizes, princípios e práticas de atenção, visando à resolução de 85% dos problemas de saúde da população³. Contudo para que se tenha um sistema resolutivo, a abertura dos serviços para a demanda, facilita 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 usuários⁴.

O Ministério da Saúde (MS) define acolhimento como uma ação técnico-assistencial, em que o usuário é sujeito ativo no processo de produção de saúde, sendo mediada por parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade⁵ e estabelecendo uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços públicos⁴.

Na atual política de humanização do Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS, o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância, pois é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos⁵.

O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, sendo que o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Portanto essa avaliação implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois, muitas vezes, o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade. Desta maneira, exerce-se uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. Estas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho⁵.

Este estudo tem como finalidade compreender as características do acolhimento, organização da demanda e classificação de risco na área de saúde bucal em usuários-famílias nas diferentes USF e UBS da cidade de Piracicaba.

2. PROPOSIÇÃO

Este estudo tem como finalidade avaliar a qualidade do acolhimento feito nas Unidades Básicas de Saúde de Piracicaba e compreender como ele é realizado de acordo com a demanda de cada unidade, assim como a organização desta. Devemos destacar a importância do estudo do atendimento feito nas Unidades Básicas de Saúde aos usuários, já que estas são a porta de entrada para o SUS, que é um sistema único e universal, e que deve garantir que toda a população seja atendida e acolhida da melhor forma possível.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP – UNICAMP, conforme resolução 196/96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sob protocolo nº 057/2011.

Trata-se de um estudo qualitativo realizado em todas as Unidades Básicas de Saúde (35) do município de Piracicaba (SP) que contavam com Cirurgião Dentista (CD); sendo 19 Unidades de Saúde da Família (USF) e 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Adotou-se como instrumento de medida um questionário composto de doze questões, o qual foi respondido pelo dentista, como também pelo profissional que realizava o acolhimento, seja ele dentista ou não.

Os dentistas foram contatados por telefone e, em seguida, as entrevistas agendadas. A pesquisadora encaminhou-se à unidade em que o dentista trabalha para realizar as entrevistas, que foram gravadas e transcritas, sem nenhuma interferência do pesquisador.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin⁶, seguindo as etapas sugeridas por Moraes⁷: 1 - Preparação das informações; 2 - Unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; 3 - Categorização ou classificação das unidades em categorias; 4 - Descrição; 5 - Interpretação.

Os dados coletados foram processados em planilhas eletrônicas utilizando o software Excell for Windows e elaboradas tabelas com dados descritivos.

4. RESULTADO

A Tabela 1 refere-se a questões quanto ao processo de acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS e USF). Em relação a questão “*Por quem e como se realiza o acolhimento?*” verificou-se que, na maioria das Unidades (43%), o acolhimento é realizado inicialmente pelos funcionários da recepção (ACS ou auxiliar de enfermagem), seguido por 16% dos casos em que é realizado pela auxiliar e pelo dentista e, em apenas 3% das unidades, o acolhimento é realizado exclusivamente pelo dentista. A maioria dos entrevistados (62%) referiu-se ao acolhimento afirmando que “*as primeiras informações- sobre agendamento e consultas- são dadas ao paciente na recepção, e que a anamnese é realizada no dia da consulta pelo dentista ou pela auxiliar*”. Outras referências sobre o modo como é realizado o acolhimento apontam para “*acolhimento feito por toda a equipe em qualquer hora que o paciente procure*” (8%) e “*acolhimento direto com o dentista em casos de urgência*” (5%) e outros.

Sobre a questão “*Quais perguntas são feitas ao paciente durante o acolhimento?*”, 65% dos entrevistados responderam que são colhidas as informações contidas na ficha de anamnese, realizam orientações sobre saúde geral e costumam direcionar as questões conforme o problema de saúde do paciente. Além disso, 24% dos entrevistados relataram somente preencher as informações contidas na ficha de anamnese durante o acolhimento. Interessante notar que somente 5% dos entrevistados relataram que questionavam os pacientes sobre questões culturais, familiares e socioeconômicas. Demais informações relacionaram-se a dados pessoais cadastrais.

Em relação à percepção do dentista sobre o processo de acolhimento, 35% dos entrevistados acreditavam que o acolhimento realizado na unidade era satisfatório e os pacientes gostavam, contudo 35% acreditam que há empecilhos no sistema que impedem a realização de um bom acolhimento, e que esse poderia ser melhor realizado (demanda alta, dentista trabalhando sem auxiliar e funcionários sem capacitação). Além disso, 24% dos mesmos acreditavam que o acolhimento era essencial para o atendimento do paciente (ajuda a educar e a organizar a população) e 5% relataram não ter opinião sobre o assunto.

Tabela 1: Respostas referentes a questões relativas ao processo de acolhimento realizado nas Unidades Básicas

<i>“Por quem e como é feito o acolhimento?”</i>	n	%
Por toda a equipe.	4	11
Funcionários da recepção (ACS ou auxiliar de enfermagem), auxiliar e dentista.	16	43
Apenas pela auxiliar do dentista.	3	8
Pelas funcionárias da recepção e pelo dentista.	6	16
Pela auxiliar e pelo dentista.	5	13
Apenas pelo dentista.	1	3
Auxiliar e funcionários da recepção.	1	3
Apenas pelos funcionários da recepção.	1	3
<i>“Como é feito o acolhimento?”</i>	n	%
As primeiras informações são dadas ao paciente na recepção (sobre agendamento e consultas) e a anamnese (coleta de dados do paciente) é feito no dia da consulta pelo dentista ou pela auxiliar.	23	62
As primeiras informações são dadas já pela auxiliar e no dia da consulta, o acolhimento é feito pelo dentista (anamnese e queixa principal).	2	5
O entrevistado não sabe dizer, pois nunca participou do acolhimento.	1	3
O acolhimento é realizado por toda a equipe, a qualquer hora e lugar que o paciente precise/ procure.	3	8
Dois tipos de acolhimento: um que resolve a necessidade imediata do paciente (urgências) e o outro é responsável por orientar o paciente a voltar e iniciar um tratamento ou encaminhar quando necessário.	1	3
Entendem o acolhimento como apenas atendimento das urgências.	1	3
O primeiro contato do paciente com a unidade é diretamente com o dentista	2	5

com a auxiliar. O paciente é acolhido a qualquer hora (agendamento também é feito a qualquer hora). No dia da consulta: coleta de dados é feita pelo dentista.

O primeiro contato dos pacientes é com as ACS durante as visitas domiciliares, onde eles são orientados. No caso de pacientes da urgência, o acolhimento é direto com o dentista. O dentista realiza visita aos acamados e faz o agendamento deles. 2 5

O acolhimento se limita apenas às orientações fora do consultório (as funcionárias da recepção informam sobre dia de agendamento, horários e urgências) 1 3

O acolhimento consiste em Anamnese e preenchimento de ficha. 1 3

“Quais perguntas são feitas no acolhimento?” n %

Dados pessoais do paciente e se ele possui cartão do SUS. 1 3

Somente questões presentes na ficha de anamnese 9 24

Questões da ficha de anamnese, orientações sobre saúde geral (direciona as questões conforme o problema de saúde do paciente) 24 65

Não sabe, pois não realiza o acolhimento 1 3

“Qual a percepção do Dentista sobre o processo de acolhimento?” n %

Satisfatório, os pacientes gostam. 13 35

Não têm opinião. 2 5

Há empecilhos no sistema que impedem a realização de um bom acolhimento. Poderia ser melhor (demanda grande, dentista trabalhando sem auxiliar e funcionários sem capacitação). 13 35

Acreditam ser essencial para o atendimento do paciente (ajuda a educar e a organizar a população). 9 24

A Tabela 2 apresenta as respostas dos entrevistados à questão: “*Como seus usuários são agendados?*”. A maior parte dos entrevistados (43%) relatou que se reserva um dia no mês para o agendamento, em que os pacientes da demanda espontânea apresentam-se na unidade, recebem uma senha e aguardam a chamada para o agendamento (o número de vagas é limitado). Outros 14% dos dentistas trabalham com “agenda aberta”, ou seja, o paciente pode agendar sua consulta a qualquer hora do dia, desde que haja disponibilidade do dentista. Citaram-se outras formas também, tais como de acordo com o risco familiar (3%), ACS agenda os pacientes durante visita domiciliar (3%), etc.

Tabela 2: Respostas referentes à forma como os pacientes eram agendados

<i>“Como seus usuários são agendados?”</i>	n	%
Há um dia no mês (ou a cada dois meses) para o agendamento. Demanda espontânea, pacientes pegam senha com números limitados.	1	4
Lista de espera – paciente deixa nome a qualquer hora e funcionários da unidade ligam conforme surgem novas vagas.	2	5
De acordo com a classificação de risco familiar (são chamados primeiro os pacientes de maior risco).	1	3
Não sabe.	1	3
Livre demanda (dia de agendamento) exceto para pacientes de retorno, diabéticos, gestantes e hipertensos – esses podem agendar a qualquer hora.	3	8
Livre demanda (dia de agendamento) exceto gestantes e crianças até 14 anos.	2	5
Demanda espontânea (dia de agendamento com número de vagas limitado) e pacientes de risco que são chamados durante as visitas domiciliares pelas agentes comunitárias de saúde (ACS).	3	8
ACS – durante as visitas domiciliares, selecionam os pacientes e os orientam a comparecer na unidade no dia do agendamento.	1	3
Demanda espontânea (dia do agendamento), visitas na escola (dentista marca consulta com as crianças no dia da visita à escola), gestantes (são agendadas diretamente pelo dentista após a consulta médica), famílias de risco (são agendadas durante as visitas domiciliares)	1	3
Agenda aberta – paciente agenda a qualquer hora no horário que estiver disponível.	5	14
Agendamento durante as visitas domiciliares diretamente com o dentista apenas para pacientes de risco. Não atende demanda espontânea.	1	3
Demanda espontânea (dia de agendamento), crianças de risco selecionadas na creche são agendadas diretamente com o dentista.	1	3

A Tabela 3 indica as regras utilizadas para a realização do agendamento, onde se destaca que 30% responderam que a regra para o agendamento da livre demanda é apenas a ordem de chegada e classificação de risco somente para as famílias previamente classificadas como “de risco”; 19% responderam que a regra é apenas a ordem de chegada ou posição na lista de espera para todos os pacientes e 11% responderam que o agendamento tem como regra a classificação de risco com priorização de necessidades. Outras respostas foram dadas com menor frequência, a se destacar, 8% responderam que não há regra e o agendamento é feito conforme a necessidade do paciente.

Tabela 3: Respostas referentes aos critérios de organização do agendamento de pacientes nas unidades.

<i>“Há alguma regra para o agendamento”</i>	n	%
Livre demanda (ordem de chegada + classificação de risco).	11	30
Ordem de chegada ou posição na lista de espera.	7	19
Morar próximo ao bairro.	1	3
Não há (conforme a necessidade do paciente).	3	8
Pacientes não devem ter faltas, ou então perdem a vaga.	1	3
Ordem de chegada, com preferência para as crianças (não precisam de senha).	2	5
Ordem de chegada, com prioridade as gestantes (não precisam de senha).	1	3
Ordem de chegada, porém é dada preferência para idosos, crianças e gestantes (não precisam de senha).	4	11
Classificação de risco (pacientes de maior risco são chamados primeiro).	4	11
Não há regras, porém dá-se a preferência às crianças.	1	3
Ordem de chegada, com preferência para hipertensos, diabéticos e gestantes.	1	3
Ordem de chegada, com prioridade a diabéticos, hipertensos, gestantes e crianças.	1	3

Com relação ao número de usuários atendidos por período em cada unidade, a grande maioria dos entrevistados (51%) responderam que atendem 7 pacientes previamente agendados e 2 urgências por período (dentistas que trabalham com auxiliar) ; 22% atendem 5 pacientes agendados e 2 urgências por período (dentistas que trabalham sem auxiliar); 8% dos dentistas não têm número

certo de pacientes atendidos por período e 11% atendem os pacientes agendados e todas as urgências que surgirem no período.

Sobre o tamanho da população atendida, 30 % dos entrevistados não sabem dizer o número da sua população atendida e 55% atendem de 2 a 6 mil pessoas em sua unidade. Sobre a demanda reprimida, 41% relataram que há demanda reprimida na unidade e 30% relataram que não. Porém, um percentual expressivo de dentistas (24%) não sabe dizer se essa demanda existe e 5% deles não sabem o que é demanda reprimida.

Quando foi perguntado aos entrevistados sobre o tamanho (em percentual ou número) dessa demanda reprimida, se essa fosse existente, nenhum dos entrevistados soube informar; 57% dos entrevistados relataram não haver nenhuma estratégia para diminuir a demanda reprimida, ou porque não há demanda reprimida na unidade, ou se essa demanda existe, não há nenhuma estratégia para diminuí-la no momento. Dos que declararam haver uma estratégia, 11% adotaram a prevenção e informação sobre saúde bucal como estratégia e 5% realizavam visitas domiciliares para alcançar os pacientes que precisavam de atendimentos, por algum motivo, não procuravam a unidade (Tabela 4).

Tabela 4: Respostas referentes às estratégias utilizadas para diminuição da demanda reprimida

<i>“Há alguma estratégia para diminuir a demanda reprimida?”</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Não (não, pois não tem demanda reprimida ou não tem estratégia)	21	57
Triagem com os pacientes da lista de espera quando a procura é muito grande.	1	3
Classificação de risco e atendimento por prioridade.	2	5
Agendamento do maior número de pacientes possíveis, pois assim as vagas são liberadas mais rapidamente.	2	5
Prevenção e informação sobre saúde bucal.	4	11
Visitas domiciliares (alcance dos pacientes que precisam de atendimento, porém não procuram a unidade).	2	5
Abertura do agendamento antes de completar um mês se houver vagas livres.	1	3
Agendamento a qualquer hora, sem dia marcado.	1	3
Encaminhar pacientes que não podem ser atendidos na unidade.	2	5
Controle de faltas – evitando as faltas evitam-se a demanda reprimida.	1	3

Em relação a classificação de risco, dezoito entrevistados (49%) utilizavam algum critério de risco para organizar a agenda dos seus usuários e o mesmo número relatou não utilizar nenhum critério de risco. Dos que relataram que utilizavam algum critério de risco para organizar a agenda de seus usuários, 11% utilizavam a avaliação de risco de coelho (risco familiar), 3% utilizavam apenas avaliação de risco odontológico e 5% avaliavam risco odontológico e familiar de seus pacientes para classificá-los. O restante dos entrevistados relatou dar a preferência aos pacientes conforme cada um julga necessário (exemplo: uns dão preferência apenas para crianças, outros apenas para gestantes etc.), e 32% simplesmente não respondeu (Tabela 5).

Tabela 5: Referente à questão sobre quais critérios são utilizados para organizar a demanda da unidade

<i>“Você utiliza algum critério para organizar a agenda dos seus usuários?”</i>	n	%
Não	18	49
Sim	18	49
Sim, apenas para os pacientes da pediatria	1	2
<i>“Se sim, quais são os critérios?”</i>	n	%
De acordo com critérios de avaliação médica, os pacientes de risco são marcados para o último horário para evitar contaminação.	2	5
De acordo com o risco odontológico (para crianças) e prioriza os pacientes da urgência (são atendidos assim que procuram o serviço).	1	3
De acordo com a classificação de risco de Coelho.	4	11
Apenas é dada preferência aos pacientes hipertensos e da puericultura.	1	3
De acordo com risco familiar (Coelho) e risco odontológico.	2	5
Apenas é dado preferência aos pacientes gestantes, diabéticos e hipertensos.	1	3
A preferência é dada de acordo com a idade.	1	3
De acordo com a classificação de risco de Coelho e é dado a preferência às gestantes, hipertensos e diabéticos.	2	5
Apenas é dado preferência aos pacientes idosos, diabéticos e crianças.	2	5
Apenas é dado preferência aos pacientes idosos, gestantes e diabéticos.	1	3
É utilizado apenas classificação de risco odontológico.	1	3
Apenas é dado preferência aos pacientes gestantes e crianças.	2	5
Apenas é dada preferência aos pacientes hipertensos, diabéticos, crianças e gestantes.	3	8
Apenas é dada preferência às crianças.	1	3
Apenas é dada preferência aos pacientes da urgência (são atendidos primeiro).	1	3
Sem resposta	12	32

5. DISCUSSÃO

O presente estudo, ao pesquisar o acolhimento nas Unidades de atenção básica do município de Piracicaba SP, acaba revelando características fundamentais do processo de trabalho em saúde nessas Unidades podendo servir, entre outras coisas, como uma ferramenta valiosa para o planejamento em saúde, subsidiando ações que visem tanto a humanização dos serviços, quanto a organização de fluxos e processos.

Observou-se neste estudo que a grande maioria das unidades visitadas oferece aos usuários atendimento através da distribuição de um número limitado de consultas para a demanda livre, tendo como critério a ordem de chegada e a queixa do paciente, sendo que a avaliação e classificação de risco não foram utilizadas como critério de organização da demanda. Essa atitude conflita com um dos princípios básicos do SUS que é a equidade na atenção a saúde³. Segundo Franco et al.⁸, o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o 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, enquanto Malta & Merhy⁹ afirmaram que o acolhimento pretende melhorar o acesso dos usuários, realizar o atendimento segundo a complexidade do problema, humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários, aumentar a responsabilidade dos profissionais e estabelecer e vínculo de confiança entre eles, e a dificuldade no atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, está justamente no acolhimento.

Os profissionais entrevistados demonstraram a necessidade de adequar a teoria do acolhimento à prática no dia-a-dia. Muitos deles não sabem conceituar acolhimento. Outros relataram nunca ter participado do acolhimento na unidade onde trabalham e alguns até acreditam que preencher a ficha de anamnese define-se como acolhimento. Acolher é muito mais do que isso, é assumir uma postura mais solidária e respeitosa para com o outro e valorizar o ser humano¹⁰.

Foi possível observar que um número muito grande de profissionais (35%) assume que há empecilhos no sistema que impedem a realização de um bom

acolhimento, o que com certeza poderia ser aperfeiçoado. Dentre os problemas estão: demanda muito grande de pacientes, dentista trabalhando sem auxiliar e funcionários sem capacitação para realizar o acolhimento.

Portanto, a busca por outras abordagens no processo de trabalho podem contribuir na convergência de diferentes interesses e desejos de usuários, trabalhadores e estabelecimento de saúde¹⁰, até porque “Humanização” implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado^{11,12}.

Observou-se que metade dos entrevistados relatou não utilizar nenhum critério de classificação de risco para organizar a agenda. Essa atitude, muitas vezes, acaba por deixar os pacientes de maior risco sem atendimento, pois a regra é, na maioria dos casos, atendimento por ordem de chegada. Outro ponto a ressaltar é que não há protocolo para a classificação de risco, até porque dos que citaram utilizar algum critério, a grande maioria relata dar a preferência aos pacientes conforme julga necessário (exemplo: uns dão preferência apenas para crianças, outros apenas para gestantes etc). Outra ideia que se confunde e destaca na fala dos entrevistados, é a definição de acolhimento e classificação de risco como sendo a mesma coisa que triagem. Isso pode ser reflexo das práticas tradicionais, que tinham a triagem como ferramenta de seleção dos que seriam atendidos. Dessa forma, parece haver óbvia necessidade de se capacitar as equipes e respectivos profissionais para uma organização da demanda mais centrada nas necessidades do paciente, buscando informações que separem os que precisam de atendimento mais urgente e, a partir da escuta das necessidades e demandas da clientela, deve-se avaliar e tomar como critérios o risco de cada situação, a qual deverá pautar a conduta a ser tomada^{13,14}.

Outro ponto importante observado durante o estudo é o percentual de entrevistados (41%) que relatou haver demanda reprimida na unidade, sendo expressivo o número de dentistas que não sabem dizer se essa demanda existe ou não (24%) e outros que sequer sabem o que é demanda reprimida. Percebe-se novamente a necessidade de investir no treinamento do trabalhador do serviço público, até para diminuir a possível falta de motivação ou capacitação dos profissionais entrevistados, pois 57% deles relatam que há demanda reprimida na unidade, porém não há estratégia

para diminuir a mesma. Além disso, quando os entrevistados foram questionados sobre o tamanho dessa demanda, nenhum deles soube responder (100%), o que demonstra uma deficiência nas prerrogativas do atendimento comunitário em atenção primária, especialmente o praticado nas USF, não se levando em consideração aspectos ligados ao planejamento, como a utilização de instrumentos epidemiológicos e de programação. Portanto, parece haver uma premente necessidade de mudanças no processo de trabalho em parte significativa das unidades estudadas.

Este estudo mostra deficiências relacionadas ao acolhimento, organização da demanda e utilização de classificação de risco no sistema de saúde do município, sendo possível acreditar que estes problemas possam ser inferidos para outros municípios e regiões do país. Dessa forma, desde que unidades de atenção primária é a porta de entrada para o SUS, e que este é um sistema único e universal que deve garantir a toda população atendimento e acolhimento da melhor forma possível, deve-se ressaltar a importância desse estudo para mostrar que é preciso investir mais na formação e capacitação de profissionais e equipes de saúde, buscando-se assim uma melhor qualificação para garantir que a população possa receber um atendimento digno e acolhedor, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde².

6. CONCLUSÃO

Em termos gerais, este estudo demonstrou deficiências marcantes no processo de trabalho em saúde bucal em unidades de atenção primária na cidade de Piracicaba em relação ao acolhimento, organização da demanda e classificação de risco.

7. REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, Fundação Serviços de Saúde Pública. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988.
- 2- Brasil. Lei nº 8080 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; 20 set.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Números da Saúde da Família [citado em 2013 Jun]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>
- 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- 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.
- 6- Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- 7- Moraes R. Análise de conteúdo. Revista Educação. 1999; 22(37):7-32.
- 8- Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;5:345-53.
- 9- Malta DC, Merhy EE. A Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Rev Esc Minas. 2004; 8(2):259-67.
- 10-Matamoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto, 1998, 225p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1998.
- 11-Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. 2004;20(6):1487-1494.

- 12-Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(1):105-111.
- 13-Leite JCA, Maia CCA, Sena RR. Acolhimento: perspectivas de organização da assistência de Enfermagem. Rev Bras Enferm. 1999;52:161-8.
- 14-Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião dentista no Programa Saúde da Família. Interface. 2011;15 (36):187-98.

ANEXO I - Questionário

ACOLHIMENTO

- 1) Por quem e como os pacientes são acolhidos na unidade?
- 2) Como é feito esse acolhimento?
- 3) Quais informações são coletadas do paciente no acolhimento?
- 4) Qual a sua percepção sobre o processo de acolhimento?

ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA

- 1) Como seus usuários são agendados?
- 2) Há alguma regra para o agendamento?
- 3) Quantos usuários são atendidos por período?
- 4) Qual o tamanho de sua população atendida?
- 5) Existe demanda reprimida? Qual o tamanho (percentual ou número de usuários) dessa demanda?
- 6) Há alguma estratégia de atuação para se diminuir essa demanda reprimida?

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- 1) Você utiliza algum critério para organizar a agenda dos seus usuários?
- 2) Se sim, quais são os critérios?

ANEXO II - CERTIFICADO CEP

	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	
CERTIFICADO		
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "Acolhimento, organização da demanda e classificação de risco nas Unidades Básicas de Saúde de Piracicaba - SP", protocolo nº 057/2011, dos pesquisadores Antonio Carlos Pereira e Isabella Bonato do Nascimento, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 17/08/2011.</p>		
<p>The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "Reception, organization of demand and risk classification in Basic Health Units in Piracicaba - SP", register number 057/2011, of Antonio Carlos Pereira and Isabella Bonato do Nascimento, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 08/17/2011.</p>		
 Profa. Dra. Livia Maria Andalo Tenuta Secretária CEP/FOP/UNICAMP	 Prof. Dr. Jacks Jorge Junior Coordenador CEP/FOP/UNICAMP	
<p><small>Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição. Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.</small></p>		

ANEXO III – PARECER DE APROVAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA PELOS ASSESSORES AD HOC CNPQ

PROGRAMA DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – QUOTA INSTITUCIONAL UNICAMP

(quota de agosto de 2011 a julho de 2012)

PARECER SOBRE RELATÓRIO FINAL DE ATIVIDADES

Bolsista: ISABELLA BONATO DO NASCIMENTO – RA 102674

Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) ANTONIO CARLOS PEREIRA

Projeto: Acolhimento, Organização da Demanda e Classificação de Risco nas Unidades Básicas de Saúde de Piracicaba – SP

PARECER

Houve elevação do CR no período. A pesquisa foi finalizada segundo o que havia sido proposto. Sugiro retrabalhar resultados e discussão e enviar para publicação.

Conclusão do Parecer:

APROVAR (SIM)
REFORMULAR (NÃO)
REJEITAR (NÃO)

Pro-Reitoria de Pesquisa, 17 de setembro de 2013.


Mirian Cristina Marcançola
PRP / PIBIC - Unicamp
Matr. 299062