

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM GESTÃO E
AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO PÚBLICA**

Patrícia Chaves de Mendonça

**As clínicas de estágio de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia
da UFJF: desafios e perspectivas**

Juiz de Fora

2019

Patrícia Chaves de Mendonça

**As clínicas de estágio de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia
da UFJF: desafios e perspectivas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Profissional de Gestão e Avaliação da Educação Pública da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão e Avaliação da Educação Pública.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Flávio Neubert

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Carla Silva Machado

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mendonça, Patrícia Chaves de.

As clínicas de estágio de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia da UFJF: desafios e perspectivas / Patrícia Chaves de Mendonça. -- 2019.

144 f. : il.

Orientador: Luiz Flávio Neubert

Coorientadora: Carla Silva Machado

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Educação/CAEd. Programa de Pós Graduação em Gestão e Avaliação da Educação Pública, 2019.

1. Urgência odontológica. 2. Classificação de risco. 3. Estágio Supervisionado em Faculdade de Odontologia. 4. Instituições de Ensino Superior. I. Neubert, Luiz Flávio, orient. II. Machado, Carla Silva, coorient. III. Título.

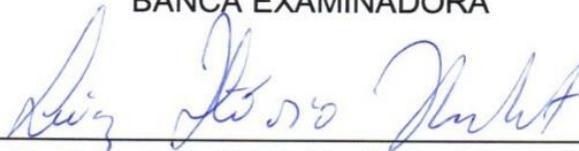
Patrícia Chaves de Mendonça

**As clínicas de estágio de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia
da UFJF: desafios e perspectivas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Gestão e Avaliação da Educação Pública, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão e Avaliação da Educação Pública. Área de concentração: Gestão e Avaliação da Educação Pública.

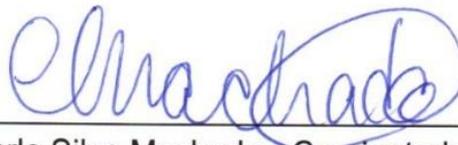
Aprovada em 22 de novembro de 2019

BANCA EXAMINADORA

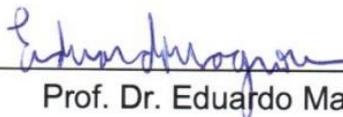


Prof. Dr. Luiz Flávio Neubert - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

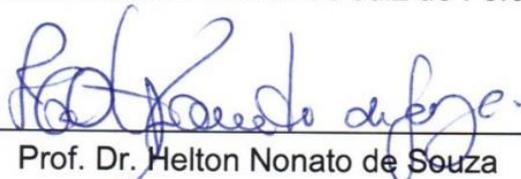


Dra. Carla Silva Machado - Coorientadora



Prof. Dr. Eduardo Magrone

Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Helton Nonato de Souza

Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Dedico ao meu esposo, Fernando,
pelo amor e incentivo constante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus, por ter me concedido saúde, força e disposição para cursar este Mestrado. Sem ele, nada disso seria possível.

Agradeço ao meu esposo, Fernando, com amor, pelo permanente incentivo e preocupação com que sempre acompanhou este meu trabalho. Você foi fundamental para a realização do Mestrado, tanto por seu apoio quanto por partilhar seus conhecimentos. A você dedico este trabalho.

Aos meus pais pela sólida formação, que me proporcionou a continuidade nos estudos até a chegada a este Mestrado, os meus eternos agradecimentos. Em especial, agradeço à minha mãe, Inês Maria, que sempre foi minha maior fonte de inspiração e força.

Aos Técnicos Administrativos Educacionais Odontólogos da Faculdade de Odontologia da UFJF e à Coordenação do estágio de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da UFJF, que com seus conhecimentos contribuíram grandemente para este estudo.

Em especial à colega Odontóloga, Érica Mageste, pela amabilidade e colaboração prestada sempre que solicitada.

À colega de Mestrado, Lucilene Vieira, com quem dividi momentos complicados do curso e estive sempre à disposição para ajudar nas diversas situações.

À Assistente de Suporte Acadêmico, Priscila Campos, por sua valiosa orientação durante todo o curso.

Ao Orientador, Prof. Dr. Luiz Flávio Neubert, e também à Coorientadora, Prof^a. Dr^a. Carla Silva Machado, pelas orientações e grandes contribuições para esta pesquisa.

Aos membros da banca examinadora de qualificação e de defesa, pela disponibilidade em participar da avaliação e aprimoramento deste trabalho.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

A presente dissertação foi desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Gestão e Avaliação da Educação (PPGP) do Centro de Políticas Públicas e Avaliação da Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora (CAEd/UFJF). O caso de gestão estudado discute questões envolvendo o atendimento de urgência odontológica na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (FO-UFJF). As evidências acerca das questões críticas envolvendo o atendimento nas clínicas da FO-UFJF demonstram que a demanda por atendimento nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II é maior que as vagas disponíveis. Com isso, um dos desafios observados nas clínicas é que a organização do atendimento é feita de acordo com a ordem de chegada dos pacientes. Desse modo, não há uma classificação dos pacientes que priorize casos mais graves e garanta um atendimento com equidade, o que significa dizer que não há protocolo de classificação de risco. Além disso, nas Clínicas de Urgência, a resolutividade do atendimento também é uma questão crítica, visto que há um grande número de procedimentos que são apenas parciais, necessitando de encaminhamento para outras clínicas em que o tratamento será complementado, porém sem um processo de encaminhamento adequado e com a possibilidade de o paciente não ser atendido no momento necessário. Outro ponto crítico é a longa espera por atendimento, que pode agravar o quadro clínico do paciente, levando, muitas vezes, à perda de elementos dentais. Diante da situação apresentada, a questão de pesquisa foi: Quais os desafios enfrentados no contexto das Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da UFJF no que se refere à demanda de atendimento dos pacientes? Com isso, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar as dificuldades vivenciadas nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica, envolvendo questões referentes à demanda de atendimento dos pacientes e critérios de classificação, abordando resolutividade e encaminhamento. A metodologia de pesquisa foi quanti-qualitativa baseada em dados levantados a partir de prontuários e listas de espera para o atendimento, além de entrevistas semiestruturadas direcionadas a alunos estagiários, preceptores e à Coordenação das Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF. Os resultados apontam para a necessidade de se adotarem medidas com o objetivo de otimizar o processo de atendimento, garantindo os princípios estabelecidos pelo SUS, bem como os direitos referentes a atendimento prioritário, em conjunto com a melhoria de recursos. Diante desses resultados, como Plano de Ação Educacional, foram propostas medidas que incluem a adoção de um Protocolo de Classificação de Risco, que pode contribuir para um atendimento mais igualitário e pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, observando critérios que considerem a gravidade de cada quadro e contemplando também os casos de atendimento prioritário previstos em lei, além de medidas complementares que envolvem a criação de prontuário eletrônico, projetos de prevenção em saúde bucal, reuniões periódicas e campanhas de divulgação e sensibilização sobre o funcionamento das Clínicas de Urgência junto aos envolvidos no processo de atendimento, sejam pacientes, sejam profissionais e alunos.

Palavras-chave: Urgência odontológica. Classificação de risco. Estágio Supervisionado em Faculdade de Odontologia. Instituições de Ensino Superior.

ABSTRACT

The present dissertation was developed in the scope of the Professional Master in Management and Evaluation of Education (PPGP) of the Center for Public Policies and Education Evaluation of the Federal University of Juiz de Fora (CAEd / UFJF). The management case studied will discuss issues involving dental emergency care at the Faculty of Dentistry of the Federal University of Juiz de Fora (FO-UFJF). Evidence of the critical issues surrounding the attendance at the FO-UFJF clinics shows that the demand for care is greater than the capacity care, which, in fact, happens in the Clinics of Stage I and II Urgency. One of the challenges observed in the clinics is that the service is not scheduled, and the order of care is done according to the order of incoming of the patients. Thus, there is no model of classification of patients that prioritizes cases that are more serious and guarantees a service with equity, which means that there is no protocol of classification of risk. Moreover, in urgency clinics, the resolution of care is also a critical issue, since many procedures are only partial, requiring referral to other clinics where the patients can complete the treatment. Another critical point is the long wait for care, which can aggravate the patient's clinical condition, often leading to loss of dental elements in this process. In view of the presented situation, the following research question was defined: What are the challenges faced in the context of the Dental Urgency Stage Clinics of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Juiz de Fora (UFJF) regarding the demand for patient care? With this, the general objective of this research is to analyze the difficulties experienced in the Dental Urgency Stage Clinics, involving questions related to the demand for patient care and classification criteria, also addressing the resolution of the care, as well as the referencing system. On the other hand, the theoretical reference will address the attendance of dependents of the SUS as a social function of the UFJF and the functioning of the Dentistry courses and patient care in other HEIs, as well as the laws that regulate the process of formation of Dental Surgeons. The research methodology was quanti-qualitative based on analysis of evidence gathered from medical records and waiting lists for care and, later, semi-structured interviews directed to trainee students, preceptors and to the Coordination of Clinics of Emergency Urgency Stage I and II of FO-UFJF. The results indicated the need to adopt measures in order to optimize the care process, guaranteeing the principles established by the SUS, as well as the rights regarding priority care, together with the improvement of resources. Owing to these results, as an Educational Action Plan, measures were proposed that include the adoption of a Risk Classification Protocol that can contribute to a more equitable care and based on the principles of universality, integrity and equity, observing criteria that consider the severity of each table and also covering the cases of priority care provided by law, as well as complementary measures involving the creation of electronic medical records, standard form for anamnesis / screening, oral health prevention projects and campaigns for publicizing and raising awareness about the operation of clinics of urgency with those involved in the care process, whether patients, professionals or students.

Keywords: Dental urgency. Risk rating. Supervised internship at Faculty of Dentistry. Higher education institutions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Ficha de pacientes organizada pela ordem de chegada.....	53
Tabela 2 - Queixas de pacientes conforme prontuários coletados nas Clínicas de Urgência.....	54
Tabela 3 - Procedimentos realizados nas Clínicas de Urgência Odontológica I e II .	57

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma atual de atendimentos na FO-UFJF	31
Figura 2 - Fluxograma atual de atendimentos nas Clínicas de Urgência I e II	32
Quadro 1 - Funcionamento das Clínicas de Estágio da FO-UFJF	38
Gráfico 1 - Número de atendimentos por paciente	49
Gráfico 2 - Número de pacientes por faixa etária	50
Gráfico 3 - Número de pacientes por gênero.....	51
Gráfico 4 - Comparativo entre os procedimentos realizados	58
Quadro 2 - Comparativo entre perspectivas favoráveis e desfavoráveis em relação à classificação de risco.....	104
Figura 3 - Proposta de organização do atendimento na FO-UFJF	113
Quadro 3 - Proposta de classificação de risco em urgência odontológica	121
Figura 4 - Proposta de organização do atendimento nas Clínicas de Urgência I e II.....	122
Quadro 4 - Ferramenta 5w2h com as medidas propostas no Plano de Ação	125
Figura 5 - Relação entre as medidas propostas e os resultados esperados.....	127

LISTA DE SIGLAS

ATM	Articulação Temporomandibular
CAEd	Centro de Políticas Públicas e Avaliação da Educação
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CGCO	Centro de Gestão do Conhecimento Organizacional
COEs	Comissões Orientadoras de Estágio
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DTM	Desordem Temporomandibular
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento de Educação
FO-UFJF	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
FUNDEB	Fundo da Educação Básica
IES	Instituição de Ensino Superior
IFES	Instituição Federal de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LRPDs	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MEC	Ministério da Educação
PA	Pronto Atendimento
PNH	Política Nacional da Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TAEs	Técnicos Administrativos Educacionais
UAPS	Unidade de Atendimento Primário à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	DESAFIOS VIVENCIADOS PELAS CLÍNICAS DE ESTÁGIO DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA: O CASO DA FO-UFJF	19
1.1	O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO COMO PARTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	22
1.1.1	O atendimento odontológico nas Instituições de Ensino Superior	24
1.2	A FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	28
1.3	FUNCIONAMENTO DAS CLÍNICAS DA FO-UFJF	30
1.4	QUESTÕES CRÍTICAS REFERENTES AO ATENDIMENTO NAS CLÍNICAS DE ESTÁGIO DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA I E II DA FO-UFJF	36
1.4.1	O critério de classificação de pacientes adotado na FO-UFJF	39
1.5	CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: EXEMPLOS E PROTOCOLOS	42
1.6	EVIDÊNCIAS COLETADAS NAS CLÍNICAS DE URGÊNCIA DA FO-UFJF.....	47
1.6.1	Perfil dos pacientes atendidos nas Clínicas de Urgência da FO-UFJF ..	48
1.6.2	Implicações da classificação de pacientes por ordem de chegada	52
1.6.3	Os prontuários dos pacientes atendidos	54
2	ANÁLISE DO CASO À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO E PESQUISA DE CAMPO	62
2.1	REFERENCIAL TEÓRICO	63
2.1.1	A UFJF e sua função social	64
2.1.2	O funcionamento de cursos de odontologia em outras IES	66
2.1.3	Resolutividade nos atendimentos de urgência, dados de pesquisas realizadas na FO-UFJF	72
2.1.4	Referenciamento nas Clínicas de Urgência: dados de pesquisas realizadas na FO-UFJF	74
2.2	METODOLOGIA.....	79
2.3	ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	82
2.3.1	Análise das entrevistas	84
3	PLANO DE AÇÃO EDUCACIONAL	108

3.1	PROPOSTA DE MEDIDAS COMPLEMENTARES PARA IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	112
3.1.1	Reuniões periódicas para alinhamento de procedimentos	112
3.1.2	Campanha permanente de divulgação do funcionamento da FO-UFJF e sensibilização dos pacientes	115
3.1.3	Projetos de prevenção em saúde bucal	117
3.1.4	Prontuário eletrônico	118
3.2	PROPOSTA DE PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA.....	119
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
	REFERÊNCIAS	130
	APÊNDICES	135

INTRODUÇÃO

A dificuldade de acesso à assistência odontológica é uma realidade em nosso país, uma vez que não se consegue suprir a demanda de atendimento odontológico (GONÇALVES; VERDI, 2005; SPEZZIA; CARVALHEIRO; TRINDADE, 2015). Nesse cenário, as Instituições de Ensino Superior (IES) estão entre os órgãos que ofertam serviços de saúde para a população. As Faculdades de Odontologia existentes no sistema público de ensino são prestadoras de serviços odontológicos para a população e fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS), que é o serviço público de saúde adotado em nosso país. Portanto, as práticas clínicas de ensino, idealmente, deveriam estar em consonância com os princípios do SUS, oferecendo atendimento universal, integral e com equidade¹.

Entretanto, esta não é a realidade da maioria das universidades como, por exemplo, a Universidade Federal de Juiz de Fora, que oferta atendimento odontológico à população através das clínicas de estágio da Faculdade de Odontologia, e este atendimento não utiliza um critério de classificação de risco dos pacientes, sendo estes atendidos conforme a ordem de chegada.

Neste estudo, o conceito de classificação de risco é fundamental e será discutido de forma mais detida nas seções seguintes. Para melhor compreensão deste estudo, tomemos como base o conceito apresentado pelo Ministério da Saúde:

A classificação de risco é um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da 'fila de espera' no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada. Os usuários que têm sinais de maior gravidade, aqueles que têm maior risco de agravamento do seu quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que estão mais frágeis. [...] **A classificação de risco não tem como objetivo definir quem vai ser atendido ou não, mas define somente a ordem do atendimento.** Todos

¹ De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018a), há três princípios doutrinários que legitimam o serviço prestado pelo SUS, os quais são conceituados da seguinte forma: "Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos".

são atendidos, mas há atenção ao grau de sofrimento físico e psíquico dos usuários e agilidade no atendimento a partir dessa análise” (BRASIL, 2008b, grifo nosso).

Nas Clínicas de Urgência, ou Pronto Atendimento (PA), a demanda é espontânea. Com relação às demais clínicas de estágio, para receber o atendimento, o paciente deve apresentar o encaminhamento emitido por uma Unidade do SUS.

No Sistema Único de Saúde, muitos desafios são enfrentados, em especial porque nosso país apresenta grande diversidade de contextos regionais, diferenças socioeconômicas e de necessidades básicas de saúde da população. A este fato somam-se os interesses do setor privado e sua oferta na área da saúde, que torna ainda maior o desafio de garantir acesso, qualidade e efetividade para o Sistema Público de Saúde (FEUERWERKER, 2003). Com relação às IFES, a correspondência aos princípios do SUS encontra desafios ainda maiores para sua efetivação, visto que os ideais do SUS ainda estão muito distantes das universidades.

Para Guimarães (2015), o papel das universidades está mudando em função da busca por maior relevância social, e não mais se volta apenas para a produção de conhecimento. A universidade caminha para um novo lugar social, que almeja o enfrentamento das desigualdades sociais. Esta situação se torna mais importante quando se trata da questão da saúde, e as instituições de ensino precisam aliar a produção de conhecimento e formação profissional à prestação de serviços.

Guimarães (2015) ressalta a Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002, em relação às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Odontologia. O autor enfatiza que a resolução traz a necessidade de uma formação na área da saúde em maior consonância com as fragilidades da população brasileira. Portanto, as Instituições de Ensino Superior têm, entre suas atribuições, o desafio de formar profissionais sensibilizados com a real situação do sistema de saúde em nosso país.

Nesse sentido, os cursos de Odontologia nas IES, embora enfrentando desafios, vêm mudando o enfoque no atendimento à população e a camadas sociais mais vulneráveis quando se trata de assistência à saúde. As mudanças no processo de atendimento ocorrem no sentido de que, tradicionalmente, a assistência à saúde se baseava em um processo mutilador, e este vem se tornando cada vez mais integral,

com acolhimento² e respeito ao paciente (SANCHEZ; DRUMOND, 2011).

Infelizmente, a busca por atendimento mais universal, integral e igualitário ainda encontra muitos desafios. Entre eles, está a grande demanda por atendimento. A realidade de grande demanda e falta de vagas para atendimento se configura como um problema no estágio de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (FO-UFJF). Ressalta-se que existe uma fila de espera, que, muitas vezes, não é atendida integralmente, e inexistente um critério de classificação de casos para serem atendidos em face da falta de vagas para todos os pacientes. Neste ponto, Maciel e Kornis (2006) enfatizam a importância da seleção criteriosa de pacientes que receberão tratamento, quando este é escasso. A otimização do atendimento pode ser feita com a devida triagem de pacientes, priorizando-se os casos mais graves e os dependentes do Sistema Público de Saúde, entretanto, atualmente não existe um critério de classificação com base na avaliação da gravidade de cada quadro, mas apenas uma fila organizada por ordem de procura.

Nesse contexto, o presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da FO-UFJF, devido à atuação da pesquisadora como Odontóloga e Técnica Administrativa em Educação na referida Unidade Acadêmica. O contexto deste estudo de caso são as clínicas de atendimento do Estágio de Urgência Odontológica da FO-UFJF, em que os alunos de graduação em Odontologia realizam a prática. Como Odontóloga Preceptora de alunos da FO-UFJF, esta pesquisadora atua diretamente na rotina de atendimento realizado pelos alunos da graduação em Odontologia, de forma a orientar e supervisionar o trabalho realizado pelos estagiários.

Haja vista que as clínicas de estágio do curso de Odontologia prestam atendimento à população, a FO-UFJF recebe encaminhamentos de pacientes de Juiz de Fora e de diversos municípios vizinhos. Na FO-UFJF, existem diversas clínicas de atendimento a pacientes, o qual é realizado pelos alunos da graduação e pós-graduação. As clínicas são divididas por disciplinas (Endodontia, Periodontia, Dentística, Prótese, Odontopediatria, entre outras) e também há clínicas de estágio

² Neste estudo, o termo “acolhimento” será constantemente citado, por isso, faz-se necessário esclarecer seu conceito. De acordo com cartilha publicada pelo Ministério da Saúde, “acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde” (BRASIL, 2008b).

como Clínicas de Estágio Integrado e Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica. O atendimento prestado pela FO-UFJF em suas clínicas de ensino e de estágio apresenta uma grande demanda que, geralmente, é maior do que a capacidade de atendimento, o que, de fato, acontece com as clínicas de estágio de Urgência Odontológica I e II, foco deste estudo.

Um dos desafios observados nas Clínicas de Urgência é que o atendimento não é agendado e a ordenação do atendimento é feita de acordo com a ordem de chegada dos pacientes. Essa ordenação é registrada em uma lista de espera em cada dia de atendimento e, desse modo, não há um critério de classificação dos pacientes que priorize casos mais graves e garanta um atendimento com maior equidade, o que significa dizer que não há um protocolo de classificação de risco. Além de não haver a classificação dos casos prioritários para o atendimento, nas Clínicas de Urgência, a resolutividade do atendimento também é uma questão crítica, visto que há um grande número de procedimentos que são apenas parciais, necessitando de encaminhamento para outras clínicas em que o tratamento será finalizado. Entretanto, como é longa a espera por atendimento, geralmente, nesse ínterim, o problema do paciente se agrava e, muitas vezes, há perda de elementos dentais neste processo.

A falta de critérios para seleção dos pacientes a serem atendidos prejudica a promoção da universalidade e da equidade no atendimento. Nesse caso, é preciso considerar que a escolha dos pacientes de maneira criteriosa contribui para que a equidade componha as ações de saúde das IES (MACIEL; KORNIS, 2006).

Por sua vez, há que se destacar a questão da importância da busca da resolutividade no Serviço de Urgência Odontológica na UFJF. O atendimento de urgências da Faculdade de Odontologia da UFJF apresenta uma lacuna neste aspecto do atendimento, visto que os procedimentos não conclusivos ficam na dependência de filas de espera para atendimento em outras clínicas da FO-UFJF, considerando que as diversas clínicas são compartimentadas e cada uma apresenta uma fila específica de espera e, portanto, não estão integradas. Portanto, a garantia da integralidade das ações em saúde bucal não é possível. Desse modo, são necessários um planejamento e uma gestão voltada para estas questões a fim de se aprimorar tais práticas e superar os desafios apresentados.

Tendo em vista os problemas já apresentados, definiu-se a seguinte questão de pesquisa: quais os desafios enfrentados no contexto das Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da UFJF no que se refere à

demanda de atendimento dos pacientes?

Esta pesquisa tem o seguinte objetivo geral: analisar as dificuldades vivenciadas nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II, envolvendo as questões referentes à demanda de atendimento dos pacientes e critérios de classificação, abordando, ainda, a resolutividade do atendimento realizado nestas clínicas, para, a partir desta análise, propor ações que minimizem estas dificuldades.

Os objetivos específicos são:

- Descrever o funcionamento nas Clínicas de Urgência Odontológica da UFJF.
- Realizar o levantamento da demanda de atendimento nas Clínicas de Urgência dentro do período determinado para esta pesquisa, por meio da análise de prontuários e registros.
- Analisar as dificuldades enfrentadas em função da falta de critérios de classificação de pacientes nas Clínicas de Urgência Odontológica da UFJF.
- Formular alternativas para o problema da resolutividade do atendimento.
- Propor soluções para a classificação de risco dos casos a serem atendidos nas Clínicas de Urgência Odontológica, a fim de promover um atendimento mais universal, integral e com maior equidade e dignidade para os pacientes.
- Propor alternativas de abordagem dos pacientes e promover o acolhimento.

Como justificativa para esta pesquisa, destaca-se o fato de que, considerando a relevância do atendimento realizado pelos alunos da Faculdade de Odontologia da UFJF e o fato de que esta pesquisadora atua como Odontóloga Preceptora nas clínicas de estágio da FO-UFJF, foi possível observar importantes desafios envolvendo a fila de espera para atendimento nas clínicas de estágio de Urgência Odontológica I e II, e, também, a resolutividade do atendimento realizado nestas clínicas, que demandam a realização de estudos que possam embasar medidas que venham a ser adotadas pelos gestores das referidas clínicas.

A metodologia de pesquisa que será adotada neste estudo será quantitativa e qualitativa. O aspecto quantitativo da pesquisa compreende o levantamento de dados de prontuários de pacientes que utilizam o serviço de atendimento das Clínicas de Urgência I e II da FO-UFJF. Por sua vez, haverá uma abordagem qualitativa com a realização de entrevistas semiestruturadas voltadas a estagiários, técnicos administrativos em Educação (preceptores) e à Coordenação das Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF.

De acordo com Yin (2001, p. 32), “um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Esse é um conceito que busca apontar uma direção para o presente estudo, uma vez que o conceito não pretende limitar, mas indicar o objetivo de um estudo de caso, que é a investigação, a produção de conhecimento a partir de um determinado enfoque. Assim, temos que o estudo de caso é um trabalho de construção de conhecimentos acerca de um fenômeno contemporâneo analisado em seu contexto prático, levando-se em conta diversas fontes de evidência para fundamentação das análises e conclusões (YIN, 2001).

O título do Capítulo I caracteriza-se por “Desafios vivenciados pelas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica: o caso da FO-UFJF”. Portanto, o objetivo do primeiro capítulo será expor o atendimento odontológico prestado pelas IES no contexto do Sistema Único de Saúde, bem como os problemas identificados. Será fundamental a apresentação dos princípios que regem o SUS e a forma como o atendimento Odontológico nas IES busca atender a esses princípios. Posteriormente, será abordada a história da UFJF e da FO-UFJF, e, então, será preciso dissertar sobre o funcionamento das clínicas e as legislações envolvidas. Por fim, serão expostas as questões críticas referentes aos atendimentos, em especial nas Clínicas de Urgência Odontológica I e II.

O capítulo II (Análise do caso à luz do referencial teórico e pesquisa de campo), por sua vez, apresenta o referencial teórico, autores, conceitos e dados de outras pesquisas sobre o mesmo tema a fim de embasar as considerações realizadas no presente estudo, bem como são apresentados importantes paradigmas que balizam as análises desenvolvidas. Será apresentada também uma seção sobre a metodologia adotada neste estudo, descrevendo os procedimentos empregados na coleta de documentos, realização de entrevistas e análise dos dados levantados.

Após a apresentação do contexto deste estudo e da descrição e análise dos dados levantados, o Capítulo III traz o Plano de Ação Educacional com as propostas elaboradas a fim de contribuir para a superação dos desafios verificados. As propostas são descritas de forma detalhada, apresentando o problema identificado, o objetivo de cada medida, de forma contextualizada, bem como os resultados esperados.

1 DESAFIOS VIVENCIADOS PELAS CLÍNICAS DE ESTÁGIO DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA: O CASO DA FO-UFJF

O tratamento odontológico oferecido pelo Sistema Único de Saúde não está disponível em todos os municípios brasileiros, dessa forma, a saúde bucal é um dos muitos desafios a serem enfrentados pelo SUS de forma geral. A falta de atendimento odontológico faz com que diversos municípios encaminhem os pacientes para serem atendidos em instituições de ensino que ofereçam o curso de odontologia (ALMEIDA, 2017). Entretanto, mesmo para essas instituições, suprir a demanda por tal atendimento também se configura como uma tarefa desafiadora, uma vez que a disponibilidade de recursos está aquém da demanda, como se pode verificar nas listas de espera registradas na FO-UFJF, as quais indicam grande número de pacientes que buscam o atendimento e não são atendidos.

Neste contexto, a FO-UFJF oferece atendimento odontológico à população, através do curso de Graduação em Odontologia e dos cursos de Especialização *lato sensu*, como dentística, radiologia e imaginologia odontológica, odontologia legal, odontopediatria, endodontia, implantodontia, prótese dentária e ortodontia. Os alunos, além de cursarem as aulas teóricas, devem obrigatoriamente realizar o atendimento nas clínicas de estágio a fim de concluir o aprendizado para a formação como cirurgiões-dentistas ou especialistas nas áreas citadas (BRASIL, 2018b).

A oferta de tratamento odontológico pelas IES apresenta grande relevância para a população atendida pelo SUS. Entretanto, embora existam diversas clínicas, a demanda para atendimento, de forma geral, supera a capacidade do serviço ofertado (GONÇALVES; VERDI, 2005; SPEZZIA; CARVALHEIRO; TRINDADE, 2015). Dessa forma, torna-se um grande desafio para as IES corresponderem aos princípios do SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade, além do referenciamento.

Diversas variáveis envolvem o atendimento odontológico nas clínicas da FO-UFJF, são questões que necessitam de adequada gestão com vistas a otimizar o atendimento à população. As principais questões referentes ao atendimento percebidas por esta pesquisadora, nas clínicas de estágio onde é preceptora, referem-se à resolutividade, demanda para atendimento e gestão da fila de espera³.

³ Existe ainda a carência de referenciamento, que é o devido encaminhamento do paciente para outras clínicas para finalização de seu tratamento, acompanhado de informações completas sobre os procedimentos já realizados, além da questão da resolutividade no atendimento (PAULA et al., 2012).

Neste sentido, este Capítulo 1 objetiva apresentar o atendimento odontológico e sua relação com o Sistema Único de Saúde. Além de abordar os desafios verificados nas clínicas de atendimento do estágio de Urgência Odontológica da FO-UFJF e suas questões críticas, como já destacado.

Para melhor compreensão do contexto deste estudo, um conceito fundamental precisa ser destacado. Nessa dissertação, tem sido usado inúmeras vezes o termo “urgência”, o que traz dúvida em relação a não utilização de outro termo frequentemente empregado no mesmo contexto, porém com sentido diferente, que é o termo “emergência”. Com isso, faz-se necessário esclarecer que a confusão entre os dois termos pode resultar em inversão de condutas em duas situações semelhantes, mas que guardam suas peculiaridades e procedimentos possivelmente distintos. Diante disso, buscamos, primeiramente, no dicionário on-line Caldas Aulete os conceitos dos dois termos. De acordo com o dicionário, urgência é “1. Caso ou situação muito grave (urgência médica); 2. Necessidade ou problema que exige solução rápida [...] 3. Situação que tem prioridade sobre as outras [...]”⁴. Para o termo emergência, o mesmo dicionário indica: “[...] 2. Situação ou momento crítico, grave, perigoso [...]; 3. Med. Caso de urgência e que requer atendimento ou tratamento imediato (emergência cirúrgica)”⁵.

Frise-se que a urgência trata-se de caso que apresenta prioridade sobre os demais, havendo ou não risco à vida, enquanto que, geralmente, emergências envolvem risco iminente à vida. Uma vez que, para emergência, assim como para urgência, o dicionário aponta que o tratamento deve ser rápido, imediato, ainda seria necessária uma discussão profunda sobre o assunto.

Além disso, há ainda diferentes perspectivas, como o ponto de vista do paciente, do profissional de saúde e dos demais envolvidos. Todavia, há, atualmente, entendimento geral de que o termo “urgência” pode ser aplicado em todos os casos que demandem cuidados imediatos, restando apenas definir-se o “grau de urgência”, classificando-se o quadro em níveis para uma priorização do atendimento dos casos mais graves. Nesse sentido, emprega-se apenas o termo “urgência” para os casos atendidos nas clínicas de estágio de urgência odontológica, ora em análise.

⁴ URGÊNCIA. In: Dicionário Aulete Digital. 23 out. 2018. Disponível em: <<http://www.aulete.com.br/urg%C3%Aancia>>. Acesso em: 23 out. 2018.

⁵ EMERGÊNCIA. In: Dicionário Aulete Digital. 23 out. 2018. Disponível em: <<http://www.aulete.com.br/emerg%C3%Aancia>>. Acesso em: 23 out. 2018.

Para elucidar a importância do entendimento acerca do que se trata a urgência odontológica, tomemos como exemplo a explicação definida pela Coordenação Municipal de Urgências de Porto Alegre - RS, em um protocolo de atendimento em urgência odontológica:

Conceitualmente, urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata. As dores orofaciais e os traumas constituem a maior parte das urgências em odontologia (PORTO ALEGRE, 2014, p. 11).

O mesmo documento enfatiza que, no atendimento às urgências odontológicas, há diferenças fundamentais em relação a consultas odontológicas preventivas. Na consulta de urgência, o objeto é “a resolução pontual do agravo que motivou a busca por atendimento” (PORTO ALEGRE, 2014, p. 11). Para tanto, é necessário que seja feita adequada anamnese e exame do paciente a fim de se determinar o procedimento específico para o quadro apresentado. Nesse caso, devem ser avaliados, por exemplo, as características da dor e o desenvolvimento da patologia.

De acordo com o Protocolo de Urgências em Odontologia em questão (PORTO ALEGRE, 2014, p. 11), para determinação dos casos de urgência:

O histórico médico do paciente, que evidencie doenças de ordem geral ou alergias e uso de medicamentos, deve ser investigado conforme a especificidade de cada atendimento. [...] além das características clínicas, testes de vitalidade pulpar, pressão e percussão podem ser utilizados. Exames complementares devem ser realizados sempre que necessários. A magnitude do quadro clínico deve determinar se o tratamento pode ser realizado em ambiente ambulatorial ou hospitalar. Apesar de alguns tratamentos realizados na consulta de urgência serem definitivos, outros necessitam de procedimentos posteriores; quando necessário, os pacientes devem ser orientados para sequência do tratamento. O protocolo abrange as situações de urgências mais prevalentes nas áreas de endodontia, periodontia, estomatologia, sistema estomatognático, cirurgia, trauma dentoalveolar e infecções odontogênicas graves.

Este primeiro capítulo traz ainda a contextualização do atendimento odontológico ofertado pela UFJF e sua relação com o SUS; o atendimento odontológico como é praticado nas IES; a história do curso de odontologia oferecido pela UFJF; legislações pertinentes ao estágio praticado pela FO-UFJF, bem como as questões críticas referentes ao atendimento nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica, como a demanda por atendimento, o critério de seleção de pacientes, os protocolos de classificação de risco praticados e a resolutividade dos atendimentos.

1.1 O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO COMO PARTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde está entre os direitos fundamentais do indivíduo garantidos pela Constituição Brasileira de 1988, que destaca que a saúde é um dever do estado (BRASIL, 1988). Em nosso país, o Sistema Único de Saúde estabelece as diretrizes que regem o atendimento à saúde ofertado à população.

Almeida (2017) ressalta que, com relação às políticas públicas, a saúde bucal, durante muito tempo, foi deixada à margem das ações de planejamento em saúde. Nesse contexto, a abordagem preventiva é uma visão recente da odontologia, visto que, por muitos anos, prevaleceu a visão mutiladora na saúde bucal.

Até 1952, a saúde bucal, de forma geral, não possuía nenhum tipo de planejamento, quando então, foi instituído o SESP - Serviço Especial de Saúde Pública. Com a instituição do SESP, houve a implementação dos primeiros programas de odontologia sanitária no Brasil. Além deste marco nas políticas de saúde bucal, houve também a Lei Federal nº 6.050 em 1974, que trouxe a obrigação de fluoretação das águas do sistema público (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

De acordo com Silvestre, Aguiar e Teixeira (2013), após a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve a adoção da Política de Saúde Bucal defendida pela I Conferência Nacional de Saúde Bucal, que foi divulgada em 1986. Segundo esta conferência, a saúde bucal deveria estar em consonância com os princípios do SUS, que são a equidade, a integralidade e a universalidade com a participação da população.

Almeida (2017) destaca a Política Nacional de Saúde Bucal do Programa Brasil Sorridente lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que foi uma forma de enfrentar a carência da oferta de serviços odontológicos à população. Este programa visou à reorganização dos serviços odontológicos, como a adoção de medidas para garantir a promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população.

Como forma de reorganização dos serviços odontológicos, houve, como principais ações, a reorganização da atenção básica em saúde bucal, implantação das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, a ampliação e qualificação da atenção especializada, principalmente com a implantação de Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs), e a integralização da fluoretação das águas de abastecimento

público (ALMEIDA, 2017).

Neste processo de integração da saúde bucal ao Sistema Único de Saúde, um papel importante foi atribuído às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as RAS caracterizam-se por serem arranjos organizativos de serviços em saúde que buscam a integralidade do cuidado. As RAS têm como objetivo a integração dos serviços em saúde, a promoção da atenção contínua, integral e, além disso, a busca da garantia do acesso, equidade e eficácia clínica e sanitária.

Os princípios que regem o SUS são os alicerces de suas ações. Entre os princípios, estão a universalidade, a equidade e a integridade. De acordo com o Ministério da Saúde (2018), esses princípios caracterizam-se por:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Além dos princípios destacados, há ainda os princípios organizativos, que, segundo o Ministério da Saúde (2018), são:

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde

cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Todos os serviços de saúde em nosso país devem, portanto, atuar conforme os princípios e diretrizes do SUS. Entretanto, a realidade apresenta diversos desafios que exigem importantes mudanças para se adequarem às exigências do Sistema Único de Saúde.

Além dos princípios e diretrizes que norteiam o atendimento oferecido pelo SUS, o Ministério da Saúde publicou a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, que destaca seis princípios básicos de cidadania que balizam o atendimento aos usuários dos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. Nessa carta, está registrado que todo cidadão tem direito a (i) “acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde”; (ii) “tratamento adequado e efetivo para seu problema”; (iii) “atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”; (iv) “atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos”. A carta ainda destaca que (v) “todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada” e (vi) “todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos” (BRASIL, 2011).

1.1.1 O atendimento odontológico nas Instituições de Ensino Superior

As Instituições de Ensino Superior que ofertam o curso de graduação em Odontologia visam à formação de cirurgiões-dentistas. De forma geral, estes profissionais irão atuar na promoção de saúde bucal, realização de diagnósticos, recuperação e manutenção da saúde bucal. Embora obviamente seja fundamental a realização de tratamentos clínicos, o principal objetivo encontra-se na ênfase à prevenção de problemas odontológicos. A pesquisa na área odontológica também é uma possibilidade presente nas IFES (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2016).

A dificuldade de acesso à assistência odontológica é uma realidade em nosso país, uma vez que a cobertura da assistência odontológica pública brasileira não

consegue suprir a demanda da população. Neste contexto, as instituições de Ensino Superior (IES) ofertam atendimento odontológico à população por meio dos cursos de graduação em Odontologia. As Faculdades de Odontologia públicas ou privadas atuam como parte do Sistema Único de Saúde e, por isso, devem atender aos princípios do SUS, oferecendo um atendimento com universalidade, integralidade e equidade.

Conforme já destacado, o SUS apresenta diversos princípios, mas alguns são mais relevantes, cabendo ressaltar o primeiro princípio, a universalidade, que se refere ao atendimento da população como um todo, não apenas focando em grupos específicos. A equidade, por sua vez, como um segundo princípio, relaciona-se a atender de forma desigual aos desiguais, visto que as necessidades da população são variáveis e, para atendê-las, faz-se necessário observar a diferença inerente aos indivíduos, proporcionando condições iguais de acesso aos serviços de saúde. Portanto, a equidade significa atender aos diferentes de forma diferente, isto implica uma abordagem de classificação de risco, buscando a universalização do atendimento (BRASIL, 2018a; BARBOSA, 2010).

Embora os princípios de equidade e integralidade devam nortear o processo de atendimento na IFES, de acordo com Gonçalves e Verdi (2005), a dificuldade de acesso à assistência odontológica nestas instituições configura-se como uma situação que torna os pacientes vulneráveis. A demanda não é suprida, em parte, pela falta de vagas para atendimento, mas também pela ocorrência de priorização do ensino acadêmico em detrimento da necessidade dos pacientes, e, muitas vezes, ocorrem problemas como desrespeito à fila de espera, o que agrava ainda mais a difícil situação do atendimento odontológico.

Guimarães (2015) observa uma evolução no processo de ensino realizado nas universidades, e acredita que há uma tendência de busca por maior relevância social, buscando ocupar um espaço de enfrentamento das desigualdades presentes em nossa sociedade. As IES são importantes recursos logísticos, operacionais e estratégicos, para se fazer frente aos atuais desafios vivenciados pela população brasileira e, diante dessa realidade, as instituições de ensino estão associando a produção de conhecimento e formação profissional à prestação de serviços para a população que depende diretamente do SUS.

O autor ressalta que um dos indícios dessa nova filosofia é a Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002, que inovou com as Diretrizes Curriculares

Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Odontologia voltadas para a necessidade de uma formação na área da saúde em consonância com as fragilidades da população brasileira. A partir daí, toda IES tem, entre suas atribuições, o desafio de formar profissionais mais sensibilizados com a situação vulnerável dos pacientes por meio do atendimento direto à população (GUIMARÃES, 2015).

Assim, os serviços odontológicos ofertados nas IES vêm sendo otimizados a fim de atender, de forma mais igualitária, às camadas sociais mais vulneráveis, o que tem sido um grande desafio, haja vista as mudanças necessárias em um sistema que vem de antigos paradigmas. Estas mudanças no processo de atendimento são necessárias, principalmente, em modelos de assistência que se baseavam em um processo mutilador, que agora pretende focar em um modelo de atendimento mais integral, com maior acolhimento e respeito ao paciente (SANCHEZ; DRUMOND, 2011).

Nesse contexto, observam-se grandes desafios na busca por atendimento mais universal e equânime. A grande demanda por atendimento se apresenta como um dos maiores problemas, uma vez que implica em mudanças profundas nos processos de atendimento, desde a identificação dos grupos vulneráveis, passando pelos programas de prevenção, acolhimento até o atendimento integral, universal e igualitário, a fim de se ofertar um serviço de saúde que atenda a toda a população que depende do SUS. Nesse processo, a seleção criteriosa de pacientes que receberão tratamento é uma das principais medidas a serem adotadas no enfrentamento dos desafios apresentados. Para otimização do atendimento, é necessário que ocorra a triagem dos pacientes, a fim de se priorizar os casos mais graves e os dependentes do Sistema Público de Saúde, empregando-se de forma adequada os recursos disponíveis (MACIEL; KORNIS, 2006).

A questão da falta de vagas para atendimento também é ressaltada por Gonçalves e Verdi (2005) quando destacam a vulnerabilidade em que se encontra o paciente devido à falta de vagas e às filas de espera demasiadamente demoradas, muitas vezes, por meses. Os autores ainda enfatizam a questão de que, após a longa espera, quando finalmente o paciente entra em tratamento, diversas questões internas ao processo de atendimento o tornam ainda mais vulnerável. Entre essas questões, está a priorização ao ensino em detrimento do atendimento ao paciente.

A fim de buscar soluções para as diversas demandas existentes nas IES em seus cursos na área de Odontologia, segundo Almeida (2017), em 2014, foi

desenvolvido, por meio de uma parceria do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação, o programa GraduaCEO. Este programa tem o intuito de promover maior integração entre as Instituições de Ensino Superior em Odontologia e o Sistema Único de Saúde. De forma geral, os objetivos do GraduaCEO são:

- I - ampliar a oferta e o acesso da população a ações e serviços de saúde bucal no SUS;
- II - qualificar os serviços de saúde bucal através da incorporação das clínicas odontológicas das IES com curso de graduação em odontologia na RAS;
- III - ampliar os mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as IES com cursos de graduação em odontologia;
- IV - melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde bucal prestada à população; e
- V - integrar as clínicas odontológicas das IES com curso de graduação em odontologia à rede pública de serviços de saúde bucal. (BRASIL, 2014, art. 4º).

A adoção do GraduaCEO tem grande relevância para as IFES no sentido de reforçar os princípios preconizados pelo SUS quanto ao atendimento ao paciente e por enfatizar um modelo de atenção centrado no cuidado. De acordo com portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), a atenção básica torna-se a porta de entrada para os serviços odontológicos a partir do GraduaCEO. Entretanto, conforme descreve Almeida, há importantes requisitos a serem cumpridos para que a UFJF seja contemplada com esse recurso do Governo:

As clínicas odontológicas das IES incorporadas ao SUS deverão seguir as diretrizes do GraduaCEO, e devem oferecer: garantia de universalização do acesso, equidade e integralidade da atenção à saúde bucal; regionalização da atenção da saúde bucal com abrangência territorial e populacional, em consonância com a pactuação regional; atenção básica à saúde como principal porta de entrada do sistema, centro de comunicação, coordenadora de cuidado e ordenadora da RAS; continuidade do cuidado à saúde bucal por meio da articulação com os demais pontos de atenção da RAS; modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário; regulação do acesso aos serviços odontológicos; atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização; qualidade na atenção e segurança do paciente e monitoramento e avaliação (ALMEIDA, 2017, p. 98).

A adesão ao GraduaCEO exige a adequação das práticas de atendimento aos usuários do serviço de saúde prestado pela FO-UFJF e, por sua vez, não só representa a efetivação do papel da IES na RAS, como também é uma forma de obtenção de recursos financeiros para otimização do atendimento e oferta dos serviços odontológicos na UFJF (ALMEIDA, 2017).

1.2 A FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

A Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) possui um curso de graduação em Odontologia que oferece atendimento odontológico à população. A UFJF tem sua sede em Juiz de Fora (MG), além de um *campus* avançado em Governador Valadares (MG).

Segunda universidade federal do interior do país a ser criada, a Universidade Federal de Juiz de Fora teve seu início em 23 de dezembro de 1960, por ato do então presidente Juscelino Kubitschek. Os primeiros cursos a serem criados foram Medicina, Engenharia, Ciências Econômicas, Direito, Farmácia e Odontologia. Posteriormente, outros cursos foram adicionados, como Geografia, Letras, Filosofia, Ciências Biológicas, Ciências Sociais e História (BRASIL, 2018b).

A UFJF, após a reforma universitária de 1970, passou a apresentar três institutos básicos, que são Instituto de Ciências Exatas (ICE), Instituto de Ciências Biológicas (ICB) e Instituto de Ciências Humanas e Letras (ICHL). Já em 1999, o centro de Ciências da saúde passou a integrar a UFJF, como um novo instituto, contando com os cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina. Em 2006, foram criados o Instituto de Artes e Design (IAD) e a Faculdade de Letras (Fale). A universidade apresenta, atualmente, 93 opções de cursos de graduação, 36 de mestrado e 17 de doutorado (BRASIL, 2018b).

A Faculdade de Odontologia, por sua vez, integra o quadro de cursos de graduação da UFJF. Vale ressaltar que, mesmo antes da criação da UFJF, o curso de Odontologia já existia em Juiz de Fora. Em 1904, teve início o curso de Graduação em Odontologia na modalidade Bacharelado. O decreto nº 1.371, de 28 de agosto de 1905, autorizou o curso de Odontologia da UFJF, e a portaria nº 823, de 30 de dezembro de 2014, é a última atualização desta autorização para o curso, que, em 1960, passou a ser um dos cursos da recém-criada UFJF. Antes de fazer parte do quadro de cursos da UFJF, o curso de Odontologia iniciou seu funcionamento na Faculdade de Farmácia e Odontologia do Instituto Metodista Granbery, localizada naquele município. Destaca-se que tal fato se deu antes da inauguração da Universidade Federal de Juiz de Fora, em 1960.

Com mais de 100 anos de criação, o curso de Graduação em Odontologia forma cirurgiões-dentistas, que podem atuar como profissionais liberais, professores

universitários, pesquisadores no setor público ou privado (BRASIL, 2018b).

A carga horária vigente no curso de graduação em Odontologia da UFJF é de 5.258 horas de atividades, que deve ser, em média, cumprida em 5 anos. Por sua vez, os estágios totalizam 600 horas, permitindo aos alunos maior contato com a prática em odontologia.

Outras oportunidades se apresentam aos alunos de Odontologia da UFJF, como a participação em Projetos de Extensão Universitária, Programa de Bolsas de Iniciação Científica, Programa de Monitoria e Programa de Treinamento Profissional.

Cursos de especialização também são oferecidos pela FO-UFJF, desde 1994. Os cursos incluem Dentística, Radiologia e Imaginologia Odontológica, Odontologia Legal, Odontopediatria, Endodontia, Implantodontia, Prótese Dentária, Ortodontia, Saúde Coletiva, Periodontia, Odontogeriatrics. Entretanto, atualmente, apenas o curso de pós-graduação em Ortodontia está em funcionamento.

A situação de não funcionamento, no momento da escrita desta dissertação, dos cursos de pós-graduação é resultado da aprovação da Resolução nº 15/2015 pelo Conselho Superior (CONSU) da Universidade Federal de Juiz de Fora que suspendeu provisoriamente a oferta de cursos de Pós-graduação *Lato Sensu* autossustentáveis na instituição.

Além da graduação e pós-graduação, a FO-UFJF também apresenta um Programa de Mestrado *stricto sensu*. O mestrado em Clínica Odontológica da FO-UFJF foi aprovado em 31 de janeiro de 2006 pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Hoje, a nota do programa encontra-se em 3⁶.

Uma série de disciplinas compõe a grade curricular do curso de graduação em Odontologia, e entre elas estão as disciplinas práticas, em que os alunos prestam atendimento à população. As clínicas de atendimento totalizam três clínicas, identificadas por cores diferenciadas das cadeiras odontológicas, que são amarela, azul e verde, todas no primeiro andar do prédio da FO-UFJF.

⁶ Conforme estabelecido pela CAPES, na avaliação quadrienal de 2017 em relação aos Programas de Pós-graduação na área de Odontologia, as notas se referem aos seguintes quesitos: “Nota 3: correspondeu ao padrão mínimo de qualidade para recomendação do programa ao CNE e consequente permanência no Sistema Nacional de pós-graduação (SNPG). Nota 4: o programa deveria obter “Bom” necessariamente nos quesitos 3 (Corpo Docente e trabalhos de conclusão), e 4 (Produção Intelectual) e em pelo menos mais um quesito. Nota 5: o Programa deveria obter “Muito Bom” em todos os quesitos (Proposta do Programa; Corpo Docente; Teses e Dissertações; Produção Intelectual e Inserção Social) da ficha de avaliação e que atenderam, necessariamente a três condições [...]” (BRASIL, 2017, p. 7).

1.3 FUNCIONAMENTO DAS CLÍNICAS DA FO-UFJF

Na FO-UFJF, o atendimento odontológico à população é realizado nas clínicas de ensino, no Curso de Graduação em Odontologia e nos cursos de especialização, embora, como já mencionado, atualmente, esteja em funcionamento somente o Curso de Especialização em Ortodontia. Estes cursos atendem a pacientes encaminhados de unidades de saúde do SUS e também de outras instituições, não possuindo área delimitada de saúde, o que pode resultar em listas de espera consideravelmente extensas. O processo de admissão de pacientes acontece nos Setores de Acolhimento e Triagem para o Curso de Graduação em Odontologia e, para o Curso de Especialização em Ortodontia, nas secretarias dos respectivos cursos, recebendo encaminhamentos de diferentes bairros do município de Juiz de Fora e de outros municípios, de unidades de saúde distintas.

Cabe ressaltar que, nas Clínicas de Urgência e de Cirurgia, não há critério de classificação de risco, e o atendimento é organizado de acordo com a ordem de chegada dos pacientes às clínicas.

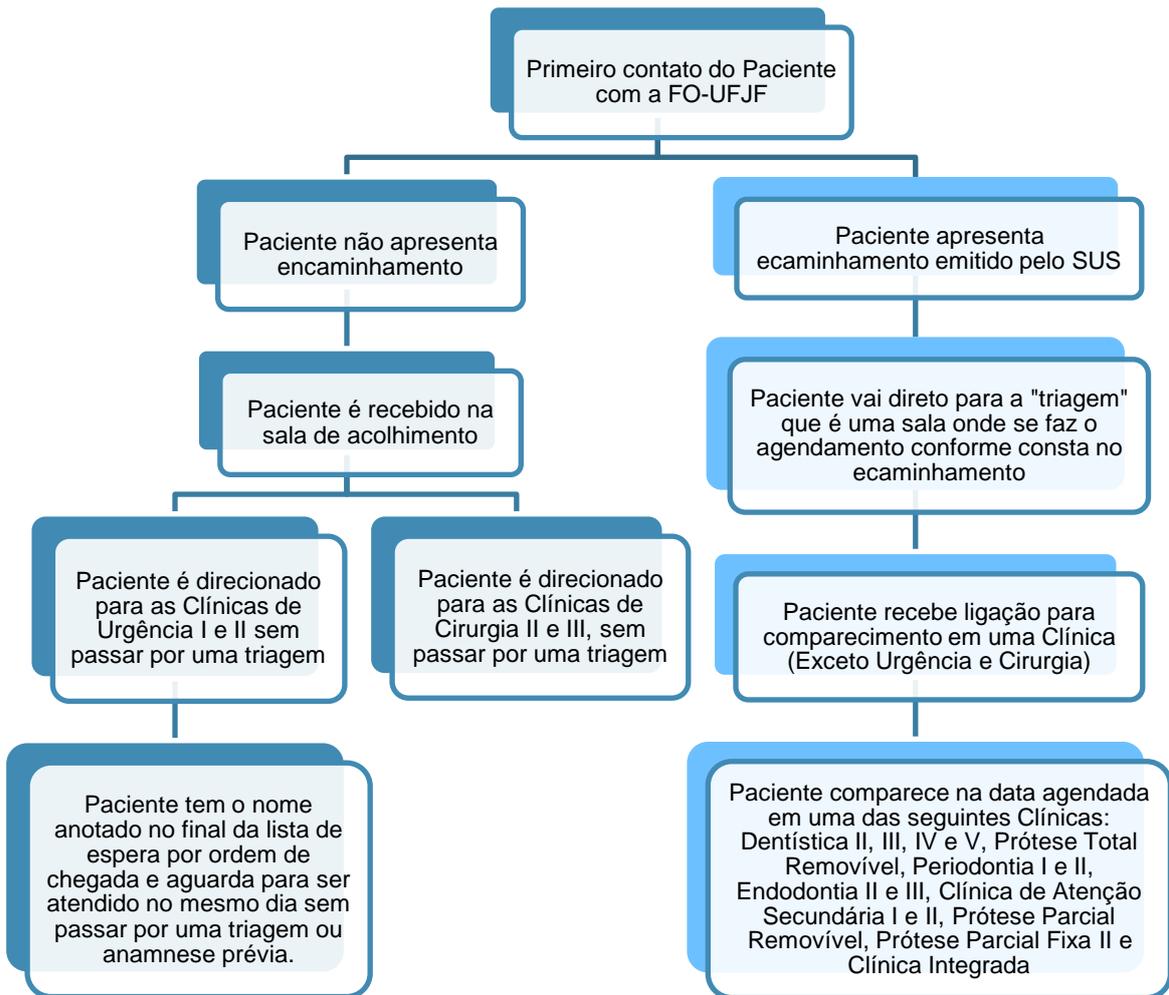
O atendimento nas clínicas de Dentística II, Dentística III e IV, Dentística V, Prótese Total Removível, Periodontia I e II, Endodontia II, Endodontia III, Clínica de Atenção Secundária I e II, Prótese Parcial Removível, Prótese Parcial Fixa II e Clínica Integrada é realizado por meio de agendamentos feitos pelo setor de Triagem.

No Setor de Triagem, os pacientes recebem um número sequencial para cadastro, que será anotado no seu prontuário, bem como em todos os seus encaminhamentos, de origem interna ou externa à FO-UFJF, que forem entregues no setor de Triagem.

Para que seja feito o cadastro do paciente junto ao setor de Triagem, é necessário um encaminhamento emitido por uma Unidade do SUS. Sendo assim, caso o paciente seja atendido no Pronto-atendimento (PA) da Faculdade de Odontologia (serviço que é oferecido para que o paciente esteja em condições de aguardar o atendimento definitivo), é necessário que procure, posteriormente, uma Unidade do SUS para que possa ser encaminhado desta unidade para, então, ser cadastrado no Setor de Triagem da FO-UFJF.

A Figura 1, a seguir, ilustra o percurso dos pacientes entre as clínicas da FO-UFJF.

Figura 1 - Fluxograma atual de atendimentos na FO-UFJF.

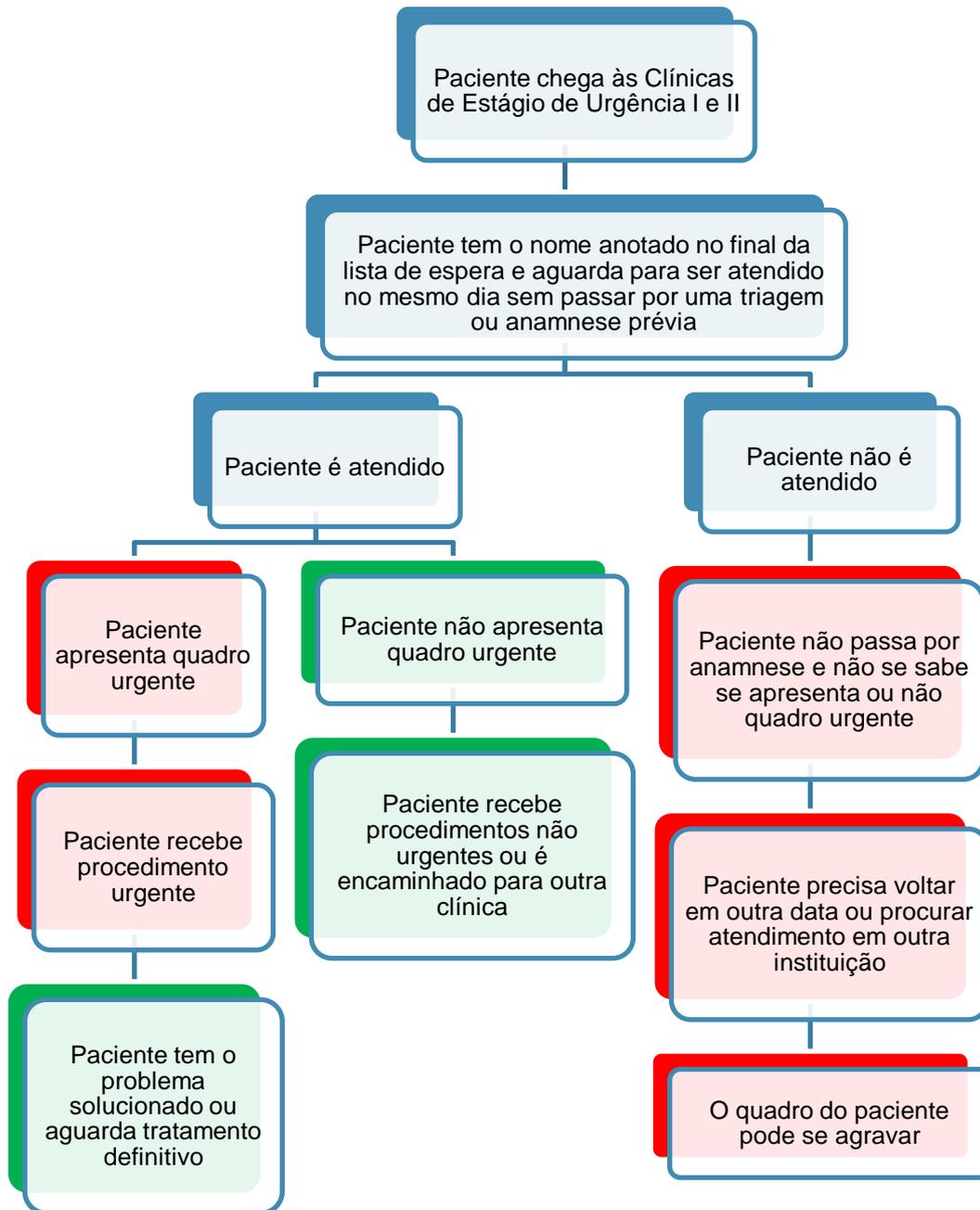


Fonte: Elaborado pela autora.

Na Figura 1, podemos perceber que, de forma diferente dos atendimentos realizados por meio de encaminhamentos e agendamentos, as clínicas de Cirurgia II e III e de Urgência I e II dispensam a apresentação de encaminhamentos, e, com isso, os pacientes são atendidos sem agendamentos, ou seja, por demanda espontânea, sem passar previamente por uma triagem ou anamnese que faça a classificação de risco dos quadros apresentados pelos pacientes e também sem orientar aqueles pacientes que não apresentam quadros urgentes a realizarem o agendamento nas clínicas da especialidade adequada ao caso apresentado.

Após chegar às Clínicas de Urgência, o paciente entra em um processo de atendimento que é demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma atual de atendimentos nas Clínicas de Urgência I e II.



Fonte: Elaborado pela autora.

No caso específico das Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica, *locus* deste estudo, os atendimentos são realizados obedecendo à ordem de chegada dos pacientes, ordem esta que é registrada em uma lista de espera para o atendimento em cada dia de clínica, ou seja, cada paciente que chega às Clínicas de Urgência tem seu nome inserido no final da lista de espera e permanece na clínica aguardando para ser atendido. Os alunos realizam os atendimentos em duplas e atendem, em média,

dois pacientes em cada dia de estágio. Os atendimentos nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II são realizados pelos alunos do oitavo e do nono período de Odontologia.

O foco do atendimento é a resolução de problemas de caráter de urgência, como alívio de dor, reconstrução de dentes fraturados, entre outros. Os alunos são supervisionados por Técnicos Administrativos Odontólogos que atuam como preceptores, e há também, geralmente, a presença de um professor.

Por outro lado, os pacientes que chegam ao acolhimento sem apresentar um encaminhamento expedido por UBS ou PSF são orientados a procurar uma unidade do SUS para que seja feito o encaminhamento. Aqueles pacientes que relatam algum quadro de urgência são direcionados às Clínicas de Urgência. Porém, há pacientes que chegam às Clínicas de Urgência sem apresentar um quadro de urgência, buscando, por exemplo, uma orientação acerca de procedimentos preventivos, conforme identificado nos prontuários recolhidos no PA e, ainda assim, são equivocadamente, encaminhados às Clínicas de Urgência.

A organização dos atendimentos é parte fundamental do ensino na área de saúde, e está diretamente relacionada à qualidade do aprendizado prático adquirido durante os estágios e à qualidade do atendimento.

Com relação aos estágios, existem regulamentações específicas que regem as atividades realizadas pelos estagiários. Na FO-UFJF, os estágios dos alunos da graduação em odontologia são realizados de acordo com o previsto no Regulamento Geral dos Estágios do Curso de Odontologia da UFJF (BRASIL, 2018e) e no Regimento da Comissão Orientadora de Estágios (BRASIL, 2018d).

Após consulta ao Regulamento Geral dos Estágios do Curso de Odontologia (BRASIL, 2018e), foi possível perceber considerações gerais, as quais também se encontram na lei Federal nº 11.788/2008, que é a Lei Federal sobre Estágios (BRASIL, 2008a).

Algumas determinações na referida lei merecem ser destacadas, como o artigo que trata sobre a carga horária que deve ser cumprida pelos estagiários:

Art. 4º - A cada estágio constará uma carga horária que deverá ser totalmente integralizada pelo aluno.

§ 1º A jornada de atividades de estágio não poderá ultrapassar seis horas diárias e trinta horas semanais.

§ 2º Os estagiários deverão assinar termo de compromisso e planos de atividades de estágios. (BRASIL, 2018e).

Com relação ao Estágio de Urgência Odontológica I e II, existe uma normatização intitulada Plano Semestral de Atividades do Estágio de Urgência Odontológica (BRASIL, 2018c). Nesse caso, foi consultado o plano referente ao 2º semestre letivo de 2018. Trata-se de um Programa apresentado à Comissão Orientadora de Estágio em Odontologia da FO-UFJF, destinado aos acadêmicos do 8º e 9º períodos e que regulamenta os procedimentos a serem adotados em situações que podem ser vivenciadas nas clínicas de estágio.

De acordo com o Plano Semestral de Atividades do Estágio de Urgência Odontológica (BRASIL, 2018c), a carga horária que deve ser realizada pelos estagiários é de 75 horas/Estágio. Com relação às turmas e horários, tem-se para o 8º Período a Turma A (STG 025-A) em que o estágio acontece às sextas-feiras de 13:00h às 17:00h. Há também a TURMA B (STG 025-B), que ocorre às quartas-feiras de 08:00h às 12:00h. Há ainda Atividade Teórica realizada nas segundas-feiras de 17:00h às 18:00h. Por sua vez, no caso do 9º Período, há a Turma A (STG 027-A) em que o estágio acontece nas sextas-feiras de 08:00h às 12:00h. Para a TURMA B (STG 027-B), o estágio ocorre às segundas-feiras de 13:00h às 17:00h. E por fim, a Atividade Teórica do 9º Período que é realizada nas quintas-feiras de 16:00h às 17:00h.

A ementa do referido plano o apresenta como sendo uma atividade que visa:

Proporcionar ao aluno estagiário oportunidades de vivenciar, em cenário de prática adequado, ações de atendimentos em pacientes portadores de emergências odontológicas, ampliando o conhecimento sobre as patologias que mais os acometem. (BRASIL, 2018c, p. 3).

O objetivo geral do Plano de Atividades é “apresentar e discutir os procedimentos necessários para as situações clínicas que requerem um diagnóstico preciso e intervenções num curto espaço de tempo” (BRASIL, 2018c, p. 3).

O plano traz como objetivos específicos:

Executar os procedimentos necessários para o alívio da dor, controle das infecções da região buco-maxilar, em especial de patologias endodônticas, além do atendimento imediato dos traumatismos dento-alveolares, situações que requerem um diagnóstico preciso e intervenções imediatas (BRASIL, 2018c, p. 3).

No programa em questão, a distribuição de atividades e estratégias é feita entre atividades teóricas e atividades práticas. As atividades teóricas visam discutir os temas referentes à urgência em Odontologia por meio de orientações clínicas e grupos

de discussão. Por sua vez, as atividades práticas do estágio obviamente são realizadas por meio de comparecimento do estagiário nos dias e horários estabelecidos para a sua respectiva turma. Os atendimentos acontecem sempre sob supervisão de um cirurgião-dentista, e visam atender pacientes com quadros de urgência odontológica. Estes atendimentos ocorrem em duplas e a meta é atender a um paciente por dia, sendo que todos os procedimentos realizados obrigatoriamente devem ser registrados no prontuário do paciente e este deve ser rubricado pelo professor (supervisor), que também irá autorizar a liberação do paciente. Em todos os períodos, é obrigatório o total de 15 clínicas de estágio para cada turma, o plano apresenta uma determinação das datas em que ocorrerão as clínicas.

Com relação ao processo de avaliação do Estágio de Urgência Odontológica I - STG 025, o programa determina que:

Será aprovado no estágio o acadêmico que tiver frequência igual a 100% (cem por cento) das atividades desenvolvidas, comprovada mediante sua assinatura em cada dia de atividade em folha de frequência individual. A integralização total (100%) da carga horária do estágio é requisito para aprovação e obtenção de diploma de Graduação em Odontologia, por ser este um estágio obrigatório. De acordo com o Regimento Acadêmico de Graduação (RAG) da UFJF, em seu Cape IV, Art. 38: “É vedado o abono de faltas, salvo nos casos expressos na legislação vigente. A discente ou o discente deve, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis, a contar do início do impedimento, protocolar, na coordenação do curso, requerimento de abono de faltas, acompanhado de documentação comprobatória”. (BRASIL, 2018c, p. 6).

Este processo de avaliação também se aplica ao Estágio de Urgência Odontológica II.

Ainda com relação à avaliação do Estágio de Urgência Odontológica I e II, um relatório de atividades realizadas durante o estágio deverá obrigatoriamente ser entregue pelo estagiário. Os alunos serão avaliados em todos os dias de clínica com relação à prática clínica, pontualidade, conduta frente aos pacientes, material clínico e biossegurança.

Especificamente para o Estágio de Urgência Odontológica II, haverá também avaliação de seminários de casos clínicos.

Segundo o Regulamento Geral dos Estágios do Curso de Odontologia da UFJF e o Regimento da Comissão Orientadora de Estágios (BRASIL, 2018d, 2018e), a UFJF possui um setor responsável pela regulamentação dos aspectos em torno das atividades dos estágios, este setor é a Pró-reitoria de Graduação, mais

especificamente, a Coordenação dos estágios. O intuito deste setor, de forma geral, é operacionalizar as questões legislativas referentes aos estágios, os documentos e rotinas desta atividade na UFJF, dando suporte aos professores e alunos. Assim, os diálogos são estabelecidos com as Coordenações de Curso, ou ainda, com as Comissões Orientadoras de Estágio (COEs) dos cursos de graduação, que são órgãos locais de cada Unidade Acadêmica.

A oferta de estágios nas IES tem um importante papel na formação dos estudantes, visto que, por meio desta, as universidades têm possibilidade de ofertar atividades práticas além da teoria nos cursos de graduação. Os estágios na UFJF são divididos em obrigatórios e não obrigatórios, sendo que os obrigatórios são requisitos para a conclusão do curso, conforme previsto no Art. 2º, § 1º da Lei 11.788/08 (BRASIL, 2008a, 2018e).

Peres (2013) ressalta que, a partir de 2008, com a promulgação da Lei nº 11.788/08, houve nova regulamentação para os estágios supervisionados. Esta nova regulamentação exigiu das IES e, naturalmente, da UFJF, adaptações às novas diretrizes. As mudanças propostas têm o objetivo de melhorar aspectos pouco esclarecidos na lei anterior, como, por exemplo, a não regulamentação de estágios não obrigatórios. No caso da UFJF, como forma de normalizar-se quanto às novas regras e colocá-las em prática, foram disponibilizados documentos padronizados para a formalização dos estágios. Estes documentos encontram-se no endereço eletrônico da Coordenação de estágios da UFJF.

1.4 QUESTÕES CRÍTICAS REFERENTES AO ATENDIMENTO NAS CLÍNICAS DE ESTÁGIO DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA I E II DA FO-UFJF

Para compreendermos a dimensão das questões críticas presentes no atendimento realizado nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica da FO-UFJF, dissertaremos sobre os desafios relacionados à fila de espera e também sobre a falta de critérios de seleção de pacientes para atendimento. A resolutividade também é um problema referente ao atendimento odontológico nas Clínicas de Urgência. Além disso, é necessário abordarmos aspectos do sistema de referência e contrarreferência.

Com relação a estes desafios, Leandra Almeida (2017) destaca questões agravantes com relação ao atendimento prestado à população. Segundo a autora,

[...] as clínicas de ensino em odontologia, por prestarem atendimentos odontológicos à população, também são consideradas como pontos de atenção à saúde da RAS, no entanto, nem sempre de maneira formalizada, o que por vezes acaba gerando situações de vulnerabilidade aos pacientes que procuram pelo cuidado odontológico nestas instituições. Tais situações se manifestam devido ao fato das rotinas adotadas nas IES serem mais direcionadas para a formação profissional e cumprimento da produção científica que para o tratamento do paciente (ALMEIDA, 2017, p. 14).

Outro desafio identificado pela autora no atendimento prestado pela FO-UFJF é o fato de os cursos de odontologia terem o foco no processo de ensino-aprendizagem e produção acadêmica em detrimento da conclusão do tratamento necessitado pelo paciente, o que implica diretamente na resolutividade dos casos atendidos nas clínicas de estágio.

Um ponto que merece destaque é o processo de admissão de pacientes que acontece nos Setores de Acolhimento e Triagem tanto do Curso de Graduação em Odontologia quanto do Curso de Especialização em Ortodontia. Os Setores de Acolhimento e Triagem agendam os atendimentos para as clínicas de estágio a partir dos encaminhamentos recebidos em que as unidades de saúde do município de Juiz de Fora, bem como de municípios vizinhos direcionam os pacientes que, primeiro, devem procurar estas unidades básicas localizadas em suas comunidades para posteriormente receberem o atendimento nas IES, por meio do SUS (ALMEIDA, 2017).

Nesse sentido, a gestão da demanda de atendimento é um dos principais desafios encontrados nas clínicas de atendimento odontológico das IES, especialmente na FO-UFJF.

Como já discutido, os serviços de urgência prestados nas clínicas de estágio I e II não atendem completamente a demanda e este é um dos desafios encontrados no atendimento odontológico prestado por todas as IES e também está presente na FO-UFJF (Cf. Tabela 1). Neste sentido, é fundamental a abordagem deste tema e a forma como é feita a gestão desta demanda.

A seguir, apresentamos a organização do funcionamento das Clínicas de Estágio.

Quadro 1 - Funcionamento das Clínicas de Estágio da FO-UFJF.

Clínicas	Gestão da demanda	Atores envolvidos	Tipos de atendimento
Clínicas de Estágio de Urgência I e II (PA)	Demanda Espontânea (Sem agendamento)	Professores, Técnicos Administrativos Odontólogos, alunos da Graduação e do Mestrado.	Urgências odontológicas (Alívio de dor, reconstrução de dentes fraturados, entre outros).
Dentística II; Dentística III e IV; Dentística V.	Demanda Programada (Com agendamento)	Professores, alunos da Graduação e do Mestrado.	Procedimentos restauradores diretos e indiretos.
Prótese Total Removível; Prótese Parcial Removível; Prótese Parcial Fixa II.	Demanda Programada	Professores, alunos da Graduação e do Mestrado.	Procedimentos de confecção de próteses.
Periodontia I e II.	Demanda Programada	Professores, alunos da Graduação e do Mestrado.	Procedimentos de raspagens e cirurgias periodontais.
Endodontia II; Endodontia III.	Demanda Programada	Professores, alunos da Graduação e do Mestrado.	Procedimentos endodônticos (tratamento de canal).
Clínica Integrada em Atenção Secundária I, II. Clínica Integrada em Atenção Terciária.	Demanda Programada	Professores, Técnicos Administrativos Odontólogos, alunos da Graduação e do Mestrado.	Procedimentos abrangendo todas as áreas, exceto urgências.
Clínica de Odontopediatria e Estágio em Clínica Infantil	Demanda Programada	Professores, alunos da Graduação e do Mestrado.	Atendimento de crianças de até 10 anos.
Clínicas de Cirurgia II e III.	Demanda Espontânea	Professores, alunos da Graduação e do Mestrado.	Procedimentos cirúrgicos (exodontia).

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir das informações apresentadas no Quadro 1, podemos perceber que as Clínicas de Urgência Odontológica I e II recebem pacientes sem agendamento prévio e devem atender apenas aos casos de urgência, sendo que outros casos que não sejam de urgência devem ser encaminhados para as demais clínicas. As Clínicas de Urgência I e II, juntamente com a Clínica Integrada, são as únicas em que os TAEs (Técnicos Administrativos Educacionais), ou seja, os preceptores atuam orientando os estagiários. Nesse caso, esta pesquisadora atua justamente nas Clínicas de Urgência I e II, o que motivou esta pesquisa.

A seguir, trataremos acerca do critério de seleção de pacientes adotado pela FO-UFJF e suas implicações para a qualidade do atendimento prestado, e sua relação com os princípios que deveriam ser observados, no que se refere ao atendimento público de saúde.

1.4.1 O critério de classificação de pacientes adotado na FO-UFJF

Um dos pontos críticos verificados nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica da FO-UFJF é o critério de seleção adotado que é a ordem de chegada dos pacientes, não havendo nenhum tipo de classificação de risco ou priorização de casos mais urgentes, o que implica no atendimento de casos não urgentes em detrimento de outros que possam exigir um atendimento imediato e, com isso, estes acabam permanecendo na fila de espera ou precisam retornar em outras datas. A fila de espera resulta em diversos problemas, o que afeta a resolutividade dos tratamentos, além do não atendimento de casos urgentes, o agravamento do quadro apresentado pelo paciente, e a possibilidade de exodontias, entre outros.

A falta de critérios em que a isonomia seja valorizada na seleção dos pacientes prejudica a qualidade do atendimento, a resolutividade, a integralidade e a promoção da equidade. Nesse sentido, a seleção dos pacientes por meio de um protocolo definido permitiria que os procedimentos adotados pelas Instituições de Ensino estivessem de acordo com os valores citados, superando os desafios já apontados (MACIEL; KORNIS, 2006).

Levando-se em conta que a FO-UFJF faz parte do Sistema Único de Saúde, esta deve prestar um atendimento integral, partindo da Atenção Básica de Saúde, e seguindo os princípios adotados pelo SUS, entre eles, a universalidade, a integralidade e a equidade (BARBOSA, 2010). Diante dos desafios observados nas Clínicas de Urgência da FO-UFJF, percebemos que a falta de um protocolo de classificação de risco acarreta uma série de problemas que aumenta a vulnerabilidade dos pacientes atendidos.

De acordo com Maciel e Kornis (2006), a seleção criteriosa de pacientes que receberão tratamento é imprescindível para um processo baseado nos valores e princípios que norteiam a Atenção Básica de Saúde, por isso, os atendimentos devem ser realizados com a devida triagem de pacientes, com a seleção a partir de um critério coerente com a situação apresentada pelo paciente e sua classificação de risco, em que se priorizem os casos mais graves e os dependentes do Sistema Público de Saúde.

Conforme estudo realizado por Leandra Almeida (2017), na FO-UFJF, já houve um protocolo de classificação adotado no Curso de Especialização em Ortodontia da FO-UFJF. Este modelo de seleção segue orientações de Kornis e Maciel (2006), e

particularmente apresentou boa efetividade em priorizar casos mais graves e pacientes mais dependentes do SUS. Infelizmente, por não haver pessoal para assumir esta tarefa, o modelo foi abandonado. A autora sugere a criação de um projeto em que os alunos realizariam a triagem, o que proporcionaria a oportunidade de aprendizado para os alunos, e a retomada do modelo de seleção de pacientes, contribuindo para a busca de um atendimento com integralidade e equidade.

Em um estudo voltado para o tratamento ortodôntico na FO-UFJF, Maciel e Kornis (2006) destacam a importância da seleção criteriosa dos pacientes por meio da classificação dos casos em vez da fila de espera por ordem de chegada. Assim, os autores enfatizam a importância da escolha criteriosa dos indivíduos que receberão o tratamento na busca de um atendimento com maior equidade. O estudo indica a adoção de critérios classificatórios para os pacientes relacionados a fatores biológicos (gravidade da má-oclusão), psicossociais e, por fim, econômicos. Os critérios indicados por Maciel e Kornis (2006) foram ressaltados por Almeida (2017), em seu estudo realizado também na FO-UFJF.

Guimarães (2015) corrobora o entendimento de Maciel e Kornis (2006) e Almeida (2017) com relação à questão da fila de espera ser uma questão crítica, quando esta não adota critérios adequados de classificação para a seleção do atendimento. Em seu estudo, nota-se que a fila de espera das IES é formada de acordo com ordem de chegada, e isto vai de encontro a um atendimento mais justo e igualitário, e contraria diretrizes e princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

De forma geral, Guimarães (2015) enfatiza que a falta de informatização para o agendamento de consultas, a má organização das listas de espera e a precariedade no armazenamento dos documentos e prontuários são muito presentes nos serviços das IES. Um estudo realizado especificamente no serviço de atendimento de urgência da FO-UFJF avaliou o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos por este setor, e diversos dados foram levantados. Dentre estes dados, notou-se também o problema da fila de espera. No referido estudo, propõe-se a adoção de um sistema de triagem como forma de organização da demanda e identificação dos casos mais urgentes e que devem ser atendidos com prioridade. A adoção desse tipo de instrumento organizacional é muito relevante, principalmente nos atendimentos de urgência odontológica, que é um tipo de serviço que recebe pacientes que têm dificuldade de acesso à atenção odontológica preventiva, e têm situação de vulnerabilidade socioeconômica (PAULA et al., 2012).

Por sua vez, Barbosa (2010) aponta a classificação de risco como um recurso valioso na organização da demanda para atendimento odontológico nos serviços públicos de saúde. Entre estes recursos, estão instrumentos como a classificação de risco e a adoção de protocolos de atendimento. Para o autor, a organização do atendimento a partir dos instrumentos já citados é uma forma de se atingir um atendimento segundo os princípios do SUS. O objetivo da classificação de risco é personalizar os serviços de saúde e estabelecer a prioridade de atendimento para os casos mais graves.

A falta de um sistema de priorização de casos mais graves gera implicações também para o aspecto da resolutividade das Clínicas de Urgência. A resolutividade refere-se à capacidade do serviço de saúde de receber o paciente, oferecer para ele um atendimento integral e responder de forma efetiva às suas necessidades.

Uma vez que a classificação de risco, de acordo com Osanam (2012), trata-se da ordenação do atendimento de acordo com a necessidade apresentada pelo paciente, ela permite a formulação de fluxos, melhora o acesso e possibilita um atendimento responsável. Ao passo que a adoção de classificação de risco permite melhor organização do serviço, esta implica diretamente na resolutividade apresentada pela clínica em questão.

Outro aspecto que também é influenciado pela existência ou não de classificação dos casos mais graves é a referência e contrarreferência. A referência e contrarreferência, ou o processo de “referenciamento” ou “encaminhamento” dos pacientes, é de extrema importância no que tange à conclusão dos tratamentos iniciados nas Clínicas de Urgência. Quando é feito um levantamento e então é realizada a classificação de riscos dos casos que precisam de atendimento, é possível a existência de um processo de encaminhamento mais efetivo dos pacientes, visto que os casos terão sido diagnosticados de forma criteriosa (OSANAM, 2012).

Considerando que as questões referentes à resolutividade e ao referenciamento são fundamentais para esta pesquisa, este tema será tratado de forma mais aprofundada no capítulo 2, a fim de relacionar essas questões a outros desafios verificados no atendimento prestado pelas Clínicas de Urgência Odontológica.

De forma geral, a adoção da classificação de risco permite melhor organização do serviço desde a fila de espera, passando pela resolutividade do tratamento, e, por fim, também contribui para maior efetividade no processo de encaminhamento dos

pacientes.

Na sequência, apresentamos o embasamento da abordagem aos prontuários dos pacientes atendidos, bem como aos dados levantados nos arquivos das Clínicas de Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF referentes ao critério de classificação dos pacientes, que se trata de listas de fila de espera preenchidas em cada dia de atendimento nas clínicas.

1.5 CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: EXEMPLOS E PROTOCOLOS

Tendo em vista os conceitos já discutidos acerca do que é a classificação de risco e sua importância para a garantia do princípio da equidade assumido pelo SUS, essa forma de classificação deve ser tomada como a mais adequada para organização do atendimento odontológico de urgência nos serviços públicos de saúde, uma vez que o objetivo da classificação de risco é personalizar o atendimento, priorizando os casos mais graves (BARBOSA, 2010; OSANAM, 2012). Nesse sentido, esta seção pretende esclarecer os critérios de classificação de risco especificamente no atendimento às urgências odontológicas.

O uso preferencial de cores para a classificação de risco, que geralmente é dividida em quatro níveis do mais grave ao menos grave, utiliza, na maioria das vezes, as cores vermelho, amarelo, verde e azul para especificação de cada nível de gravidade dos quadros apresentados pelos pacientes (BRASIL, 2009).

Dessa forma, a partir dos estudos sobre o atendimento na área de saúde bucal realizados por Espírito Santo (2014) e Osanam (2012), foi encontrada uma combinação dos critérios mais coerentes com a realidade deste estudo de caso, dividindo-se os quadros clínicos possíveis em quatro níveis.

Assim, os níveis divididos nas cores vermelha, amarela, verde e azul foram estabelecidos para uma proposta de classificação nas Clínicas de Urgência Odontológica. Essa classificação é desenvolvida principalmente a partir dos estudos de Espírito Santo (2014), que se aproxima mais da realidade do presente estudo de caso, a qual é complementada pelos casos identificados nos prontuários analisados.

Conforme estabelece a diretriz do Ministério da Saúde sobre acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência, “a classificação de risco é dinâmica, sendo necessário que, periodicamente, seja reavaliado o risco daqueles que ainda não foram atendidos ou mesmo daqueles cujo o tempo de espera após a classificação

é maior do que aquele que foi estabelecido” (BRASIL, 2009, p. 45). O mesmo documento ainda ressalta a importância de se esclarecerem ao paciente as informações sobre sua classificação para atendimento na clínica.

Espírito Santo (2014), ao estudar a classificação de risco no atendimento em saúde bucal, observou que, no contexto de seu estudo, também não havia protocolo de classificação de risco e o atendimento odontológico era realizado sem critérios equitativos e, por isso, buscou legislações e bibliografias que tratam do assunto, observando que a classificação de risco, além de organizar o atendimento de forma equitativa, tem a função de personalizar o atendimento, avaliando imediatamente o paciente durante o acolhimento, a fim de reduzir o tempo para o atendimento de acordo com a gravidade do quadro identificado. Além disso, com o acolhimento adequado, deve-se determinar a área de atendimento específica para o caso, sendo o paciente encaminhado para o setor correspondente à sua necessidade.

A autora ressalta que, em 2014, devido aos problemas constatados nas redes de saúde e atenção às urgências, o Ministério da Saúde divulgou uma cartilha tratando sobre a Política Nacional da Humanização (PNH), em que “aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde em especial nos serviços de urgência” (ESPÍRITO SANTO, 2014, p. 8).

Nesse contexto, houve diversos avanços nas diretrizes e recomendações sobre o atendimento de urgência. Em nível global, houve o desenvolvimento de diversos protocolos de classificação de risco que, devido à sua qualidade e bons resultados, foram amplamente adotados.

De acordo com a autora,

De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas/protocolos que estratifiquem os riscos em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico de um paciente (GORANSSON et al., 2005). Dentre as escalas, pode-se citar: a escala norte-americana – Emergency Severity Index (ESI), Escala Australiana Triage Scale (ATS), o protocolo canadense – Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) e o protocolo Inglês – Manchester Triage System – Protocolo de Manchester (ESPÍRITO SANTO, 2014, p. 11).

O estudo realizado por Espírito Santo (2014) traz importante revisão de literatura concluindo que “a classificação de risco é um importante instrumento de organização da demanda espontânea e programática”. De acordo com a autora, a classificação de risco é importante recurso que oferece aos usuários dos serviços de

saúde um atendimento baseado nos princípios do SUS, como equidade, integralidade e universalidade. Assim como no presente estudo de caso, a revisão bibliográfica sobre classificação de risco tem o objetivo de embasar a formulação de um plano de intervenção no atendimento à saúde bucal oferecido por uma Instituição de Ensino Superior que oferece atendimentos nas clínicas de estágio do curso de Odontologia.

Assim, importante contribuição é encontrada em documento publicado pelo Ministério da Saúde, em 2009, que trata especificamente sobre “Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência”. Nesse documento, a classificação de risco é descrita como 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 (BRASIL, 2009, p. 25).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde faz importante alerta de que, em muitos setores de atendimento de urgência, ocorrem filas extensas em que os usuários dos serviços de saúde buscam atendimento e são recebidos sem que haja um critério de organização a não ser ordem de chegada ao local de atendimento. Com isso, “a não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila” (BRASIL, 2009, p. 21).

Nesse documento do Ministério da Saúde, a classificação de risco é descrita de forma ampla, pois se direciona aos serviços de urgência em geral. Assim, o documento divide a classificação de risco em basicamente dois eixos: o vermelho, em que se incluem os casos graves, com risco de morte, e o azul, em que se encaixam os pacientes que não correm risco de morte, mas que necessitam ou procuraram o atendimento de urgência (BRASIL, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, “recomenda-se o uso preferencial de cores, e não de números, para a classificação de risco (exemplo no caso de quatro níveis de classificação, do mais grave ao menos grave: vermelho, amarelo, verde, azul)” (BRASIL, 2009, p. 44). Assim, tendo em vista que é amplamente adotado o sistema de divisão em cores para as diferentes classificações de risco, no estudo realizado por Espírito Santo (2014), encontramos uma importante proposta de

protocolo de classificação de risco especificamente desenvolvido para os serviços de atendimento odontológico.

Esse protocolo se divide em quatro níveis, incluindo o primeiro nível na cor roxa para quadros que sejam emergências médicas, as quais devem ser encaminhadas para as emergências médico-hospitalares. O segundo nível é indicado pela cor vermelha, em que estão as urgências odontológicas mais graves. Nesse caso, o atendimento deve ser realizado em 60 minutos, ou o mais breve possível. Na classificação vermelha, Espírito Santo (2014) incluiu quadros de hemorragias menores (controláveis em consultório), traumatismos (fraturas com exposição pulpar, luxação, avulsão ocorridos em tempo inferior a duas horas, lacerações da cavidade bucal), dor espontânea que não responde à medicação, tumefação relacionada a infecções de tecido mole (abscessos), infecção dentária que resulta em enfartamento ganglionar ou temperatura elevada.

Para a classificação indicada pela cor amarela, a autora aponta os quadros que “representam condições odontológicas que deverão ser atendidas em um prazo de 24 horas” (ESPÍRITO SANTO, 2014, p. 20), ou seja, são quadros de menor gravidade que os indicados na cor vermelha, e os pacientes podem aguardar um tempo um pouco maior para serem atendidos. Nessa classificação, encaixam-se as infecções dentárias e de tecidos moles, sem sintoma sistêmico, as fraturas dentárias ou dentes com exposição pulpar, fraturas dentárias com perda estética importante, ocasionando limitações sociais e trismos (ESPÍRITO SANTO, 2014).

A partir desse protocolo, percebemos que as classificações indicadas nas cores vermelha e amarela indicam os quadros de urgência odontológica. Já a classificação indicada pela cor verde se refere às “condições não urgentes ou indicadas para tratamento de rotina, no período de 7 dias” (ESPÍRITO SANTO, 2014, p. 20). Na cor verde, encaixam-se os quadros de dor leve ou moderada aliviada com analgésicos, trauma dental menor, recimentação de próteses, sangramentos gengivais, sensibilidade dentinária (dor com frio ou ar), fratura / queda de restauração, exodontia de dentes decíduos em crianças, exodontia de dentes permanentes (ESPÍRITO SANTO, 2014).

Em pesquisa realizada sobre o atendimento oferecido pelas Clínicas de Urgência da Faculdade de Bauru da Universidade de São Paulo - USP, Paschoal et al. (2010, p. 246) concluíram que os casos de urgência podem ser caracterizados “como fraturas de osso alveolar, avulsões, fraturas dentárias com exposição pulpar,

abscesso dento alveolar agudo, lacerações da mucosa bucal, dor dentária aguda, infecção e hemorragias incontroláveis”.

Em seu estudo, os autores concluíram que “a maioria das visitas de urgência são decorrentes de condições não traumáticas que podiam ter sido prevenidas e tratadas no cuidado dentário primário” (PASCHOAL et al., 2010, p. 246). É justamente esse ponto que exige uma intervenção por meio da proposição de um protocolo de classificação de risco que faça a triagem e identificação dos casos realmente urgentes para atendimento nas Clínicas de Urgência e encaminhamento dos casos não urgentes para o setor apropriado ou para atendimento posterior aos casos urgentes, a fim de permitir que pacientes que necessitem de atendimento imediato tenham seus direitos garantidos conforme previsto em lei e de acordo com princípios do SUS.

No mesmo contexto das clínicas odontológicas em IES, Baltieri (2015, p. 9) realizou estudo na Universidade Estadual de Londrina, onde verificou que “os atendimentos de urgência e emergência realizados no plantão odontológico têm como principal objetivo o alívio das algias de origem estomatológica”. O estudo concluiu que esta é uma realidade comum também em Unidades de Pronto atendimento 24 horas que podem realizar o tratamento de urgência para “alívio da sintomatologia dolorosa, até que o tratamento definitivo seja executado” (BALTIERI, 2015, p. 9).

Baltieri (2015) realizou amplo estudo sobre quadros clínicos de urgência odontológica a fim de formular um protocolo de tratamento, ou seja, não foi discutida a classificação de risco, mas os quadros de urgência e seus respectivos tratamentos. Assim, a autora concluiu que um dos objetivos da Urgência Odontológica é o tratamento que faça a estabilização do quadro com resolução da sintomatologia álgica, mas que, nesse caso, é necessário ainda o encaminhamento para um tratamento definitivo posterior.

Os protocolos e procedimentos estudados dão uma visão mais clara da necessidade de se definir, já no acolhimento e triagem do paciente, a classificação de seu quadro clínico, a fim de oferecer um atendimento personalizado que cumpra os princípios estabelecidos pelo SUS, como universalidade, equidade, e integralidade, os quais são direitos dos usuários dos serviços de saúde.

Com base nos estudos citados, os dados levantados a partir dos prontuários e listas de espera serão analisados e discutidos nas seções seguintes.

1.6 EVIDÊNCIAS COLETADAS NAS CLÍNICAS DE URGÊNCIA DA FO-UFJF

Na primeira etapa desta pesquisa, foi feita a compilação de documentos registrados nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF referentes aos atendimentos, reunindo-se em planilhas as informações necessárias para atender aos objetivos estabelecidos, ou seja, levantamento da demanda de atendimento nas Clínicas de Urgência dentro do período determinado para essa pesquisa, por meio da análise de prontuários e registros, a fim de identificar e analisar os desafios enfrentados pela falta de critérios de classificação de risco nas Clínicas de Urgência da FO-UFJF. Isso nos permitirá, em um momento posterior, propor soluções para a classificação dos casos a serem atendidos, a fim de promover um atendimento mais universal, integral e com maior equidade para os pacientes, formulando-se alternativas para o problema da resolutividade do atendimento nas clínicas.

Dessa forma, foram levantados registros dos procedimentos realizados nas clínicas de estágio de urgência odontológica no primeiro período de 2017. Trata-se de listas de pacientes que chegam às clínicas em busca de atendimento, sendo que seus nomes são registrados em listas de espera de acordo com a ordem de chegada em cada dia de clínica. Também foram reunidos todos os prontuários dos pacientes que receberam atendimento naquele período, observando-se o máximo de informações para que se possa avaliar a necessidade de se implementar um protocolo de classificação de risco, como estatísticas envolvendo queixas dos pacientes, procedimentos realizados, números de atendimentos, perfis de pacientes atendidos, entre outras informações relevantes para o estudo.

A partir desses documentos, foram analisados e registrados em planilha o número de pacientes constantes nas listas de espera, em comparação com o número de pacientes atendidos, obtendo-se, assim, a taxa de pacientes em espera, a taxa de pacientes atendidos, e a taxa de pacientes que não foram atendidos.

A análise quantitativa desses dados demonstrará a demanda por atendimento em um semestre de curso nas Clínicas de Estágio de Urgência da FO-UFJF. Além disso, comparando-se o número de pacientes que buscam atendimento com o número de pacientes que realmente recebem atendimento, será evidenciada a realidade acerca da situação dos recursos empregados em relação à demanda de atendimento. Em uma análise mais profunda, será obtido o quantitativo de pacientes que não

recebem atendimento por terem sido inseridos em uma lista de espera organizada pela ordem de chegada e não pela classificação de risco em cada nível de gravidade, isso será possível por meio da verificação dos procedimentos registrados nos prontuários.

Demais informações relativas aos quadros apresentados e tratamentos realizados fundamentarão a análise acerca da resolutividade dos atendimentos. As relações entre as informações descritas serão tratadas em uma análise quanti-qualitativa, traçando-se ainda um paralelo com as informações levantadas em entrevistas com preceptores, estagiários e Coordenação das Clínicas, uma vez que o objetivo geral desse estudo é analisar as dificuldades vivenciadas nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica, envolvendo questões referentes à demanda de atendimento dos pacientes e critérios de classificação, abordando, ainda, a resolutividade do atendimento realizado nestas clínicas, bem como o sistema de referenciamento, permitindo uma possível proposição de um protocolo de classificação de risco que atenda aos princípios do SUS, no que se refere a um atendimento com universalidade, integralidade e equidade.

Para maior compreensão das implicações dos procedimentos praticados nas Clínicas de Urgência Odontológica, em relação aos desafios vivenciados pelos estagiários durante os atendimentos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas direcionadas a estagiários, preceptores e à coordenação das clínicas de estágio de urgência, o que se encontra de forma mais detalhada na seção de metodologia.

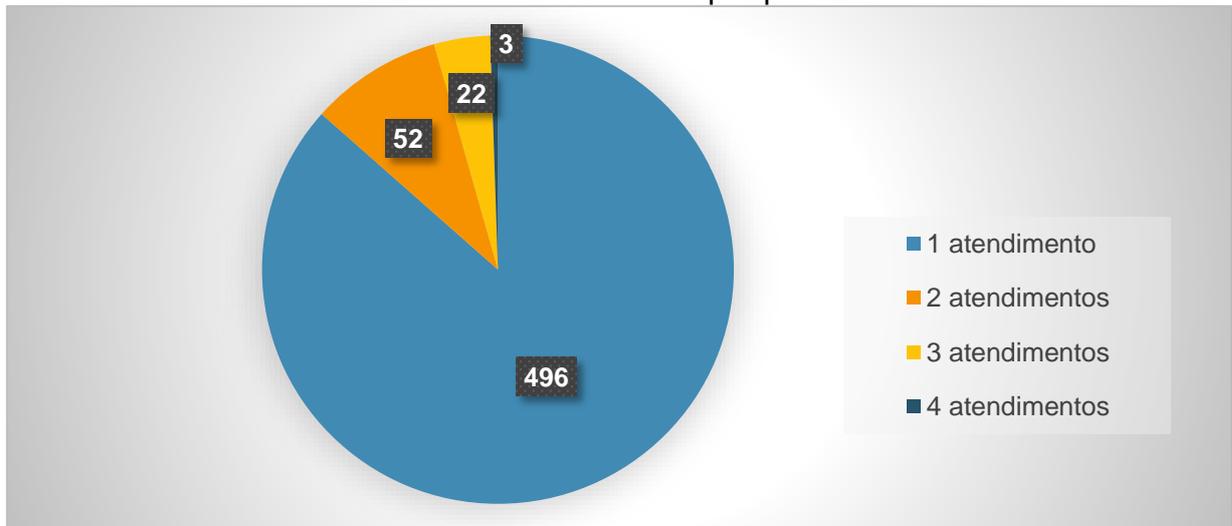
1.6.1 Perfil dos pacientes atendidos nas Clínicas de Urgência da FO-UFJF

De acordo com os prontuários coletados nas Clínicas de Urgência da FO-UFJF, verificou-se que 683 pacientes procuraram atendimento, e, desse total, 517 pacientes foram atendidos, restando 166 pacientes que ficaram sem atendimento.

No que se refere ao número de vezes em que o mesmo paciente procurou o PA da FO-UFJF no período analisado, o Gráfico 1, a seguir, demonstra o número de vezes que o mesmo paciente foi atendido nas Clínicas de Urgência I e II. Esses dados foram extraídos dos prontuários coletados nas clínicas e evidenciam que 496 pacientes foram atendidos no PA da FO-UFJF apenas 1 vez durante o primeiro semestre de 2017, que é o período analisado. Porém, 52 pacientes foram atendidos 2 vezes; 22 pacientes foram atendidos 3 vezes, e 3 pacientes foram atendidos 4 vezes

nesse mesmo período.

Gráfico 1 - atendimentos por paciente.



Fonte: UFJF (2018).

Há casos de pacientes que apresentam mais de uma queixa, demandando, assim, mais de um atendimento, que pode ser realizado em outra data.

Outro fator que implica o retorno do paciente à urgência é que 29% dos procedimentos realizados naquele período foram apenas parciais, permanecendo a necessidade de outros procedimentos. Além disso, as Clínicas de Urgência têm sido procuradas por pacientes que relatam queixas diversas, sendo muitas alheias ao atendimento de urgência, como a confecção de prótese que demanda mais de um atendimento, conforme ficará demonstrado na Tabela 2, descrita na seção 1.6.3.

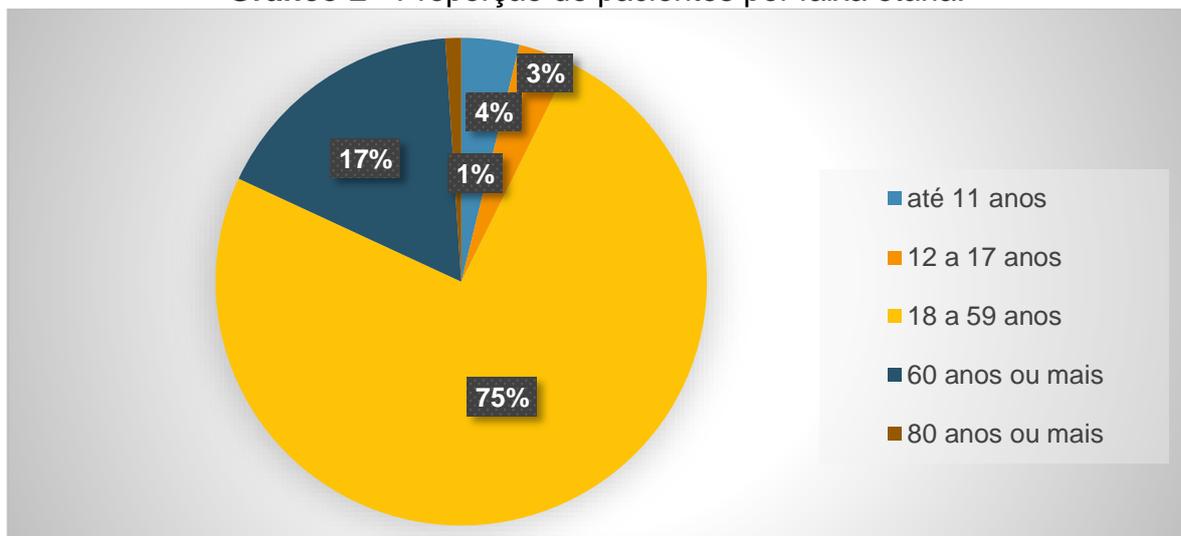
A partir dos prontuários coletados nas Clínicas de Estágio de Urgência da FO-UFJF, durante o período definido para este estudo (excluindo-se os prontuários em branco), é possível verificar que, no primeiro semestre de 2017, foram realizados 678 procedimentos nas Clínicas de Urgência. A relevância dessa informação permeia a questão da demanda, envolvendo a complexidade dos quadros apresentados pelos pacientes que procuram atendimento em Clínicas de Urgência, bem como a resolutividade dos atendimentos, haja vista que muitos dos procedimentos anotados nos prontuários são apenas exames radiológicos ou encaminhamentos, orientações sobre higiene bucal, entre outros que não representam procedimentos de urgência e não sanam o quadro de saúde bucal do paciente.

Nesse contexto, os dados obtidos nos prontuários, demonstram que 71% dos procedimentos realizados foram anotados como tratamento finalizado e 29% dos

procedimentos foram anotados como não finalizados. Verifica-se, portanto, que 29% dos pacientes atendidos – sem mencionar os 166 que não foram atendidos – precisarão procurar novamente as clínicas da FO-UFJF, entrando mais uma vez nas filas de espera, a fim de receber tratamento.

Conforme os Gráficos 2 e 3, a seguir, a partir dos prontuários, foi possível extrair informações demográficas como idade e gênero dos pacientes atendidos.

Gráfico 2 - Proporção de pacientes por faixa etária.



Fonte: UFJF (2018).

A partir do Gráfico 2, podemos analisar a proporção entre pacientes com idade até 59 anos e pacientes idosos, ou seja, com idade a partir de 60 anos, os quais possuem direito a atendimento prioritário. É possível verificar que a maior parte da demanda está, naturalmente, concentrada em pessoas com idade até 59 anos (82%) devido ao englobamento das faixas etárias, considerando-se crianças, adolescentes e adultos, porém há uma grande quantidade de idosos que buscam atendimento, correspondendo a 17% dos pacientes atendidos, que podem ser considerados mais vulneráveis em função da idade e dos cuidados durante o atendimento, bem como devido à capacidade de recuperação.

A prioridade de atendimento é estabelecida pela Lei nº 10.048/00 que foi regulamentada pelo Decreto nº 5.296/04, com acréscimos feitos pela Lei nº 12.008/09, e pela Lei nº 10.741/03 (Estatuto do Idoso), que trouxe inovações acerca dos direitos de pessoas idosas. Com a criação do Estatuto do Idoso, o artigo 1º da Lei nº 10.048/00 passou a ter a seguinte redação: “As pessoas portadoras de deficiência, **os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos**, as gestantes, as lactantes e as

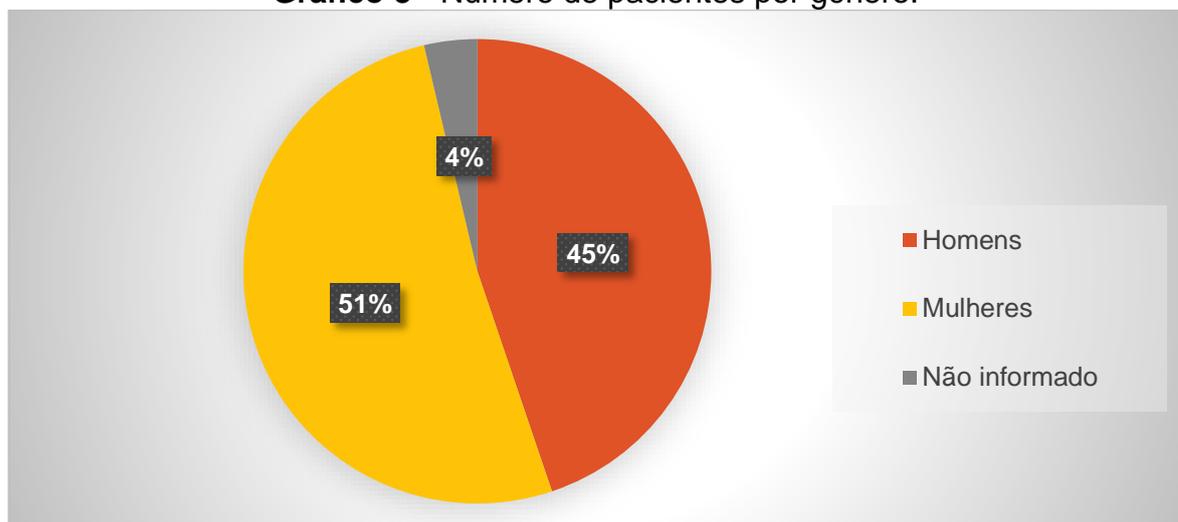
pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta lei” (grifo nosso). São estas as condições que conferem prioridade de atendimento em todos os serviços públicos e em alguns serviços privados.

Em relação à idade, outra prioridade ainda é conferida às pessoas com mais de 80 anos em relação aos idosos com idade entre 60 e 79 anos, como se vê em inovação acrescentada ao Estatuto do Idoso, que traz a seguinte previsão: “Artigo 15, § 7º, “em todo atendimento de saúde, os maiores de oitenta anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência”. No período em análise, conforme os prontuários coletados, houve atendimento a 6 pessoas com mais de 80 anos, os quais foram atendidos conforme o procedimento vigente, ou seja, ordem de chegada. A previsão legal apresentada indica que a prioridade é direito de todos os idosos, ou seja, aqueles com idade a partir de 60 anos. Entretanto, este direito não se sobrepõe a um caso de emergência, ou seja, a pessoa em situação de atendimento de urgência/emergência tem prioridade de atendimento sobre os grupos já enumerados pela lei. Fica claro que o primeiro a ser atendido deve ser o que apresenta quadro urgente, independente de idade ou outra condição, seguido dos grupos prioritários e, por fim, demais pacientes.

Tendo em vista que no presente estudo, tratamos de atendimento à saúde, no que se refere à idade, verifica-se que 17% dos pacientes atendidos nas Clínicas de Urgência gozam do direito à prioridade no atendimento.

Em relação ao gênero, o Gráfico 3, a seguir, demonstra as informações encontradas nos prontuários:

Gráfico 3 - Número de pacientes por gênero.



Fonte: UFJF (2018).

O Gráfico 3 demonstra que a maioria dos pacientes é composta de mulheres, porém, sem representar uma diferença numérica muito significativa, haja vista o número de prontuários que se encontravam em branco neste campo.

Apesar de 51% dos pacientes serem mulheres, nos prontuários não há informações precisas e padronizadas sobre os casos que ensejam o direito à prioridade de atendimento, conforme lei específica.

Os prontuários não fazem referência a alguns casos prioritários, como pessoas portadoras de deficiência, idosos, lactantes, gestantes e pacientes com crianças de colo, por isso, não é possível dimensionar a demanda desses grupos prioritários, além dos idosos, conforme já descrito. Os dados sobre idosos foram obtidos por meio de cálculo feito a partir das datas de nascimento de cada paciente. Não foi possível obter a porcentagem de pacientes dos demais grupos. Conforme será discutido, com a elaboração e implantação de prontuário eletrônico preenchido durante a anamnese / triagem, esse tipo de informação será de fácil acesso para orientar a classificação adequada de cada paciente durante o atendimento, bem como direcionar diagnósticos, definição do melhor procedimento e ainda disponibilizar dados que venham a embasar ações adotadas pelos gestores das clínicas.

Nas seções 1.6.2 e 1.6.3, será feita uma análise mais detalhada das listas de espera e dos prontuários, descrevendo-se as queixas relatadas pelos pacientes durante o atendimento, bem como a relação entre os casos urgentes e não urgentes.

1.6.2 Implicações da classificação de pacientes por ordem de chegada

Como fase inicial, foi feita a coleta de dados referentes à fila de espera e aos prontuários dos pacientes atendidos nas Clínicas de Estágio Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF referentes ao primeiro semestre do ano de 2017.

Desse modo, foram analisadas 32 listas de pacientes, o que representa 32 dias de atendimento distribuídos em três dias por semana. As listas foram preenchidas durante o primeiro semestre do curso de odontologia, entre 13 de março e 23 de junho de 2017. Estas listas registram o total de 683 pacientes que procuraram atendimento nos 32 dias de clínica do período selecionado. Esse material é analisado em forma de tabela para a comparação entre a demanda de atendimento, a taxa de atendimentos realizados e a taxa de pacientes não atendidos e suas implicações no contexto da falta de classificação de risco. Esses dados estão relacionados na tabela a seguir.

Tabela 1 - Ficha de pacientes organizada pela ordem de chegada (Apêndice A).

PERÍODO DE ATENDIMENTO NAS CLÍNICAS DE URGÊNCIA	TOTAL DE PACIENTES QUE PROCURARAM ATENDIMENTO	TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL DE PACIENTES NÃO ATENDIDOS
Março a junho de 2017	683	517 (75,7%)	166 (24,3%)

Fonte: Adaptado a partir de UFJF (2018).

Em uma análise preliminar, podemos constatar que, dos 683 pacientes que procuraram atendimento, 24,3% não foram atendidos. À primeira vista, esses dados indicam que a capacidade de atendimento das Clínicas de Urgência está aquém da demanda, pois muitos pacientes que chegam ao PA não recebem atendimento.

Em uma análise mais profunda, precisamos considerar que os pacientes que receberam atendimento não passaram por uma pré-avaliação, ou triagem, ou protocolo de classificação de risco, para que fosse verificado se o quadro apresentado tratava-se realmente de urgência. Da mesma forma, os pacientes que procuraram atendimento e não foram atendidos também não passaram por um protocolo de classificação de risco para avaliação de cada quadro, o que significa que poderia haver casos de urgência odontológica entre aqueles que não foram atendidos.

É preciso evidenciar que há pequenas discrepâncias entre número de pacientes atendidos e número de prontuários coletados, uma vez que há prontuários com informações incompletas, o que será analisado nas próximas seções. A obscuridade das informações ocorre devido à grande quantidade de prontuários que chegam a 600 apenas em um semestre, contando-se somente aqueles gerados pelas Clínicas de Urgência, dificultando, assim, o acesso rápido ao prontuário de um paciente pelas clínicas em que ele venha a ser atendido.

Tendo em vista que há pacientes que não foram atendidos, não há prontuários nem registro algum de cada quadro apresentado por estes no dia em que procuraram atendimento, não sendo possível saber quantos casos de urgência ou prioritários havia entre aqueles que ficaram sem atendimento, portanto, há uma obscuridade em relação à real demanda de atendimento de urgência. As implicações da falta de tratamento para casos de urgência são diversas, podendo chegar à perda de elementos dentais, o que pode estar ocorrendo entre os pacientes que não chegam a ser atendidos. A questão da resolutividade também está envolvida nesse processo de atendimento e será discutida de forma mais aprofundada no capítulo 2.

Em complemento à análise das fichas da fila de espera, foi feita a coleta dos prontuários dos pacientes atendidos durante o primeiro período de 2017, a fim de se

verificar os quadros clínicos apresentados pelos pacientes atendidos, bem como os procedimentos realizados. Essas informações permitirão avaliar se os quadros clínicos eram realmente casos de urgência odontológica, além do nível de resolutividade dos atendimentos realizados, o que permitirá verificarmos se houve pacientes atendidos sem apresentar um caso de urgência em lugar de outro paciente que realmente poderia apresentar um quadro mais grave, que possa ter ficado sem atendimento devido à falta de classificação de risco.

1.6.3 Os prontuários dos pacientes atendidos

A partir da análise dos prontuários coletados durante um semestre letivo nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF, é possível avaliar a real situação do processo de atendimento praticado nas Clínicas de Urgência.

A Tabela 2, a seguir, apresenta análise quantitativa dos 600 prontuários coletados e traz as queixas dos pacientes que foram atendidos. A tabela apresenta as queixas divididas entre quadros que são considerados como urgência odontológica e quadros que não representam urgência, definidos conforme protocolos de classificação de risco adotados em diferentes Clínicas de Urgência Odontológica, dividindo-se ainda conforme as cores indicadas nos protocolos pesquisados e tomados como referência para o presente estudo (ESPÍRITO SANTO, 2014; OSANAM, 2012; BALTIERI, 2015; BRASIL, 2009).

Tabela 2 - Queixas de pacientes conforme prontuários coletados nas Clínicas de Urgência*

	Queixas	Total
Queixas que representam quadros urgentes. <u>Classificação vermelha</u> : Urgências odontológicas mais graves cujo atendimento deve ser realizado em 60 minutos, ou o mais breve possível (ESPÍRITO SANTO, 2014).	Dor de dente	217
	Dor	13
	Dor e inchaço	8
	Dor na gengiva	3
	Dente sangrando	1
	Abscesso	1
	Caroço na boca	1
	Dente aberto	1
Queixas que representam quadros urgentes. <u>Classificação amarela</u> : “representam condições odontológicas que deverão ser atendidas em um prazo de 24 horas” (ESPÍRITO SANTO, 2014, p. 20).	Prótese solta - prótese ruim	14
	Gengiva inflamada	4
	Dente sem curativo	3
	Trauma dental	2
	Dente infeccionado	2
	Dente inflamado	1
	Perdi os dentes**	1
	Ferida na língua	1
Gengiva machucada	1	
		245
		33

	Queixas	Total
	Dente da prótese soltou	1
	Trismo	1
	Queixa estética	1
	Tirar pontos	1
Queixas que podem ser consideradas quadros urgentes de acordo com a avaliação do dentista. <u>Classificação amarela.</u>	Dente quebrado	87
	Provisório solto	17
	Prótese desadaptada - dentadura incomodando	9
	Tratamento de canal	4
	Aparelho machucando	1
	Ajuste de restauração	1
	Restauração provisória	1
Queixas que representam quadros não urgentes. <u>Classificação verde:</u> "Condições não urgentes ou indicadas para tratamento de rotina, no período de 7 dias" (ESPÍRITO SANTO, 2014, p. 20).	Dente sem restauração - restauração solta	67
	Dor na ATM	7
	Sensibilidade	6
	Dente saiu - soltou	4
	Trocar curativo	2
	Sangramento na gengiva	2
	Ponte fixa ruim	1
	Dentes ruins	1
	Contenção solta	1
Queixas que representam quadros não urgentes. <u>Classificação azul:</u> "paciente aparentemente não grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência" (BRASIL, 2009, p. 30).	Dente com cárie	10
	Extração	10
	Avaliação	9
	Siso	8
	Dentes incomodando	7
	Prótese quebrada	6
	Dente com mobilidade	4
	Restauração alta	3
	Ajuste de placa oclusal	3
	Prótese antiga	2
	Confecção de prótese	2
	Fazer tratamento dentário	1
	Afta	1
	Protusão	1
	Retirar bandas ortodônticas	1
	Mau hálito	1
	Desgastes dos dentes	1
	Prótese com mobilidade	1
	Ligaram chamando	1
	Limpeza	1
	Procura periodontista	1
	Fazer implante	1
	Bruxismo	1
	Pino quebrou	1
	Resto radicular	1
	Dente alto	1
	Rotina	1
		80
Campo queixa sem preenchimento		31

* Cores referentes à classificação de risco descrita na seção "1.5 Critérios de classificação de risco: exemplos e protocolos".

** Queixas transcritas exatamente conforme se encontram nos prontuários.

Fonte: Adaptado a partir de UFJF (2018).

A partir das queixas relatadas pelos pacientes atendidos nas Clínicas de Urgência I e II da FO-UFJF e que foram preenchidas pelos estagiários no prontuário de cada paciente, foi elaborada a Tabela 2 identificando as queixas de acordo com a

classificação de risco encontrada nos estudos de Espírito Santo (2014), Osanam (2012), Baltieri (2015) e Brasil (2009).

Na Tabela 2, as queixas em vermelho representam quadros odontológicos que necessitam de atendimento urgente. As queixas em amarelo estão divididas em queixas realmente urgentes e queixas que podem ser consideradas de urgência de acordo com a avaliação do dentista, o que não é possível saber a partir desse único dado, mas, sim, a partir de mais informações que seriam identificadas durante uma triagem para a devida classificação de risco, informações estas que não constam nos prontuários analisados, por isso, para o presente estudo, estas queixas também foram consideradas urgentes. As queixas identificadas nas cores verde e azul são quadros que não representam urgência.

Analisando a Tabela 2, podemos concluir que 398 pacientes, ou seja, 66,33% dos pacientes atendidos, apresentaram queixa de quadro considerado urgência odontológica (classificação vermelha e amarela), sendo que a maioria das queixas consideradas de urgência é relacionada à dor. Por outro lado, 171 pacientes (28,5%) foram atendidos nas Clínicas de Urgência mesmo não apresentando queixas consideradas como urgência (classificação verde e azul).

Foram encontradas anotações de queixas referentes à “avaliação”, “rotina”, “limpeza”, “mau hálito”, “prótese antiga”, “bruxismo”, entre outros casos que poderiam ter sido direcionados às clínicas adequadas durante uma classificação de risco. É necessário destacar que todos os pacientes atendidos nas Clínicas de Urgência sem apresentar um quadro de urgência odontológica foram colocados à frente de outros pacientes, os quais representam 24,3% daqueles que procuraram as Clínicas de Urgência, mas ficaram sem atendimento. Por não haver um acolhimento com avaliação dos casos que chegam às Clínicas de Urgência, não se sabe quantos desses 24,3% poderiam necessitar de um atendimento de urgência e que ficaram sem o devido atendimento.

Outro ponto que merece destaque é o fato de que 31 prontuários (5,16%) não foram devidamente preenchidos, pois o campo “queixa do paciente”, entre outros dados, ficou em branco, por isso não é possível saber se, entre esses 31 pacientes, havia casos não urgentes.

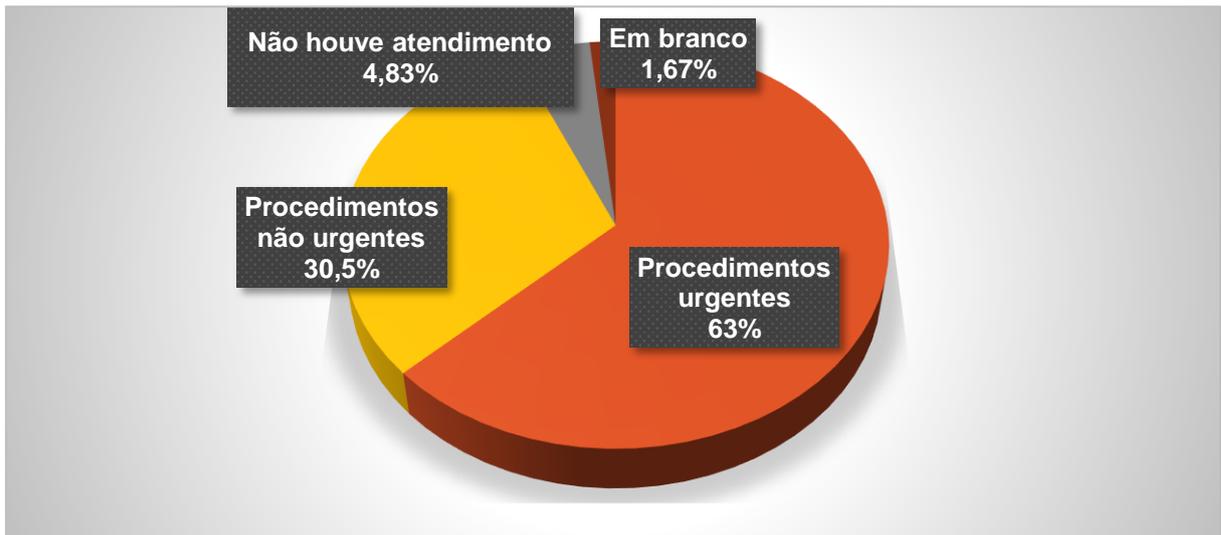
A Tabela 3, a seguir, traz uma análise quantitativa sobre os procedimentos odontológicos realizados nos mesmos pacientes considerados na Tabela 2 que apresentou as queixas relatadas. Todos os pacientes que receberam procedimento

urgente constam na classificação urgente (mesmo que, além do procedimento urgente, também tenha recebido um procedimento complementar não urgente). O número de procedimentos não urgentes se refere àqueles pacientes que receberam apenas os procedimentos não urgentes descritos, ou seja, não precisaram de nenhum procedimento urgente.

Tabela 3 - Procedimentos realizados nas Clínicas de Urgência Odontológica I e II.

	PROCEDIMENTOS	TOTAL
	Curativo de demora	77
	Restauração de provisório posterior	70
	Restauração em resina em dente anterior	43
	Restauração em resina em dente posterior	37
	Raspagem gengival	27
	Exame radiográfico	20
Procedimentos urgentes e procedimentos que podem ser considerados urgentes a depender da avaliação do profissional em função do quadro clínico do paciente.	Restauração de provisório anterior	18
	Confecção de provisório anterior	14
	Cimentação de provisório anterior	13
	Ajuste oclusal	12
	Confecção / ajuste de placa mio-relaxante	7
	Recobrimento radicular com resina/civ	6
	Cimentação de provisório posterior	5
	Confecção de provisório posterior	5
	Prescrição medicamentosa	5
	Cimentação de pino e coroa metalocerâmica em dente anterior	4
	Cimentação de PPF anterior	4
	Drenagem de abscesso	3
	Cimentação de PPF posterior	2
	Capeamento pulpar	1
	Tratamento de alveolite	1
	Uso de esponja de fibrina	1
	Drenagem de fístula	1
	Restauração com amálgama	1
	Colagem de dente	1
	Encaminhamento	99
	Exodontia	25
	Ajuste de PT ou PPR	17
	Confecção de prótese	8
	Aplicação ou prescrição de flúor	5
	Aplicação de selante/adeseivo/verniz	5
	Profilaxia e flúor	5
Procedimentos não urgentes.	Cimentação de pino e coroa metalocerâmica em dente posterior	4
	Orientações sobre higienização	4
	Remoção de sutura	2
	Profilaxia antibiótica	2
	Cimentação de contenção/splintagem	2
	Orientações sobre ATM	2
	Contenção	1
	Cauterização gengival e remoção de tecido gengival	1
	Moldagem de arcadas	1
	Não foi possível atendimento	10
	Em branco	29
	Total	600

Fonte: Adaptado a partir de UFJF (2018).

Gráfico 4 - Comparativo entre os procedimentos realizados.

Fonte: Adaptado a partir de UFJF (2018).

Conforme se observa na Tabela 3 e no Gráfico 4, os procedimentos realizados, em sua maioria (63%), são considerados procedimentos de urgência (ESPÍRITO SANTO, 2014; OSANAM, 2012; BALTIERI, 2015; BRASIL, 2009). Por um lado, isso confirma a análise da Tabela 2 que demonstrou que 66,33% das queixas relatadas pelos pacientes atendidos representam quadros de urgência. Da mesma forma, o número de procedimentos não urgentes (30,5%) se aproxima do número de queixas de quadros não urgentes (28,5%). Isso indica que, de fato, as Clínicas de Urgência recebem pacientes que deveriam ser atendidos em outras clínicas (ou após todos os casos urgentes terem sido atendidos), realizando procedimentos que não cumprem o objetivo do atendimento de urgência.

É preciso destacar a diferença entre o número de prontuários analisados (600), o número de pacientes que procuraram atendimento (683) e o número de procedimentos constantes na tabela 3, uma vez que ocorrem três situações: primeiro, 24,3% dos pacientes que tiveram seus nomes inseridos na lista de espera não chegaram a ser atendidos; segundo, há prontuários que não apresentam informações suficientes para análise; terceiro, há prontuários que não trazem informações completas sobre a queixa do paciente (4,83%), bem como sobre procedimentos realizados (5,16%).

A partir dos prontuários coletados, é importante frisar que o registro em papel permite grande número de erros e obscuridade nas informações, isso reflete sobremaneira tanto no referenciamento, quanto na resolutividade dos tratamentos, uma vez que grande parte dos pacientes é atendida por diferentes estagiários durante

o período em que estes passam pelas clínicas da FO-UFJF até a liberação, o que pode se estender por anos. Além disso, não há a devida contrarreferência de cada paciente entre as clínicas e entre a UFJF e a UBS. Isso permite que o estagiário que atende ao paciente desconheça a queixa inicial bem como os procedimentos já realizados.

Em pesquisa realizada na Clínica de Estágio de Pronto Atendimento (PA) da FO-UFJF, Paula et al. (2012) obtiveram resultados semelhantes. De acordo com os autores,

Com relação ao motivo da consulta, verificou-se que a queixa predominante foi a dor (46,7%), seguida de perda de peça protética provisória (10,8%), problemas com restauração (8,7%), fratura dentária (8,0%), problemas periodontais (5,9%), cárie dentária (2,8%), inchaço/abscesso/fístula (2,5%), necessidade de extração (1,4%), problemas com a prótese (1,0%) (PAULA et al., 2012, p. 259).

Paula et al. (2012) apontam que a maioria dos casos atendidos no PA da FO-UFJF é formada por queixas de dor, e, de forma semelhante, no presente estudo, verificamos que 40,16% dos pacientes apresentaram queixa de dor, enquanto que, em segundo lugar, 14,5% das queixas foram referentes a dente fraturado; já os casos relacionados a problemas com restauração representam 11,16%; prótese solta / prótese ruim, 2,83%; provisório solto, 2,33%; cárie, 1,66%, e extração, 1,66%.

Outra correspondência entre as evidências levantadas por Paula et al. (2012) e o presente estudo de caso refere-se ao preenchimento inadequado dos prontuários. Segundo os autores, “dentre os prontuários analisados, observou-se que 12,3% não apresentavam a queixa principal devidamente preenchida” (PAULA et al., 2012, p. 259), e no presente estudo, identificamos que 4,83% dos prontuários não trazem informações sobre a queixa do paciente, e 5,16% dos prontuários não apresentavam informações sobre procedimentos realizados.

Outros fatos identificados por Paula et al. (2012, p. 259) corroboram o levantamento do presente estudo

De acordo com os prontuários avaliados, 142 pacientes não foram atendidos no PA por diferentes motivos (12,0%): a) 82 pacientes foram apenas encaminhados para as outras clínicas, não submetidos a nenhum tratamento; b) 29 pacientes não apresentaram necessidade de tratamento, o que foi constatado após exame clínico e radiográfico; c) 18 pacientes apresentavam necessidade de tratamento fora das possibilidades oferecidas aos alunos da graduação (implantes, tratamento ortodôntico e cirurgias ortognáticas); d) 13 pacientes apresentaram problemas sistêmicos que impediam a realização do tratamento, como pressão arterial alta.

A partir dos prontuários coletados nas Clínicas de Urgência I e II, verificou-se que houve 99 casos de encaminhamento sem ter sido realizado nenhum tipo de tratamento nas Clínicas de Urgência. Entre os procedimentos não urgentes realizados nas Clínicas de Urgência, estão 25 exodontias, que poderiam ter sido realizadas na Clínica de Cirurgia, e 25 procedimentos relacionados a próteses, que poderiam ter sido realizados em clínicas que atendem especificamente a esses casos.

Em relação aos demais procedimentos, como profilaxia e flúor e orientações sobre ATM, dentre outros casos atendidos nas Clínicas de Urgência, percebe-se a necessidade de um programa de prevenção que faça esse tipo de atendimento, podendo contribuir para a redução da demanda nas Clínicas de Urgência, bem como em outras clínicas especializadas.

A análise das fichas de filas de espera demonstrou que 24,3% das pessoas que procuram as Clínicas de Urgência I e II da FO-UFJF ficam sem atendimento, enquanto que 28,5% das queixas relatadas e 30,5% dos procedimentos realizados não representam quadros de urgência. Isso evidencia a necessidade premente de se implementar um protocolo de classificação de risco associado a uma triagem/anamnese em um procedimento de acolhimento de cada paciente logo que o mesmo chegue às Clínicas de Urgência, reduzindo, assim, os quadros não urgentes que venham a compor as demandas da clínica de urgência, o que permitirá o adequado direcionamento dos recursos, bem como a melhor organização do ensino nas clínicas de estágio de urgência, além de impactar diretamente na resolutividade dos atendimentos, beneficiando, assim, a melhoria da saúde dos pacientes.

A análise qualitativa dos documentos analisados permite verificar que os princípios do SUS, como universalidade, equidade e integralidade não são plenamente praticados nas clínicas analisadas. A equidade é o princípio mais comprometido no atual funcionamento das clínicas, haja vista que não há um tratamento personalizado que ofereça o atendimento de acordo com as condições individuais apresentadas pelos pacientes, uma vez que há pacientes que não apresentam urgência odontológica sendo atendidos em clínica direcionada a casos urgentes. É preciso frisar que o atendimento de casos não urgentes na clínica de urgência, como remoção de sutura ou profilaxia, somente é viável quando não há pacientes em espera apresentando quadros urgentes.

Em complemento à análise qualitativa dos dados levantados, as entrevistas semiestruturadas realizadas com alunos estagiários, preceptores e Coordenação das

Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF contribuirão para a análise do contexto e dos processos relacionados ao atendimento nessas clínicas. Nesse sentido, Marli André (2013) explica que, em um estudo de caso em que há um enfoque qualitativo, como ocorre no presente estudo, de forma atrelada a uma análise também quantitativa, pode haver uma busca pelos significados atribuídos ao caso investigado pelos atores envolvidos no fenômeno em estudo, e, nessa perspectiva, a entrevista é um dos principais recursos. Assim, verificaremos mais implicações do atual funcionamento das clínicas no que se refere a acolhimento e procedimentos realizados.

Esse procedimento metodológico está descrito na seção de metodologia no próximo capítulo, que, além de expor a metodologia adotada no estudo, também apresenta a análise do caso à luz do referencial teórico com a abordagem de aspectos como a função social da UFJF e o funcionamento do curso de odontologia em outras IES.

2 ANÁLISE DO CASO À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO E PESQUISA DE CAMPO

De forma geral, o capítulo 1 expôs aspectos do atendimento odontológico e sua inserção dentro do Sistema Único de Saúde. Objetivou-se descrever primeiramente os cursos de Odontologia oferecidos pelas IES em sua relação com o SUS de forma ampla, além de suas diretrizes e princípios, com foco no atendimento prestado aos pacientes. Buscou-se situar o atendimento odontológico dentro do SUS e, então, mais especificamente, foi abordada a questão das IES e seus cursos de Odontologia e como estes atuam frente aos princípios do SUS.

Foram esclarecidos anteriormente importantes aspectos do contexto deste estudo de caso, como o funcionamento das Clínicas de Estágios de Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF, os conceitos de “urgência” e “emergência”, os conceitos de prioridade de atendimento, as legislações pertinentes e o vínculo das clínicas de atendimento odontológico ao SUS, bem como os conceitos principais sobre classificação de risco, resolutividade e referenciamento.

A fim de embasar as análises realizadas, foram consultadas ainda importantes legislações que regulamentam a atividade de ensino na área de saúde e normas internas que tratam sobre o funcionamento dos estágios nas clínicas da FO-UFJF. Um dos principais aportes se encontra na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde emitida pelo Ministério da Saúde, em 2011, juntamente com os Princípios dos SUS e documentos que norteiam o atendimento a pacientes em toda instituição que possui vínculo com o SUS, como é o caso das IES que oferecem estágios na área de saúde.

Após apresentarmos as questões referentes ao SUS e às IES, destacou-se a história da UFJF e da FO-UFJF, e seu processo de formação de profissionais na área de Odontologia, que é um dos pontos centrais deste estudo. A história desta instituição se faz fundamental diante de sua importância no contexto atual de atendimento à saúde, em especial à saúde bucal.

Ainda no capítulo 1, foram apresentados aspectos acerca das clínicas da FO-UFJF e as questões legislativas referentes ao seu funcionamento, tais como Regulamento Geral dos Estágios do Curso de Odontologia da UFJF e o Regimento da Comissão Orientadora de Estágios e ainda o Plano Semestral de Atividades do Estágio de Urgência Odontológica para o segundo semestre de 2018.

Por fim, expusemos a questão da demanda por atendimento nas Clínicas de

Estágio de Urgência Odontológica e o critério de seleção de pacientes adotado na FO-UFJF. Particularmente, a abordagem destes aspectos é essencial, uma vez que é propriamente o foco desta pesquisa.

O critério adotado pela FO-UFJF para seleção de pacientes a serem atendidos em cada dia de clínica, o qual se resume a uma lista de espera organizada pela ordem de chegada, é um dos principais desafios abordados, visto que não se amolda ao princípio da equidade assegurado pelo SUS. Buscou-se, portanto, ressaltar as implicações desta forma de seleção para as Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica.

Neste capítulo, descrevemos o referencial teórico, relacionando os principais autores e pesquisas que norteiam e embasam este estudo de caso. Em seguida, tratamos do atendimento odontológico prestado pela FO-UFJF dentro do contexto de sua função social. Apresentaremos um paralelo entre o que ocorre em outras Instituições Federais de Ensino e a realidade da UFJF. É importante o conhecimento sobre o funcionamento do atendimento realizado em outras instituições como forma de reforçar as constatações levantadas na FO-UFJF e ainda obter relatos de protocolos já experimentados como forma de organizar o atendimento de urgência.

No capítulo 2, ainda, descrevemos a abordagem adotada nesse estudo, bem como a metodologia e procedimentos realizados para levantamento de evidências, dados e para análise. Na seção referente à metodologia, é apresentado o procedimento de preparação e realização das entrevistas semiestruturadas direcionadas a alunos estagiários, preceptores e à Coordenação das Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF. Serão abordadas, de forma mais aprofundada, questões como o processo de classificação dos pacientes atualmente praticado na FO-UFJF e as implicações dessa classificação para o encaminhamento e para a resolutividade no atendimento de urgência odontológica.

A metodologia de pesquisa será quanti-qualitativa baseada em análise de evidências levantadas a partir de prontuários e listas de espera para o atendimento e, posteriormente, da realização de entrevistas semiestruturadas.

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste trabalho, os autores que embasam as discussões são: Almeida (2017), que tratou sobre a gestão da demanda por atendimento odontológico na FO-UFJF a

partir de uma perspectiva voltada para o acolhimento dos pacientes provenientes do SUS; Barbosa (2010), que pesquisou acerca da classificação de risco, em um contexto amplo; Feuerwerker (2003), que realizou estudo sobre a formação de profissionais na área de saúde; Gonçalves e Verdi (2005), que nos oferece importantes reflexões sobre a vulnerabilidade de pacientes atendidos em clínica odontológica de ensino; Guimarães (2015), o qual aborda o atendimento odontológico nas IES.

Além desses, foram consultados ainda: Matos, Mendes e Santana (2016), que tratam sobre o acolhimento de pacientes nos cursos de Odontologia; Osanam (2012), que realizou semelhante estudo sobre a necessidade de um protocolo de acolhimento e classificação de risco em serviços de saúde bucal de urgência; Mello (2008), que traz importantes considerações sobre protocolos de atendimento odontológico; Paula et al. (2012), por abordarem questões semelhantes sobre a gestão da demanda por atendimento na FO-UFJF e também Sanchez e Drumond (2011), os quais abordaram o atendimento em Clínicas de Urgência Odontológica.

O presente estudo dialoga com os trabalhos desenvolvidos pelos autores indicados, de forma a contribuir com os temas tratados, ampliando a discussão a partir de mais uma perspectiva, e buscando em suas conclusões importantes conhecimentos que vêm somar para as análises desta pesquisa.

Outras fontes também compõem o aporte teórico-metodológico deste estudo e são citadas a fim de esclarecer conceitos abordados para se atingir os objetivos propostos.

Como embasamento teórico para abordagem e análise dos dados levantados no presente estudo de caso, trabalharemos, a seguir, importantes conceitos envolvidos nesse estudo, como o atendimento prestado pela FO-UFJF e sua função social e como esse atendimento é realizado em outras IFES. Em seguida, serão discutidos de forma mais específica os conceitos de classificação de risco, resolutividade, referência e contrarreferência no contexto deste estudo de caso.

2.1.1 A UFJF e sua função social

Com base nos princípios da Constituição Federal de 1988, especialmente em seu artigo 207, as universidades são instituições que devem primar pela indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Isso significa que o

conhecimento produzido na universidade precisa ser compartilhado com a comunidade como forma de contribuir com suas necessidades. Na prática, esse movimento pode ocorrer por meio de projetos de extensão e outras formas de estágios realizados por alunos (ARAUJO, 2012).

Os projetos de extensão, ainda sob orientação de um professor, visam oportunizar a prática do conhecimento construído durante o momento de ensino e pesquisa, destinando esse importante recurso a uma parcela da sociedade que receberá um atendimento conforme sua necessidade. Essa indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão é o que agrega valor à função social e permite a integração da universidade junto às demandas da sociedade.

Diversos instrumentos jurídicos enfatizam a importância do compromisso das universidades com o ensino, a pesquisa e a extensão. Entre eles, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1996 também ressalta que, entre as finalidades do ensino superior, além da pesquisa e formação profissional, há também a prestação de serviços à comunidade (BRASIL, 1996).

Pires (2013) destaca que o estatuto da UFJF (BRASIL, 1998), no molde da constituição de 1988, enfatiza a questão do respeito à autonomia e da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão. Os referidos princípios constam nos artigos 2º e 3º do estatuto da UFJF:

Art. 2º - A Universidade goza de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, obedecido o princípio da indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão. [...]

Art. 3º - A UFJF seguirá os seguintes princípios:

[...]

VI - indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 1998).

O estatuto da UFJF também ressalta em seu Art. 6º que, para consecução de seus fins, a UFJF deverá:

[...]

III - promover por meio do ensino, da pesquisa e da extensão todas as formas de conhecimento, visando à formação de pessoas capacitadas ao exercício da profissão nos diferentes campos de trabalho, da investigação, do magistério e das atividades culturais políticas e sociais;

IV - manter ampla e diversificada interação com a comunidade;

V - interagir com os poderes públicos e outras instituições educacionais, científicas, tecnológicas, artísticas e culturais, nacionais e estrangeiras;

[...] (BRASIL, 1998).

Ao tratar de forma ampla acerca da função social das universidades, Santos

(2004) assevera que estas instituições não devem fugir às suas responsabilidades diante das atuais demandas da sociedade. Segundo o autor, houve um período na história do ensino universitário em que estas instituições, sob a égide da autonomia e liberdade acadêmica, voltaram-se prioritariamente para a produção científica de um conhecimento epistemológica e socialmente privilegiado e restrito, que relegou sua função social a um segundo plano, o que resultou em ser colocada em questão a sua legitimidade.

Hoje, conforme Santos (2004), a universidade, em geral, busca legitimar-se socialmente exercendo importantes funções junto à sociedade, mas ainda se encontra diante do desafio de conquistar condições adequadas tanto financeiras como institucionais para o exercício de sua função social. O autor defende que a universidade deve cada vez mais assumir formas mais densas de responsabilidade social, frente a desafios contextuais, sociais, locais ou regionais. Nesse sentido, a UFJF, por meio do Art. 33 de seu estatuto, assegura que “a Extensão é processo educativo, cultural e científico que articula, de forma indissociável, o ensino e a pesquisa com as demandas da sociedade, na perspectiva da contribuição mútua entre esta e a Universidade” (BRASIL, 1998). Está claro que as demandas da sociedade têm importância não apenas na formulação de suas diretrizes de ensino, mas também como objeto de trabalho e finalidade de seus projetos de extensão.

Entretanto, questões institucionais, logísticas e financeiras têm dificultado a atuação plena das universidades frente às demandas da sociedade. Hoje, percebemos, no contexto deste estudo, a necessidade de aprimorar os atendimentos prestados pela FO-UFJF, devido ao número de pacientes que buscam o tratamento odontológico em suas Clínicas de Urgência. Essa demanda supera os recursos disponíveis, o que exige uma classificação dos casos que receberão o tratamento, restando aqueles que deixarão de ser atendidos. É justamente essa realidade que implica a necessidade de um critério de seleção. Entretanto, esse critério deve atender a importantes princípios e finalidades que se alinhem à função social da universidade, correspondendo, ainda, aos princípios do SUS.

2.1.2 O funcionamento de cursos de odontologia em outras IES

Nesta seção, apresentaremos, por meio de dados encontrados em outras pesquisas, o funcionamento do Serviço Odontológico de Urgência em outras

Instituições de Ensino Superior a fim de demonstrar a realidade de diferentes IES e diferentes formas de gestão dos desafios envolvendo este tipo de serviço.

Conforme já exposto, o atendimento odontológico representa uma grande demanda no Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o atendimento prestado pelas IES em seus cursos de odontologia contribui sobremaneira para suprir a carência por serviços odontológicos buscados pela população. Neste sentido, as universidades ocupam papel de grande destaque e importância com relação à prestação de serviços de saúde. No entanto, em geral, quando se pesquisa sobre o funcionamento dos cursos de Odontologia nas IES, há carência de dados mais específicos nos sites de busca, revistas científicas e até mesmo nas páginas oficiais das instituições de ensino. É possível apenas encontrar alguns dados e levantamentos sobre Clínicas de Urgência que trazem algumas informações atinentes ao presente estudo.

Entre os estudos encontrados, ressaltamos a pesquisa realizada por Sanchez e Drumond (2011) intitulada “Atendimento de urgências em uma faculdade de odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolutividade”. A faculdade onde ocorreu o estudo pertence à Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Sanchez e Drumond (2011) realizaram o levantamento documental dos prontuários de urgência da Clínica Integrada de Atenção Primária IV, disciplina do 7º período de graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG. No total, foram avaliadas 315 fichas correspondentes ao período de um ano de atendimento entre o segundo semestre de 2005 e o primeiro semestre de 2006. Entre as conclusões dos autores, está o fato de que, de forma geral, os procedimentos realizados não são conclusivos e requerem novos atendimentos. Nesse sentido, a alta ocorrência de procedimentos não conclusivos apresenta grande potencial de acarretar futuramente outras ocorrências e agravamento dos casos. Foi observado também que, em sua maioria, os procedimentos caracterizam-se por exodontias, mas que existe a busca pela preservação dos elementos dentais e uma tendência à odontologia mais conservadora.

O estudo de Sanchez e Drumond (2011) sobre a Clínica de Urgência da FO-UFMG não traz informações sobre a forma de gestão da fila de espera e se existe ou não um protocolo de classificação de risco para a demanda por atendimento em Urgência Odontológica naquela instituição. Por outro lado, existem destaques com relação à resolutividade, que a princípio está em correspondência com as observações feitas nas Clínicas de Urgência da FO-UFJF, como a questão da grande

ocorrência de procedimentos não conclusivos e a falta de adequado referenciamento, o que gera agravamento dos casos.

Outra pesquisa também corrobora os resultados encontrados no estudo realizado na UFMG. O estudo sobre o processo de acolhimento aos usuários do curso de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB realizado por Matos, Mendes e Santana (2016) traz importantes informações sobre o atendimento odontológico nessa instituição. Os autores enfatizam a questão do acolhimento como parte do atendimento baseado nos princípios do SUS, e destacam que este já está presente na forma como é organizada a fila de espera para atendimento. Desse modo, é apontado que a UESB, apesar de apresentar tendência a uma forma de atendimento mais adequado, ainda requer atenções quanto à falta de classificação de risco para agendamento das consultas. O estudo ressalta também a baixa resolutividade e a alta interrupção dos tratamentos na instituição. As questões apontadas nesse estudo estão de acordo com os pontos críticos observados tanto na FO-UFMG quanto na FO-UFJF.

Em estudo realizado nas Clínicas de Urgência da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo - USP, Paschoal et al. (2010) analisaram dados de perfil demográfico do atendimento oferecido a crianças de 0 a 12 anos de idade. Nesse estudo, os autores concluíram que, na maioria dos casos atendidos no setor de urgências odontológicas daquela IES, não houve “queixa de dor nem de outro sintoma específico, sem necessidade de uma atenção imediata”. Segundo os autores, isso significa que “a utilização de serviços de urgências para situações não urgentes demonstra que muitas crianças procuram esses serviços como forma de receberem uma consulta odontológica de conveniência” (PASCHOAL et al., 2010, p. 246), e apontam que a principal causa da procura pelo serviço de urgência é, provavelmente, a dificuldade de acesso a um atendimento primário na rede pública de saúde ou na rede particular.

As conclusões obtidas por Paschoal et al. (2010) são corroboradas pela maioria dos estudos consultados. Essa constatação demonstra que o público formado pelas pessoas que dependem do atendimento odontológico gratuito possui um entendimento comum de que as Clínicas de Urgência são destinadas ao atendimento mais rápido de qualquer tipo de demanda apresentada pelo paciente, o que tem contribuído para a precarização dos processos de acolhimento e gestão da demanda por atendimento, resultando em longas filas de espera e prejuízos para a

resolutividade dos tratamentos.

A Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP possui uma relevante experiência acerca da implementação de um protocolo de classificação de risco nas Clínicas de Urgência Odontológica, que hoje está vinculada à Clínica Integrada, e realiza tratamentos para diferentes quadros clínicos. De acordo com Sibe le Penha, professora do curso de Odontologia da FOU SP,

Há 8 anos, uma doutoranda utilizou o sistema de classificação de risco Manchester, para classificação dos pacientes atendidos na urgência. O método foi eficaz: reduziu o tempo de espera dos casos mais urgentes. Infelizmente, tentamos implantá-lo por dois anos, mas não conseguimos cobrir todos os períodos com o método, o que inviabilizou a continuidade (PENHA, 2018).

É preciso destacar que a experiência de implementação de um protocolo de classificação de risco foi, de certa forma, bem sucedida, uma vez que o principal objetivo foi alcançado. A gestão do atendimento por meio da classificação de risco permitiu a redução do tempo de espera para atendimento, priorizando os casos realmente urgentes (PENHA, 2018). O protocolo Manchester também é citado por Espírito Santo (2014), mas a implantação de um protocolo internacional que geralmente é aplicado em uma realidade de urgência médico-hospitalar exige adaptações e adequações (BRASIL, 2009), pois a urgência odontológica apresenta peculiaridades que devem ser observadas.

Conforme relato de Sibe le Penha (2018), mesmo com a descontinuidade do protocolo de classificação de risco, hoje, a FOU SP possui um protocolo de atendimento que permite que todo paciente seja avaliado de acordo com um formulário de anamnese conciso e eficiente. Assim, os pacientes são avaliados pelo aluno estagiário em conjunto com os docentes (PENHA, 2018).

Em relação ao vínculo da FOU SP com o SUS, é exigido que cada paciente apresente o Cartão SUS para que receba atendimento. Penha (2018) relata que “alguns pacientes são encaminhados por unidades de saúde, mas a grande maioria da demanda é procura espontânea”.

Em média, 30 pacientes procuram atendimento diariamente nas clínicas da FOU SP, sendo que nem todos são atendidos devido à realidade comum a todas as IES analisadas pelas diferentes pesquisas consultadas neste estudo, ou seja, a diferença entre capacidade e demanda de atendimento. Segundo Penha (2018), problemas referentes ao espaço físico e à disponibilidade de profissionais são os

principais limitadores para o atendimento de toda a demanda das clínicas.

De acordo com Penha (2018),

A finalidade do atendimento de urgência é a resolução da queixa, normalmente de dor. Os pacientes que procuram atendimento em uma faculdade procuram, além do alívio dos sintomas, a continuidade do tratamento, o que nem sempre é possível. Além disso, a Urgência desta faculdade constitui-se em um recurso para os pacientes da região e das cidades vizinhas quando o serviço de saúde local não absorve o atendimento.

Esta avaliação no contexto da USP corrobora constatações obtidas no presente estudo acerca da realidade vivenciada na UFJF, bem como de outras IES analisadas em diversas pesquisas consultadas.

Em um estudo realizado na Universidade Estadual de Londrina - UEL sobre atendimento prestado em clínicas odontológicas, Baltieri (2015, p. 9) levantou importantes informações que embasaram a formulação de um protocolo de atendimento. Não se trata de um protocolo de classificação de risco, mas, sim, de um processo aprimorado de atendimento direcionado aos casos recebidos nas clínicas de estágio do curso de odontologia daquela universidade. O estudo realizado na UEL também abordou a realidade de Unidades de Pronto atendimento 24 horas, concluindo que estas também realizam o tratamento de quadros odontológicos de urgência para “alívio da sintomatologia dolorosa, até que o tratamento definitivo seja executado” (BALTIERI, 2015, p. 9).

Baltieri (2015) traz importante contribuição para o presente estudo ao levantar dados sobre a realidade em Clínicas de Urgência Odontológica e apresentar uma relação de casos que se enquadram em urgência e que devem ser tratados conforme cada quadro. Assim, foi verificado que um dos objetivos da Urgência Odontológica é o tratamento que faça a estabilização do quadro com resolução da sintomatologia álgica, com posterior encaminhamento para um tratamento definitivo.

Em uma pesquisa qualitativa e de caráter exploratório-descritivo realizada sobre o atendimento nas clínicas de estágio da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, foi procedida uma entrevista semiestruturada com dez professores do curso de Odontologia (GONÇALVES; VERDI, 2005). Nesse estudo, a partir dos relatos dos professores, foi verificado que “um reflexo das desigualdades sociais que caracterizam a sociedade brasileira é a luta por vagas para atendimento” (GONÇALVES; VERDI, 2005, p. 198). Segundo os pesquisadores, um dos professores entrevistados relatou que, em relação ao

paciente: “[...] primeiro ele tem que entrar em uma competição pra poder conseguir uma vaga [...] houve uma época que existia um comércio [...] as pessoas vinham pra cá de madrugada, conseguiam a vaga e depois vendiam pra comunidade” (GONÇALVES; VERDI, 2005, p. 198).

Outro fato constatado no estudo de Gonçalves e Verdi (2005, p. 199) é que a maioria dos pacientes que buscam atendimento nas clínicas odontológicas da UFSC procura serviços especializados que são prestados gratuitamente, os quais não podem ser encontrados na rede pública de atendimento, como PSF e UAPS, e, além disso, a questão socioeconômica é um fator preponderante entre os pacientes que chegam às clínicas das universidades.

A partir das entrevistas realizadas com professores do curso de Odontologia da UFSC, Gonçalves e Verdi (2005) descrevem o processo de atendimento aos pacientes, apontando questões críticas sobre a gestão da demanda, principalmente no que se refere às filas de espera e ao processo de classificação do atendimento:

Uma vez tendo conseguido cadastrar-se na instituição, o paciente entra para uma fila de espera por atendimento em uma disciplina que faz o exame odontológico inicial e a anamnese, e que estabelece a prioridade de tratamento para cada paciente, encaminhando-o para outra lista de espera, a das disciplinas clínicas específicas. A partir daí, os pacientes deveriam ser chamados para atendimento seguindo a ordem dessa lista; no entanto, a realidade percebida pelos professores é outra. Perguntados se o sistema oficial de triagem de pacientes era respeitado, assim se manifestaram: “Não necessariamente. Até porque muitas vezes alguns pacientes nos vêm encaminhados por outros colegas de dentro da faculdade, que nos pedem ajuda para atender esse ou aquele paciente: um parente, um amigo” (Oslo). (GONÇALVES; VERDI, 2005, p. 199).

É possível perceber que a gestão das filas de espera é um desafio comum nas IES, uma vez que a demanda é sempre maior que a capacidade de atendimento.

A pesquisa realizada por Gonçalves e Verdi (2005) faz importante alerta sobre mais uma questão crítica constatada por meio da entrevista com os professores. Segundo os pesquisadores, “a maneira como o Termo de Autorização para tratamento é utilizado na instituição, como mera formalidade burocrática, suscita o questionamento sobre até que ponto os pacientes estão realmente informados e de acordo com a realização de todos os procedimentos” (GONÇALVES; VERDI, 2005, p. 202). Segundo relatos dos entrevistados na pesquisa de Gonçalves e Verdi (2005), os pacientes não são devidamente informados sobre os procedimentos e implicações de todos os fatores envolvidos, uma vez que, muitas vezes, não fazem uma leitura atenta

dos documentos que devem ser assinados.

Em estudos realizados nas clínicas de atendimento odontológico da FO-UFJF, foram levantadas importantes informações sobre a realidade do atendimento oferecido nesta universidade. Paula et al. (2012) realizaram pesquisa sobre perfis demográficos dos pacientes que são atendidos no Pronto Atendimento - PA da FO-UFJF. Dentre os principais resultados obtidos, destaca-se que:

Os dados referentes à queixa principal mostraram que grande parte dos pacientes procurou o atendimento devido à dor de dente, problemas endodônticos, cárie dentária e trauma. Esse resultado é semelhante aos observados na literatura^{9,10,13}. Tramini et al.¹¹ constataram que a dor aguda foi a principal razão para se procurar cuidados odontológicos (74,4%). O estudo de Widström et al.¹² mostrou que 60,0% dos pacientes pesquisados necessitavam de tratamento imediato devido à dor (PAULA et al., 2012, p. 260).

Os dados obtidos pela pesquisadora em levantamento feito no PA da FO-UFJF são semelhantes aos obtidos neste estudo de caso, que pesquisou o atendimento realizado nas Clínicas de Urgência I e II da mesma faculdade. A pesquisa realizada por Paula et al. (2012) é semelhante ao estudo feito por Sanchez e Drumond (2011) no contexto da Faculdade de Odontologia da UFMF, em que, apesar de não ter sido citada, os resultados corroboram as conclusões obtidas na pesquisa realizada por Paula et al. (2012) na UFJF.

Outras pesquisas na UFJF que contribuem para este estudo de caso são os realizados por Almeida (2017), que tratou acerca da gestão da demanda por atendimento nas clínicas de ensino da FO-UFJF e Maciel e Kornis (2006), que abordaram as políticas públicas de saúde bucal em sua relação com os princípios do SUS, como a equidade no atendimento odontológico oferecido pela UFJF.

2.1.3 Resolutividade nos atendimentos de urgência, dados de pesquisas realizadas na FO-UFJF

A questão da resolutividade também é determinante para este estudo, uma vez que está diretamente ligada às Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica e aos casos analisados por meio dos prontuários recolhidos nas clínicas em questão.

A resolutividade é a capacidade de o serviço de atendimento ao paciente resolver completamente o quadro clínico apresentado por este, mas o atendimento adequado apresenta-se dependente do encaminhamento, que, por sua vez, envolve o

correto encaminhamento do paciente quando este apresenta a necessidade de atendimento em outras esferas do serviço de saúde, com vistas à conclusão de seu tratamento.

Entretanto, a maioria dos procedimentos realizados no serviço de urgência odontológica está no rol de procedimentos temporários, tais como procedimentos relacionados à endodontia (pulpectomias ou pulpotomias), restaurações intermediárias e com cimento de ionômero de vidro, cimentação de próteses ou confecção de provisórios. Com isso, tais procedimentos, sempre necessitarão do retorno do paciente para a conclusão do tratamento (SANCHEZ; DRUMOND, 2011).

Sanchez e Drumond (2011) também destacam a questão da resolutividade no serviço de urgência, apontando que procedimentos que não foram considerados conclusivos necessitam do devido referenciamento a um nível de atenção à saúde ou outra instituição de forma que se integralize o atendimento, uma vez que, do contrário, procedimentos inconclusivos serão geradores de novas urgências no futuro, ou até mesmo exodontias (extrações dentárias).

Os autores indicam, como um caminho para o enfrentamento dos problemas no serviço de atendimento odontológico, principalmente com relação à resolutividade e integralidade do atendimento, a busca pelo conceito ampliado de saúde, e a abordagem familiar através do Programa de Saúde da Família e a aplicação, na prática, da teoria da promoção da saúde.

Devido à situação de longas filas de espera e que ainda são organizadas por tipo de tratamento, a alta em uma clínica específica não garante ao usuário o recebimento de alta do tratamento, visto que este irá depender do encaminhamento para outra clínica dentro da unidade, ficando, portanto, sujeito a outra fila de espera. Tal situação contraria o princípio da integralização e demonstra falha no processo de referenciamento (ALMEIDA, 2017).

Para Almeida (2017), a falha no processo de referência e contrarreferência entre a atenção básica e a atenção especializada pode acarretar uma situação de evasão dos pacientes e, por fim, perda dos dentes. A autora aponta que um caminho para solucionar a questão seria a delimitação da área geográfica para atendimento na FO-UFJF. Outra questão apontada seria a necessidade de adoção de sistema de informatização dos serviços, como forma de organizar os dados envolvidos, inclusive para que se alcance a adesão ao GraduaCEO.

Nesse contexto, a adesão ao GraduaCEO, por sua vez, não só representa a

efetivação do papel das IES na RAS, como também é uma considerável forma de obtenção de recursos financeiros para otimização do atendimento e oferta de serviços odontológicos nas IES (ALMEIDA, 2017).

Outro princípio do SUS que deve estar presente nos atendimentos odontológicos e nas IES é a integralidade do atendimento. Nesse ponto, Paula et al. (2012), em estudo sobre o serviço de urgência da FO-UFJF, ressaltam que, nos casos de pacientes encaminhados, é imperativo que exista a possibilidade de dar continuidade e finalização ao tratamento. Com relação ao serviço de urgência, a integralidade do atendimento é um aspecto crítico, visto que o foco do serviço de urgência é suprir a necessidade imediata do paciente, seja por dor ou limitação estética e funcional. O atendimento integral, muitas vezes, fica na dependência de outros serviços, que, por sua vez, têm suas próprias demandas, e, assim, muitos pacientes não conseguem ter acesso a estes, o que compromete a integralidade do atendimento. Nesse sentido, enfatiza-se a importância da busca por maior resolutividade nos serviços de urgência.

2.1.4 Referenciamento nas Clínicas de Urgência: dados de pesquisas realizadas na FO-UFJF

Conforme já discutido no primeiro capítulo, o programa GraduaCEO desenvolvido pelo Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação oferece financiamento com o objetivo de promover a integração entre as IES e o SUS. Entretanto, é necessário que as IES correspondam às exigências para o recebimento deste recurso. Dentre as exigências, estão o sistema de referência e contrarreferência, a disponibilização de todas as vagas para o convênio, e registro das ações realizadas nas clínicas em sistemas de informação do SUS (ALMEIDA, 2017).

Leandra Almeida (2017) explica que a organização do fluxo de pacientes entre os pontos de atenção, ou seja, referência e contrarreferência, é coordenada pela atenção básica nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são a base da rede. Em um ciclo de informações, as IES fazem parte das RAS e também devem realizar a referência e contrarreferência dos atendimentos prestados. Neste processo, ferramentas são necessárias, como gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, dentre

outros procedimentos que buscam a eficiência do sistema de referenciamento.

De acordo com Almeida (2017), a FO-UFJF ainda não está totalmente inserida na rede de atenção básica, pois, apesar de prestar atendimento a pacientes do SUS, ainda apresenta uma atuação unilateral. Por conseguinte, o GraduaCEO ainda não é desenvolvido nessa faculdade, haja vista que as exigências não foram atendidas até o momento. A FO-UFJF apresenta inadequações quanto a algumas diretrizes do SUS, como a falta de regionalização do atendimento, o que acarreta filas de espera muito extensas.

A pesquisadora Leandra Almeida (2017) realizou entrevistas com a Direção da Faculdade de Odontologia e com a Coordenação do Curso de Especialização em Ortodontia e, entre as questões levantadas, foi abordada a adesão ao GraduaCEO. Os entrevistados manifestaram-se a favor da adesão. De acordo com a entrevista de Almeida (2017), para a Coordenação do Curso de Especialização em Ortodontia, o programa é muito interessante no sentido de que há remuneração em função da produtividade da FO-UFJF, entretanto, o assunto não é mais levantando nas reuniões. Por sua vez, a Direção da Faculdade de Odontologia afirmou que o convênio seria muito importante para a inclusão social e valorização do paciente, porém, a adesão torna-se complicada por haver dependência de outras repartições e existir a questão de políticas internas.

A falta de vagas para atendimento é outra questão que afeta gravemente o sistema de atendimento adotado pela FO-UFJF. De acordo com Gonçalves e Verdi (2005), a falta de vagas e as filas de espera demasiadamente demoradas aumentam a vulnerabilidade em que se encontra o paciente, que, muitas vezes, precisa aguardar meses até ser atendido.

Uma das questões que aumentam a vulnerabilidade do paciente é a priorização do ensino em detrimento do atendimento ao indivíduo. As questões internas também são destacadas por Guimarães (2015), e segundo o autor, é importante o estabelecimento de fluxos internos, e protocolos, que devem ser esclarecidos aos profissionais, alunos, professores e usuários. Para o autor, os problemas organizacionais fragmentam o atendimento e comprometem a sua integralidade.

O referenciamento inadequado ocorre não apenas entre as IES e as RAS, mas também dentro da própria universidade. Como o atendimento odontológico é compartimentado em variadas clínicas, focadas na resolução de problemas odontológicos específicos, muitas vezes, essa compartimentação gera problemas

quanto à continuidade dos tratamentos. Quando um paciente recebe alta em uma clínica e é encaminhado para outra clínica para finalização de seu tratamento, algumas questões podem comprometer a efetividade deste processo, como a ocorrência de encaminhamento para uma clínica diferente da adequada para o caso e a entrada em uma nova lista de espera para atendimento.

O encaminhamento correto ou o referenciamento correto é essencial para a resolução das necessidades dos pacientes. Infelizmente, diversas questões podem influenciar na existência ou não de erro ao se realizar um encaminhamento. Uma questão que, conforme Pelissaro (2011), pode contribuir para o correto referenciamento é a realização de triagem diagnóstica e a classificação de risco, uma vez que estes procedimentos possibilitam maior organização do serviço e diminuição de erros durante o processo de atendimento.

Por outro lado, de acordo com Sanchez e Drumond (2011), quando é necessário o encaminhamento para outras clínicas para conclusão do tratamento do paciente, este precisa ser inserido em outra fila de espera, e esta, como já foi relatado, geralmente é longa e gera grande tempo de espera para chamada do paciente. Neste processo de entrada em mais uma fila de espera pela chamada para o atendimento, muitas vezes ocorre o agravamento do problema odontológico do paciente e até mesmo a perda de elementos dentais. Portanto, a questão do referenciamento inadequado gera para os pacientes potenciais problemas que poderiam ser evitados caso fossem adotados sistemas organizacionais do serviço como forma de superar esses desafios na gestão do atendimento.

O referenciamento deve ocorrer entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as IES, que, após atender o paciente, deve proceder à contrarreferência para a UBS de origem. Esse tipo de referenciamento promove a integração das clínicas odontológicas com a rede de saúde dos municípios (GUIMARÃES, 2015).

De acordo com Guimarães (2015), a demanda espontânea é uma das principais formas de acesso da população aos serviços odontológicos oferecidos pelas IFES nas clínicas de estágio do curso de Odontologia. Conforme constatou a autora em seu estudo, o mesmo ocorre na FO-UFJF, em que “a população busca o atendimento diretamente na Universidade em um setor denominado ‘Triagem’” (GUIMARÃES, 2015, p. 72). De acordo com a autora, o acesso por demanda espontânea é a forma mais utilizada nos últimos anos, e, com isso, instituições e usuários dos serviços de saúde já estão familiarizados com o sistema de acolhimento

dos pacientes nas IFES. No entanto, Guimarães (2015) alerta que esse sistema de demanda espontânea tem trazido diversas complicações para a integração das clínicas de atendimento odontológico existentes nas IES com a rede de atenção à saúde bucal existente nas unidades de saúde municipais.

Segundo Guimarães (2015, p. 72), o acesso por demanda espontânea “é considerado inadequado frente à Portaria do GraduaCEO, que prevê o preenchimento das vagas das clínicas odontológicas da graduação em Odontologia através do sistema de regulação municipal ou estadual”. Além disso, a autora concluiu que as instituições que participaram de sua pesquisa não fazem parte do GraduaCEO por não cumprirem as diretrizes do programa, e alerta que se deve buscar medidas que corrijam essa situação, como é o caso da FO-UFJF, que também ainda não participa do programa.

O encaminhamento também deve ser um procedimento interno entre as diversas clínicas das IFES, uma vez que, muitas vezes os pacientes são acolhidos em um setor, passando por um tratamento parcial e, posteriormente, é encaminhado para finalização do tratamento em uma clínica específica para o quadro do paciente. Nesse processo, é produzida uma documentação formada por fichas, prontuários, formulários, entre outros, todos em papel, que podem se perder ou não acompanhar o paciente durante seu percurso pelas diferentes clínicas da instituição, além de serem preenchidos à mão, permitindo erros e informações não padronizadas, o que gera perda de informações e o retrabalho, para estagiários, professores e preceptores que realizam o atendimento de cada paciente.

De acordo com Guimarães (2015, p. 80),

O acompanhamento do paciente ao longo do tratamento também é relatado como um problema, pois, se o paciente é encaminhado para outra clínica, o estudante e o professor orientador não têm conhecimento do tratamento realizado. Em cada IFES existem aquelas clínicas/disciplinas que têm uma lista de espera maior e outras que não possuem lista de espera. Isso depende do tipo de procedimento que é realizado e de características próprias da IFES (GUIMARÃES, 2015, p. 80).

A autora observa que, nas instituições estudadas, há uma expectativa de ser implantado um sistema eletrônico de registro de prontuários e formulários, que facilitariam o acompanhamento de cada paciente desde o encaminhamento feito pelas UBS até seu atendimento nas IFES, finalizando com a contrarreferência do paciente de volta para a UBS.

A adoção de um sistema eletrônico de registro de informações sobre os pacientes atendidos é de fundamental importância para a qualidade do atendimento prestado pelas IES. Um dos problemas observados neste estudo de caso é a falta de informações nos prontuários. Em alguns dos prontuários analisados neste estudo, foi constatada a falta de informações básicas, como identificação completa de pacientes, tratamentos realizados e para onde o paciente foi encaminhado.

A partir dos prontuários analisados, foi possível constatar que o sistema eletrônico seria um ganho de grande valor para a qualidade dos atendimentos prestados pelos estagiários.

É possível observar, primeiramente, que os dados preenchidos nos prontuários não são muito claros e, muitas vezes, são imprecisos, gerando uma obscuridade para os serviços prestados pelas Clínicas de Urgência Odontológica, como se verifica na indicação vaga de que “não foi possível atendimento” preenchida pelos estagiários.

Quanto ao encaminhamento, podemos observar que houve 99 encaminhamentos sem registros de procedimentos, e estes encaminhamentos devem ser feitos por meio de encaminhamento, com os registros adequados para que os profissionais que completarão o atendimento ao paciente tenham ciência de seu histórico e de suas necessidades, bem como dos tratamentos pendentes.

As Clínicas de Urgência Odontológica oferecem atendimento a pacientes que, na maioria dos casos, buscam o alívio imediato de sintomas iniciais de algum quadro clínico que deve ser tratado para, posteriormente, ser encaminhado a clínicas especializadas (ABBUD et al., 2002). De acordo com Paschoal et al. (2010), com base no convênio firmado entre as Faculdades de Odontologia do Brasil e Sistema Único de Saúde (SUS), bem como alguns serviços de emergências hospitalares, estas instituições devem manter um setor de urgências odontológicas, que cumpram os requisitos e princípios estabelecidos pelo SUS. De acordo com os autores, as Clínicas de Urgência Odontológica, na maioria das vezes, “oferecem um tratamento paliativo, visando ao alívio imediato dos sintomas iniciais, abrangendo as várias especialidades odontológicas, e, em seguida, os pacientes são encaminhados para um setor específico no qual obterão tratamento especializado” (PASCHOAL et al., 2010, p. 244).

Assim, ao ser atendido nas Clínicas de Urgência da FO-UFJF, é preenchido o prontuário do paciente e, nos casos de atendimento parcial, o paciente é encaminhado para outras clínicas, recebendo uma guia de encaminhamento em que é indicada a

clínica que o paciente deve procurar e o tratamento indicado para o seu quadro. Ao chegar a outra clínica, o paciente entra em uma nova fila de espera, e é preenchido um novo prontuário, processo que se repete indefinidamente, gerando uma documentação em papel com inúmeras folhas separadas.

Diante do grande número de pacientes e atendimentos realizados nas diversas clínicas da FO-UFJF, não é possível realizar uma avaliação completa e realista dos procedimentos realizados nas clínicas. Não é possível, por exemplo, encontrar um histórico completo de um paciente desde seu primeiro contato com a FO-UFJF, constando cada clínica e cada procedimento realizado, até o fim de seu tratamento ou retorno para a UBS que o referenciou para a UFJF. Nesse contexto, uma das estratégias de superação do desafio observado no sistema de referência e contrarreferência da FO-UFJF seria a adoção de sistema eletrônico de registro de acolhimento, prontuários e referenciamento.

2.2 METODOLOGIA

A partir do pensamento de Minayo (2006) em relação a metodologias quantitativa e qualitativa, partimos do pressuposto de que é necessário, no presente estudo, relacionar a análise quantitativa dos dados obtidos com a análise qualitativa, visto que os mesmos dados envolvem números, mas também pessoas e procedimentos em um processo envolvendo pacientes e alunos em um ambiente de formação profissional na área de saúde. Nesse sentido, este estudo apoia-se em uma metodologia quantitativa e qualitativa para análise dos dados.

Minayo e Sanches (1993) explicam que não deve haver uma simples integração entre as abordagens quantitativa e qualitativa, mas, sim, uma complementaridade, levando-se em conta as particularidades de cada pesquisa e de seu objeto de estudo. Nesse sentido, segundo os autores,

A relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um continuum, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

Nessa perspectiva, podemos entender que a adoção de uma metodologia que

combine a abordagem qualitativa com a quantitativa de forma contextualizada, conforme o objeto de estudo e as relações sociais ou fenômenos presentes no caso em questão, produz melhores resultados que uma abordagem estritamente quantitativa ou estritamente qualitativa, uma vez que as duas perspectivas juntas oferecem dados que não poderiam ser obtidos isoladamente, trazendo mais credibilidade e validade à análise (FLICK, 2004).

Flick (2004) defende que uma pesquisa a partir de uma metodologia quanti-qualitativa ou quali-quantitativa oferece o controle de vieses adotados em um método quantitativo, permitindo ainda a compreensão baseada nas reflexões dos atores envolvidos no estudo, o que se refere à perspectiva qualitativa. A fim de não se descontextualizar a análise, ao extrair apenas os dados quantitativos, é necessário realizar o trabalho com variáveis empregadas de forma quantitativa, sem dispensar a análise qualitativa do fenômeno observado, o que produz melhores resultados, haja vista que as observações alcançam maior validade e confiabilidade.

Definida a abordagem deste estudo como quanti-qualitativa, é necessário ainda esclarecer o porquê da proposta de estudo de caso para o presente trabalho. Nesse sentido, de acordo com Yin (2001, p. 32), “um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Esse é um conceito que busca apontar uma direção para o presente estudo, uma vez que o conceito não pretende limitar, mas indicar o objetivo de um estudo de caso, que é a investigação, a produção de conhecimento a partir de um determinado enfoque. Assim, temos que o estudo de caso é um trabalho de construção de conhecimentos acerca de um fenômeno contemporâneo analisado em seu contexto prático, levando-se em conta diversas fontes de evidência para fundamentação das análises e conclusões (YIN, 2001).

Na evolução das pesquisas acadêmicas a partir de estudos de caso, conforme Yin (2001), as abordagens qualitativas sempre permearam as definições do que é um estudo de caso, valorizando cada vez mais o foco na observação de um fenômeno particular em seu contexto e abrangendo ainda as múltiplas dimensões e inter-relações envolvidas no fenômeno em estudo.

Dessa forma, segundo Marli André (2005, p. 97), para os pesquisadores, os núcleos centrais de preocupação no desenvolvimento de um estudo de caso devem ser “o mundo do sujeito, os significados que atribui às suas experiências cotidianas,

sua linguagem, suas produções culturais e suas formas de interações sociais” dentro do contexto do fenômeno observado. Assim, o pesquisador deve adotar uma atitude aberta e flexível, apoiando-se em um referencial teórico, mas sem se limitar ao mesmo, uma vez que devido à continuidade dos processos e fenômenos envolvidos no contexto real e contemporâneo, novos aspectos, informações e evidências continuarão a surgir (ANDRÉ, 2005).

Em um estudo de caso, é necessário que o pesquisador se empenhe em obter “uma variedade de fontes de dados, de métodos de coleta, de instrumentos e procedimentos para contemplar as múltiplas dimensões do fenômeno investigado e evitar interpretações unilaterais ou superficiais” (ANDRÉ, 2005, p. 97).

Assim, a partir da metodologia desenvolvida pelos diversos autores citados, e de forma mais detalhada por Marli André (2005), o presente estudo de caso busca reunir as evidências utilizadas nas análises, com uma descrição minuciosa dos eventos observados e dos atores envolvidos, a partir de diversas fontes de dados, incluindo as entrevistas realizadas com “depoimentos, extratos de documentos e opiniões dos sujeitos / participantes” (ANDRÉ, 2005, p. 97).

Apoiado nessa abordagem quanti-qualitativa, o presente estudo de caso, busca abordar os dados quantitativos estratificando-se os dados obtidos a partir da documentação coletada nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II (fichas de atendimento por ordem de chegada e prontuários), de forma a identificar a realidade da gestão da demanda por atendimento, associando ainda a percepção dos atores diretamente envolvidos no fenômeno social em análise, tratando-se do viés qualitativo da análise (entrevistas semiestruturadas). Os dados quantitativos obtidos a partir dos documentos devem ser confrontados com os resultados das entrevistas semiestruturadas, a fim de se garantir uma visão global do fenômeno, o que está diretamente atrelado ao conjunto de acontecimentos envolvidos no processo de atendimento. Essa metodologia requer o cuidado com o levantamento de informações quantitativas e qualitativas, sem perder de vista o contexto natural de sua ocorrência, a fim de se embasar as reflexões, garantindo validade e a confiabilidade para as conclusões (FLICK, 2004; MINAYO, 2006; MINAYO; SANCHES, 1993).

A fim de se compreender mais claramente as questões envolvidas no fenômeno observado neste estudo, após a definição do objeto e dos objetivos, foi realizada, uma ampla consulta bibliográfica, buscando-se compreender importantes conceitos atinentes ao tema, como protocolos de classificação de risco, resolutividade,

referência e contrarreferência, urgência e emergência, bem como informações sobre estrutura e funcionamento dos estágios nas Clínicas de Urgência Odontológica da FO-UFJF, e ainda normas e legislações que regem a atuação dos envolvidos nesta atividade.

2.3 ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

De acordo com o estudo de Minayo (2006), a entrevista semiestruturada é um instrumento a ser utilizado em uma abordagem que busca informações que não podem ser quantificadas, mas, sim, analisadas de forma reflexiva e subjetiva, pela própria natureza das informações obtidas. As entrevistas semiestruturadas garimpam um nível mais profundo de significados, entre eles, inspirações, motivos, crenças e valores, vivenciados nas inter-relações dos entrevistados durante processos ou fenômenos sociais (MINAYO, 2006).

A entrevista semiestruturada é um entre diversos instrumentos desenvolvidos em diferentes estudos nas ciências sociais e pesquisas que abordam fenômenos sociais diversos. Nesse contexto, as entrevistas podem ser desenvolvidas em diferentes modalidades, cada uma com sua própria finalidade e características particulares. Assim, de acordo com Manzini (2004, p. 2), há três tipos de entrevistas e, segundo o autor, os diferentes tipos de entrevistas “são conhecidos na literatura por entrevista estruturada, semiestruturada, e não estruturada. Apesar de a literatura trazer outras nomenclaturas, temos adotado essa terminologia por achá-la mais adequada”. O autor explica que a entrevista semiestruturada é definida como semidiretiva ou semiaberta e discute sobre as definições dos tipos de perguntas e questionários utilizados nesse tipo de entrevista, esclarecendo que:

Autores como Triviños (1987) e Manzini (1990/1991) têm tentado definir e caracterizar o que vem a ser uma entrevista semi-estruturada. Para Triviños (1987, p. 146), a entrevista semi-estruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. Complementa o autor, afirmando que a entrevista semi-estruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” [TRIVIÑOS, 1987, p. 152] além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações [...] (MANZINI, 2004, p. 2).

Para Manzini (2004), é necessário que, durante a elaboração de uma entrevista semiestruturada, seja produzido um roteiro que organize e direcione as perguntas a serem feitas ao entrevistado. Para isso, devem ser definidas as perguntas principais, prevendo-se a necessidade de haver perguntas complementares ensejadas por questões que venham a surgir durante a entrevista, e pontos importantes que sejam levantados pela fala dos entrevistados.

Segundo o autor, a entrevista semiestruturada permite que informações imprevistas venham à tona, o que enriquece o estudo e dá oportunidade ao pesquisador-entrevistador de descobrir pontos relevantes em seu estudo que ainda não haviam sido detectados, uma vez que as respostas dos entrevistados não são restritas ou limitadas a um número pequeno de alternativas predefinidas.

Ainda que a entrevista semiestruturada permita certo grau de liberdade, existe a necessidade de se definir uma série de perguntas básicas a fim de se atingir o objetivo da pesquisa e assegurar que o estudo não perca seu foco, fugindo dos objetivos propostos para o estudo. Manzini (2004) explica que é necessário preparar um roteiro, como estratégia que deve ser empregada pelo pesquisador com a finalidade de se preparar para o momento da entrevista.

No que se refere à seleção dos participantes das entrevistas, trata-se de uma etapa de grande importância, haja vista a relevância dos conteúdos que podem ser levantados junto aos sujeitos que atuam diretamente com o objeto deste estudo. Nesse caso, os critérios para seleção dos sujeitos estão diretamente ligados à qualidade das informações a serem levantadas para melhor elucidação do problema de pesquisa (DUARTE, 2002). Nesse sentido, Duarte (2002) explica que a descrição e delimitação dos entrevistados devem observar o seu grau de representatividade no grupo social em estudo, uma vez que grande parte das análises será baseada nos relatos desse grupo.

Considerando-se que as Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF são o local de atuação de estagiários no atendimento direto aos pacientes, mas também são o campo de atuação de preceptores e coordenadores, ou seja, de pessoas responsáveis pela gestão das Clínicas, buscaremos coletar os relatos e perspectivas dos envolvidos na dinâmica de gestão e atendimento nestas clínicas, a fim de obter uma base de dados consistente e significativa para que as análises sejam mais coerentes com a realidade do objeto de estudo.

Quanto ao número de pessoas entrevistadas, de acordo com a pesquisadora

Rosália Duarte (2002, pp. 143-144):

Numa metodologia de base qualitativa o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas dificilmente pode ser determinado a priori – tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de recorrência e divergência destas informações. Enquanto estiverem aparecendo “dados” originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso, as entrevistas precisam continuar sendo feitas.

Dessa forma, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 1 Coordenador das Clínicas de Urgência, 5 preceptores (Técnicos Administrativos Odontólogos) e 5 alunos estagiários.

Definido o público-alvo das entrevistas, foi elaborado um roteiro de entrevista destinado a cada grupo de entrevistados (Apêndices B, C e D) com perguntas baseadas nos objetivos desse estudo, a fim de se levantar informações acerca da avaliação dos participantes sobre o acolhimento e o processo de atendimento realizado nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente, após agendamento e com autorização expressa dos participantes com assinatura de termo de livre consentimento. As entrevistas foram gravadas em áudio para posterior transcrição, análise e arquivamento. A seguir é apresentada a análise das informações coletadas por meio das entrevistas.

2.3.1 Análise das entrevistas

Todos os entrevistados contribuíram sobremaneira para a compreensão do funcionamento das Clínicas de Urgência, trazendo informações importantes a partir de suas próprias perspectivas, somando-se aos dados já levantados e descritos no primeiro capítulo deste estudo.

Conforme procedimentos já descritos, foram realizadas, no primeiro momento, as entrevistas com os Técnicos Administrativos Odontólogos que são os preceptores dos estagiários. As respostas dos cinco preceptores entrevistados estão identificadas como T1, T2, T3, T4 e T5. Também foram realizadas entrevistas com cinco estagiários, os quais serão identificados como E1, E2, E3, E4 e E5. O coordenador das Clínicas de Estágio de Urgência I e II também foi entrevistado e será identificado como C1.

Ao serem perguntados sobre o acolhimento, todos os entrevistados relataram que o acolhimento é realizado, mas apresentaram pontos de vista diferentes e interessantes. Para o entrevistado T4, “o acolhimento tem a ver com o sentido de o acadêmico enxergar o paciente como um todo. O paciente deve ser acolhido naquele momento nos seus anseios, seja por uma dor, ou um provisório que esteja lhe tirando autoestima” (Entrevista com T4, set. 2019). O entrevistado T3 descreve como funciona o acolhimento:

O processo de acolhimento acontece na sala de espera. E geralmente, eles são atendidos por uma ordem de chegada, eles ficam aguardando numa fila de espera, e aí, conforme essa ordem de chegada, eles vão sendo chamados. [...] a gente faz de tudo para que todos sejam atendidos, esse tipo de atendimento não acontece todos os dias da semana, são só três dias na semana. Caso, o paciente procure esse serviço, num dia ou horário que não estiver acontecendo esse atendimento, ele é orientado a retornar e procurar o dia e o turno certinho para eles serem atendidos. Mas geralmente é por uma ordem de chegada que eles são acolhidos e geralmente são atendidos naquele dia mesmo, de imediato. (Entrevista com T3, set. 2019)

Em se tratando de acolhimento, há uma ambiguidade neste termo, haja vista que este é usado tanto para se referir ao setor de acolhimento que é uma sala com técnicos administrativos onde os pacientes têm o primeiro contato com a FO-UFJF, geralmente descrito como a “porta de entrada para a FO-UFJF”, quanto para se referir ao procedimento de acolher o paciente durante o atendimento, seja pelo estagiário que ouvirá suas queixas e necessidades em termos de saúde bucal, seja pelo técnico administrativo ou outro funcionário que prestará outras informações ao paciente. Entretanto, fica subentendida no contexto a referência a um sentido e outro durante as falas dos entrevistados.

No mesmo sentido compreendido pelos entrevistados, e conforme já citado logo no início desse estudo, o conceito adotado para o procedimento de acolher os pacientes é o de que:

acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde [...] é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2008b).

O entrevistado T2 fala sobre o setor de acolhimento, que é onde ocorre o primeiro contato do paciente com a FO-UFJF: “esse acolhimento é a porta de entrada do paciente aqui na Faculdade, em muitos casos, até o próprio acolhimento indica o

paciente para a clínica de Urgência [...]”. Este entrevistado relata também que o “serviço de Pronto Atendimento funciona como meio de encaminhar o paciente para outros serviços dentro da universidade” (Entrevista com T2, set. 2019). Relata ainda que o acolhimento ocorre também em outros períodos e outras clínicas, sendo que, nos períodos em que não há o PA, o acolhimento pode encaminhar o paciente para a Clínica de Urgência ou atender a alguma demanda que o paciente esteja apresentando.

Conforme relato do entrevistado T1, o procedimento de acolhimento é realizado nas Clínicas de Estágio de Urgência I e II, mas algo a mais poderia ser feito pelos pacientes:

Nos estágios 1 e 2, existe esse trabalho sobre o acolhimento junto aos alunos, até porque este estágio é a porta de entrada desses pacientes, mas acho que muito poderia ser feito ainda para acolher bem o paciente, para trabalhar a questão da queixa do paciente. Como é um estágio de urgência e muitos dos pacientes chegam com dor, acaba que o foco fica em eliminar a dor dos pacientes e outros aspectos não são tão trabalhados. Existe um acolhimento mas poderia ser trabalhado muito mais, pois o aspecto do acolhimento acaba se perdendo um pouco. (Entrevista com T1, set. 2019)

Ao tratarmos sobre o acolhimento nas Clínicas de Urgência, os alunos estagiários descreveram os procedimentos, conforme já descrito pelos preceptores, relatando principalmente que se trata de demanda espontânea e a organização dos pacientes acontece pela ordem de chegada:

Os pacientes são de livre demanda, geralmente, vêm com dor, com queixa de dor, fratura, queda de restauração, coisas assim mais urgentes. Então não é necessária marcação de consulta, eles não passam por outros mecanismos da triagem, eles são chamados por ordem de chegada. Geralmente a clínica tenta resolver o problema momentâneo. (Entrevista com E5, set. 2019)

Os alunos entrevistados também descreveram o atendimento, relatando a participação dos preceptores durante os diagnósticos e nas decisões sobre os procedimentos a serem adotados. Relataram que buscam ouvir todas as queixas dos pacientes oferecendo o acolhimento das necessidades apresentadas pelo paciente a fim de identificar a origem dos quadros clínicos e definir se o caso deve ser encaminhado a outra clínica e qual é a clínica mais adequada.

Na fala do entrevistado E2, este sugere que o acolhimento deveria se iniciar no local onde os pacientes aguardam para serem atendidos, enquanto estão na fila de espera: “Então, acho que talvez ali fora se a gente tivesse um acolhimento melhor a

esses pacientes, porque às vezes eles até desconhecem como funciona aqui dentro da universidade, não sabem que precisa de um encaminhamento de uma UBS” (Entrevista com E2, set. 2019).

Nessa perspectiva, o entrevistado entende que o melhor momento para o início do acolhimento, bem como da realização da triagem, seria já durante a chegada desses pacientes que entraram na fila de espera:

Acho que se a gente fizesse uma triagem antes, até nesse acolhimento, se tivessem pessoas ali antes, não para fazer o exame clínico, mas conversando, a gente talvez conseguiria ter uma noção de quem é urgente e quem não é, quem está usando como porta de entrada, acho que daria certo sim. (Entrevista com E2, set. 2019)

Importantes informações são apontadas, esclarecendo cada passo do atendimento. Vimos que o paciente, primeiro, passa pelo setor de acolhimento, sendo, em alguns casos, encaminhado para o PA. No PA, o paciente entra em uma fila de espera, sendo atendido de acordo com a ordem de chegada, o que foi evidenciado através das listas de espera já analisadas. É preciso destacar também que há casos em que o paciente chega ao PA e é encaminhado para outra clínica, onde receberá o tratamento, o que foi verificado também por meio da análise dos prontuários, em que evidenciou-se que 99 pacientes foram atendidos nas Clínicas de Urgência recebendo apenas o encaminhamento e nenhum outro procedimento.

Ainda sobre o acolhimento, T5 relata que:

Então, o acolhimento a gente tenta fazer da melhor maneira possível, sempre fazendo uma escuta clara do que é a queixa do paciente, e ao mesmo tempo dar uma solução dos outros problemas que são também causadores da queixa principal. Então a gente sempre tenta já fazer o encaminhamento para onde ele precisa ir para fazer o tratamento definitivo, a gente tenta ser muito receptivo com o paciente com relação aos retornos, a necessidade de retorno que às vezes acontece no Pronto Atendimento mesmo. (Entrevista com T5, set. 2019)

Nesse contexto, um dos desafios identificados nas Clínicas de Urgência, conforme já discutido neste estudo é justamente a resolutividade, e, como se pode observar na fala do entrevistado T5, há casos em que os pacientes precisam retornar para a própria clínica de urgência para dar prosseguimento ao tratamento. Conforme já discutido na seção sobre o perfil dos pacientes, 29% dos prontuários trazem anotação indicando que o tratamento não foi finalizado, demandando, assim, o encaminhamento para outras clínicas especializadas, onde o tratamento terá

continuidade. Entretanto, há casos em que, em vez de o paciente procurar a clínica especializada, ele entra novamente na fila do atendimento de urgência, assumindo uma posição na ordem de chegada, ainda que seu caso não seja realmente urgente (Cf. Tabela 2, Gráfico 1).

De acordo com o entrevistado T4, “a capacidade de atendimento das Clínicas de Urgência I e II melhorou muito nos últimos anos”. O entrevistado T4 enfatiza que, “hoje, são executados atendimentos que variam de cirurgias, provisórios, acessos de urgências, diagnósticos exames radiográficos e encaminhamentos do paciente para tratamento nas dependências da universidade” (Entrevista com T4, set. 2019).

Quanto à relação entre demanda e capacidade de atendimento, é possível perceber que, geralmente, todos os pacientes são atendidos, mas há ocasiões em que o paciente precisa retornar em outra data, para procurar o PA, ou mesmo no PA há pacientes que não são atendidos devido à demanda do dia ser maior que a capacidade de atendimento. Em consonância com as falas dos entrevistados, a Tabela 1, já descrita anteriormente, evidenciou que 166 pacientes que procuraram as Clínicas de Urgência durante o primeiro semestre de 2017 não foram atendidos, o equivalente a 24,3% dos pacientes.

De acordo com o entrevistado T2, “a capacidade de atendimento é importante [...], acredito que, se existissem mais horários de clínica de urgência, essa demanda iria aumentar. É claro que não é a condição ideal, poderia ser melhorada, mas é uma condição que consegue atender uma quantidade importante de pacientes”. De forma consoante, o entrevistado T1, também entende que

[...] a capacidade é boa, por dia. Na maioria das vezes, conseguimos atender todos os pacientes, mas a odontologia, de forma geral, ainda está muito presa ao paciente só buscar atendimento quando ele está com dor [...]. Às vezes, a fila está muito grande e não conseguimos fazer muito pelo paciente porque ele já está com situação evoluída e onde poderíamos trabalhar mesmo no início da doença ou quando ele não estivesse com dor, não é trabalhado na urgência, então realmente, muita coisa tem que evoluir para conseguirmos de fato promover a saúde. (Entrevista com T1, set. 2019)

O entrevistado T3 explica que, tanto na clínica de urgência I quanto na clínica de urgência II, os estagiários atendem em duplas, porém cada turma tem um número diferente de alunos matriculados, e, com isso, há dias com menos alunos, o que resulta em uma capacidade menor de atendimento. De acordo com o entrevistado T3, “tem turnos que ficam um pouco deficientes em número de alunos, porque tem dia que a demanda é muito alta, então, tem vez que algum paciente precisa retornar sem

atendimento, sim, são poucas as vezes, mas, tem hora que a gente precisa disso” (Entrevista com T3, set. 2019).

Ainda em relação à capacidade de atendimento, o entrevistado T3 destaca que:

como a demanda é livre, cada dia é uma surpresa, tem dia que imaginamos que vai ter muita gente e aparece pouco, e quando aparece mais de trinta é mais difícil suprir mesmo, tem vez que os alunos atendem até sozinhos, em vez de duplas, principalmente no nono período, que eles já tiveram a vivência, a prática da urgência no oitavo, e eles já sabem como é o mecanismo, a gente até tenta colocar eles separados para suprir essa demanda. (Entrevista com T3, set. 2019)

O relato do entrevistado T5 também traz uma perspectiva semelhante, ao citar que o número de atendimentos realizados em cada dia de clínica fica limitado ao número de alunos de cada turma de estágio. Segundo o entrevistado:

A gente fica muito limitado à quantidade de aluno por turma, que é bem variável e a destreza dos alunos, porque acaba que o foco ali é o aprendizado deles a gente tem que respeitar o tempo deles que às vezes é mais demorado. Mas a procura também é dentro do que a gente pode atender. E com relação a tipos de atendimento, os tipos de procedimentos mais comuns, a gente consegue dar uma solução, em alguns casos até definitivo, em caso de restauração mesmo ou pelo menos dar uma solução imediata, fazer uma coroa provisória ou extrações. (Entrevista com T5, set. 2019)

Em complemento ao relato de T5, com relação aos tipos de procedimentos mais comuns, o entrevistado E5 corrobora também os resultados da análise dos prontuários ao destacar os casos de “dor, fratura, queda de restauração”, conforme as queixas dos pacientes anotadas nos prontuários.

Além disso, ao tratarem sobre as dificuldades vivenciadas durante o processo de atendimento, estagiários e preceptores suscitam pontos em comum, como a quantidade de pacientes a serem atendidos, que, segundo os entrevistados, eventualmente, supera o número de alunos presentes na clínica para fazer os atendimentos, resultando em pacientes que não receberam atendimento, como se pode depreender da fala dos entrevistados E1 e E3:

Então pelo motivo de ser demanda espontânea e a fila de chegada, às vezes raramente, pode ter mais pacientes que realmente os alunos podem atender, pode acontecer de os pacientes terem que voltar para casa, acho que essa vai ser a principal dificuldade no acolhimento. (Entrevista com E1, set. 2019)

As principais dificuldades atuais são em relação à demanda por ela ser muito alta e a quantidade de profissionais não conseguir suprir atualmente. (Entrevista com E3, set. 2019)

A relação demanda versus capacidade de atendimento é destacada tanto pelos estagiários quanto pela maioria dos Técnicos Administrativos entrevistados e apontada como um dos desafios vivenciados no atendimento aos pacientes. Além disso, essa alta demanda tem implicações na resolutividade dos atendimentos prestados, conforme relato do entrevistado E2:

Acredito que a maior dificuldade é a gente não conseguir às vezes dar continuidade ao tratamento que o paciente precisa, por conta do tamanho de nossa fila e ter muitos pacientes já na fila de espera para as clínicas e, às vezes, a gente não consegue dar a continuidade que a gente queria aos pacientes, para eles continuarem o tratamento aqui na faculdade. (Entrevista com E2, set. 2019)

Conforme já descrito nas seções anteriores, as Clínicas de Urgência I e II funcionam três dias na semana, e, ainda que o paciente seja encaminhado às clínicas especializadas, entrará em nova fila de espera. Assim, essa organização associada à ordem de chegada, com alguma chance de não ser atendido devido à alta demanda eventual, há pacientes que não conseguem concluir o tratamento, e, em alguns casos, são encaminhados para extração (exodontia).

A relação entre capacidade de atendimento e demanda e suas implicações na resolutividade podem ser observadas na fala do entrevistado E5:

Então, para mim, as principais dificuldades é que a gente **não consegue solucionar o problema do paciente, a gente só consegue acabar com a dor dele temporariamente**. Então seria melhor se a gente pudesse solucionar ou ter meios de solucionar mais fáceis, mais rápidos, porque, às vezes, eles não têm condição de ficar vindo e vai demorando muito e **tem casos que, se demorar muito, vai para a exodontia e não tem mais o que fazer**. Então acho que para mim, é uma dificuldade que eu vejo em relação ao paciente, a demanda dele é que às vezes passa a dor, mas ele não consegue resolver o problema dele. Outra dificuldade é que fica muito cheio, poderia ser melhor distribuído em relação a horário, não sei, acaba que **às vezes a gente nem dá conta de atender tantos pacientes**. (Entrevista com E5, set. 2019, destaques nossos)

Além das entrevistas realizadas com preceptores e estagiários, foi realizada também a entrevista com o Coordenador das Clínicas de Estágio de Urgência I e II, sendo este identificado com C1, conforme já foi dito. Buscou-se trazer para este contraponto nova perspectiva sobre as questões levantadas até aqui, sob a ótica da gestão de demandas, pessoas e recursos envolvidos nesse processo que traz em sua complexidade a relação ensino-aprendizagem no contexto de atendimento à saúde odontológica.

O entrevistado C1 cita que “a demanda de pacientes para esse estágio tem

aumentado bastante neste último ano” (Entrevista com C1, set. 2019) e menciona os casos mais atendidos e os procedimentos adotados:

Não sei se por problema na triagem ou UBS lotadas, mas temos notado essa demanda aumentada. E basicamente tratamentos emergenciais de endodontia, que é a frequência maior que o paciente mais queixa, não sei qual é o percentual disso mas acho que mais de 70 por cento dos casos que aparecem são dor de dente, pulpite. A gente tenta fazer esse atendimento inicial e depois faz o encaminhamento via triagem para as outras disciplinas. (Entrevista com C1, set. 2019)

De fato, conforme descrito durante a análise da Tabela 2 que traz os dados extraídos dos prontuários, a maioria das queixas é referente à dor, sendo 40,16% casos.

Ainda em relação à capacidade de atendimento, o entrevistado reconhece que há casos em que o número de estagiários presentes no PA não é suficiente para atender a todos os pacientes da fila de espera:

Imagine que chegue um paciente às 10:30H da manhã e dependendo do que ele tem pra fazer não dá pra atender, porque os alunos trabalham em dupla e preparados para fazer dois atendimentos. Pode ser que, em algum caso, faça o terceiro. Mas o que a gente percebe é que acaba que a gente consegue atender os pacientes que estão aí, pelo número de pacientes e a capacidade que eles têm de atender esses pacientes e claramente com a ajuda da supervisão. (Entrevista com C1, set. 2019, destaque nosso)

Além das dificuldades já descritas conforme os relatos dos entrevistados, outro ponto que merece destaque, e já foi evidenciado na análise dos prontuários (Cf. Seção 1.6.3), é a ocorrência de atendimentos a pacientes que não apresentam quadros de urgência, os quais são atendidos independentemente de haver pacientes com quadro urgente aguardando atendimento.

O atendimento a casos não urgentes é possível e viável, porém, os pacientes que apresentam casos de urgência e os pacientes que têm direito a atendimento prioritário, conforme a lei, devem ser atendidos com prioridade sobre os demais, sendo os casos não urgentes atendidos quando não mais houver urgências à espera. Essa necessidade é reconhecida pelo entrevistado E4:

Eu acho que o acolhimento em si do aluno, em si e do professor, é muito bom, a gente é receptivo, procura fazer o melhor pra o paciente, porém, **a grande demanda e, às vezes, não priorizar algumas questões, dificulta esse atendimento na urgência.** [...] Acho que seria a grande demanda e a gente não poder ver quem necessita mais, quem é mais pra essa clínica mesmo, quem deve ser para outras. E também a questão local mesmo aqui da

faculdade, tipo radiografia, isso vai demorando e dificultando a gente atender outros pacientes. (Entrevista com E4, set. 2019, destaque nosso)

Como se pode observar na fala do entrevistado E4, diversos fatores se somam influenciando na resolutividade dos atendimentos, como a organização por ordem de chegada, a demanda de queixas não urgentes atendidas nas Clínicas de Urgência e necessidade de se realizar o exame radiográfico na maioria dos atendimentos. Conforme os relatos dos entrevistados, “os pacientes são atendidos, com isso, é feita anamnese, e exame clínico e exame radiográfico, para, assim, chegarmos a um diagnóstico junto ao paciente para suprir a principal queixa dele, que normalmente são casos de dor” (Entrevista com E3, set. 2019). O exame radiográfico, conforme descrito pelos entrevistados, é um procedimento que demanda muito tempo, tempo este que, muitas vezes, é dedicado a casos não urgentes.

Ao se referir à capacidade de atendimento em relação à demanda e à resolutividade dos tratamentos realizados, o entrevistado T5 considera que: “a capacidade em relação ao volume e resolutividade acho que é boa” (Entrevista com T5, set. 2019). Por outro lado, o entrevistado T3 apresenta a seguinte perspectiva: “Mas realmente não é 100%, a gente não pode afirmar que todos os pacientes são sempre atendidos naquele dia em que eles aparecem, porque pode haver esse *boom* de pacientes em determinado dia” (Entrevista com T3, set. 2019). Foi demonstrado que, no período analisado, 24,3% dos pacientes que procuraram atendimento não chegaram a ser atendidos. Como já descrito anteriormente, a Tabela 1 demonstrou que os procedimentos definitivos realizados no período analisado chegam a 71%.

Ainda sobre o processo de atendimento, outras perspectivas são trazidas pelo entrevistado T5, o qual relata que o foco inicial do PA seria a queixa principal do paciente, mas o estagiário é orientado a avaliar o paciente de forma geral, observando outros problemas “além daquilo ali que levou o paciente naquele dia, [...] e tentar resolver o máximo possível os problemas dele” (Entrevista com T5, set. 2019). Um procedimento relatado pelo entrevistado se refere ao retorno dos pacientes ao PA para continuidade do tratamento, e, conseqüentemente, o paciente retornará à Clínica de Urgência.

Quanto à resolutividade, o entrevistado T5 observa que:

Em alguns casos a gente consegue fazer o tratamento definitivo, às vezes soltou uma restauração em um dente da frente, anterior, aí a gente consegue restaurar, ou uma necessidade de extração, a gente consegue fazer essa

extração. Agora, existem casos que a solução só é imediata mesmo, o paciente está com dor que tem necessidade de fazer o tratamento de canal, a gente faz o atendimento para aliviar a dor do paciente, que seria a pulpectomia, o esvaziamento do canal e encaminha o paciente para que ele possa fazer o tratamento de canal nas clínicas da faculdade.

O relato acima corrobora os dados obtidos a partir dos prontuários colhidos no PA, reforçando as considerações já realizadas nas seções anteriores, onde foi discutido o fato de haver procedimentos, como a extração, que poderiam ser realizados na Clínica Especializada de Cirurgia, entre outros procedimentos que ocorrem da mesma forma.

Importantes questões foram levantadas pelos entrevistados em suas respostas, retomando a importância do acolhimento para compreender as necessidades do paciente e orientá-lo sobre o funcionamento do PA da FO-UFJF, bem como as possibilidades de atendimento até mesmo em uma UBS de seu próprio bairro. Outra questão importante que foi novamente citada é a fila de espera por ordem de chegada, que é citada como fator que influencia a evolução do quadro do paciente. Vejamos o relato do entrevistado T1:

O paciente chega por demanda espontânea, ele não precisa de encaminhamento, e é por ordem de chegada. O paciente passa por aquele atendimento de urgência e logo depois, se precisar, ele será encaminhado tanto para dentro da faculdade quanto para alguma UBS de bairro aqui mais próximo. Se o paciente for encaminhado aqui para dentro da faculdade, ele vai precisar de um outro encaminhamento, então ele vai precisar retornar na UBS e trazer para ser atendido aqui. Quanto a retorno de pacientes, tem bastante retorno, até porque alguns pacientes desconhecem que uma UBS perto do bairro dele pode ter dentista e eles acham que o único local que eles podem conseguir o atendimento é aqui na universidade. Como aqui a fila é mais demorada dependendo da necessidade dele, ele acaba retornando porque ainda não conseguiu ser chamado para atendimento. Tanto que no último semestre, temos reforçado bastante onde é o bairro que ele mora, se tem dentista, porque a fila lá é menor que a daqui, e até ser chamado aqui a necessidade já mudou e aí ele começa a retornar para o PA. (Entrevista com T1, set. 2019)

Outro ponto importante a ser destacado é o encaminhamento que ocorre a cada vez que o paciente é encaminhado, tanto das UBS para a FO-UFJF, ou da UF-UFJF para as UBS, ou mesmo de uma clínica para a outra dentro da própria faculdade.

Ainda dentro da pergunta sobre o processo de atendimento, a questão da fila de espera veio à tona novamente, como se observa na resposta do entrevistado T3:

Assim, os pacientes procuram o serviço, eles são direcionados aqui para a faculdade de Odontologia. Como é urgência, a gente atende por ordem de chegada, eles aguardam o início da clínica em uma sala de espera e eles

mesmos se organizam em relação a essa chegada, porque não existe uma pessoa que fica fiscalizando quem chegou primeiro ou depois, os próprios pacientes vão se organizando em relação a isso. E quando tem o horário da clínica, eles geralmente chegam antes do horário da clínica, porque eles querem ser os primeiros e ser atendidos. Então quando chega o horário da clínica, ou 8 ou às 14 horas, um preceptor vai colher essa lista desses pacientes, geralmente por ordem de chegada, só os nomes dos pacientes, não é feita uma coleta de queixa principal, nada disso, só mesmo a ordem. Aí depois esses pacientes vão ser encaminhados para a clínica pelos próprios alunos que vão tratar deles. Aí, o tratamento é realizado naquele dia ou pode ser preciso um tratamento maior e eles são encaminhados para resolução da necessidade deles. Mas geralmente, é por ordem de chegada, eles chegam, se organizam e esses nomes são coletados e eles são chamados segundo essa ordem, não existe uma prioridade, por enquanto, esses pacientes são atendidos por ordem de chegada, ainda não conseguimos estabelecer uma prioridade aqui na faculdade. (Entrevista com T3, set. 2019)

Em relação à fila de espera, importantes questões podem ser destacadas. O entrevistado aponta que a fila de espera não leva em consideração a prioridade de cada paciente, em relação ao quadro apresentado, por exemplo, um paciente que busca orientações sobre higiene bucal pode ser atendido antes de um paciente com dor aguda em função de abscesso ou inflamação de canal.

Conforme relato dos entrevistados, há pacientes que buscam atendimento no PA da FO-UFJF, por não saber que no seu próprio bairro pode haver atendimento odontológico em uma UBS, com fila menor, o que pode oferecer um atendimento mais rápido e preservar as vagas das Clínicas de Urgência para casos realmente urgentes.

A última pergunta feita aos entrevistados foi sobre a utilização da classificação de risco para organizar os atendimentos. Nessa questão, houve entrevistados que relataram desconhecer o funcionamento da classificação de risco, bem como houve entrevistados que apresentaram pontos favoráveis e outros apresentaram pontos desfavoráveis à implementação desse tipo de organização do atendimento. Conforme relata T1, a classificação de risco “é importante, mas desconheço como seria essa classificação, gostaria de saber. A implementação talvez seria complexa, de prioridade seria grupo de idosos, crianças, pacientes com infecção, muita dor, mas é difícil, mas também acho que a ideia é muito boa” (Entrevista com T1, set. 2019).

Segundo o relato do entrevistado T2, a implantação de uma classificação de risco seria uma proposta positiva, argumentando que “existem diferentes necessidades entre os pacientes que procuram o PA”. De acordo com o entrevistado T2:

Existe desde aquele paciente que está apresentando um quadro sintomático, mais agudo, mais importante e existe aquele paciente que considero de

menor complexidade que precisa fazer o tratamento aqui dentro da faculdade mas precisa de encaminhamento correto para a clínica necessária para o seu tratamento. Então para que isso ocorra é preciso que o profissional de odontologia examine aquele paciente e detecte a sua necessidade e faça o correto encaminhamento dentro da necessidade do paciente. (Entrevista com T2, set. 2019)

O entrevistado T2 considera ainda que a implantação de uma classificação de risco “seria um avanço que poderíamos ter dentro desses atendimentos”, além disso, entende que “a implementação pode ser feita próxima ao que é feito na medicina, existe uma classificação de urgência para o atendimento”. O entrevistado identifica como um ponto desfavorável, o fato de que, “dentro do raciocínio do paciente, eles pensam, ‘eu cheguei antes daquele outro paciente’. Os pacientes pensam: ‘cheguei mais cedo e tenho mais direito’. Só que, às vezes, o que chegou mais tarde teria uma necessidade maior que o que chegou mais cedo” (Entrevista com T2, set. 2019). Mas uma solução para esse desafio é apontada pelo próprio entrevistado, que sugere “trabalhar o entendimento do paciente sobre a necessidade maior do outro”. O entrevistado considera relevante a classificação para “atender os casos mais urgentes e mais prioritários”.

Da mesma forma, o entrevistado T3 também observa que há pacientes com quadros prioritários em relação aos demais, porém, em sua opinião, a implantação de uma classificação de risco é um processo complexo devido ao costume já praticado pelos pacientes em relação a chegar cedo para entrar na fila de espera a fim de ser atendido entre os primeiros.

Também coincidem as perspectivas levantadas por T3 e E1, ao destacarem importantes complicadores na aplicação de uma classificação de risco. Conforme relatado pelo entrevistado E1:

Tem os lados bons e ruins de utilizar essa classificação. Como o primeiro paciente que pode chegar, ele está com pouca dor, só querendo uma resina que soltou, mas o último pode chegar morrendo de dor realmente e pode deixar de ser atendido por ser demanda espontânea, então é um ponto bom, mas também **e se esse último passasse na frente de alguém que não estaria com tanta dor e essa pessoa não fosse atendida, aí como falar com essa pessoa que chegou antes e não foi atendida.** Acho que é um ponto bom, mas como implementar isso, acho que seria a principal dificuldade. (Entrevista com E1, set. 2019, destaque nosso)

Em relação ao ponto desfavorável citado pelos entrevistados, seria necessária uma campanha permanente de sensibilização do funcionamento das Clínicas de Urgência e dos procedimentos adotados em cada caso, o que pode ser associado a

outras iniciativas que podem distribuir a demanda entre outras clínicas e direcionar profissionais para a triagem dos pacientes que chegam ao PA.

Essa necessidade de organizar melhor a fila de espera é citada também pelo entrevistado E2:

E também se a gente conseguisse organizar melhor essa fila, mas eu sei que a demanda é muito grande, é quase impossível, mas acho que seria o ideal se a gente conseguisse dar suporte a todos os pacientes que vêm aqui no PA. [...] Eu vejo que aqui funciona bem, às vezes, alguns pacientes, a gente percebe que não são tão urgentes, mas acaba sendo uma porta de entrada para muitos aqui dentro. Acredito que conseguimos dar prioridade àqueles que estão sentindo dor. (Entrevista com E2, set. 2019)

Na perspectiva levantada pelo entrevistado T3, um ponto central foi destacado, o qual se refere aos casos prioritários, como o atendimento a idosos. Ainda que todos sejam atendidos, os pacientes prioritários têm assegurado o direito à prioridade em função de sua condição, porém, atualmente, estes permanecem na fila, enquanto outro paciente que não tem uma condição que lhe confira a prioridade é atendido para realização de procedimentos não urgentes, como orientações sobre higiene bucal, aplicação de flúor, e encaminhamento sem uma demanda urgente.

O atendimento prioritário é estabelecido em lei para todos os órgãos públicos e alguns privados, restando claro que classificação pela ordem de chegada não oferece a esses pacientes prioritários o atendimento isonômico, igualitário, levando-se em conta suas peculiaridades.

Diante da polêmica considerada pelo entrevistado, uma possibilidade de solução seria o trabalho de orientação, esclarecimento e sensibilização dos pacientes sobre a função de um Pronto Atendimento, de uma Clínica de Urgência, o que deve ser considerado em uma proposta de protocolo de classificação dos pacientes durante o processo de atendimento.

O entrevistado T3 acrescenta pontos importantes na discussão sobre a classificação de risco, identificando a necessidade de exames em alguns casos para uma possível identificação do diagnóstico a fim de se pensar na classificação de um paciente em função de seu quadro clínico.

E essa parte de prioridade como eles chegam com urgência e a gente não consegue fazer uma identificação da necessidade dele sem um exame, uma radiografia, para ser mais conclusivo no diagnóstico, fica um pouco difícil de definir quem é prioridade acima de quem porque todo mundo relata uma sintomatologia dolorosa, então como é uma coisa muito subjetiva, talvez fique difícil de saber assim que talvez uma sensibilidade dentinária esteja doendo

mais em um paciente do que o paciente que está com o nervo comprometido, apesar de a gente estudar que o nervo vai doer mais do que uma sensibilidade dentinária. Mas como a dor é uma coisa subjetiva, é difícil de a gente conseguir enquadrar só pelo relato do paciente ou um exame clínico rápido, realmente que teria prioridade em relação a isso, exceto nos casos de prioridade em relação a gestantes, idosos acima de 80 anos, crianças menores, esses pacientes não vão ser atendidos exatamente no momento em que eles chegarem, mas eles não sairiam sem atendimento. (Entrevista com T3, set. 2019)

Conforme o relato acima, há casos mais fáceis de se identificar a prioridade, como em gestantes e idosos, mas, ainda que exista previsão em lei assegurando o atendimento prioritário, segundo o entrevistado, “esses pacientes não vão ser atendidos exatamente no momento em que eles chegarem” (Entrevista com T5, set. 2019).

Além disso, idosos com mais de 80 anos, conforme citou o entrevistado, têm prioridade sobre os demais idosos com idade entre 60 e 79 anos, mas, é preciso esclarecer que, conforme a Lei nº 10.048/00, todos os idosos a partir de 60 anos gozam do direito ao atendimento prioritário bem como os demais grupos elencados pela referida lei (“portadores de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo”).

Entretanto, é preciso destacar uma questão levantada neste relato, uma vez que a classificação de risco não busca mensurar o nível de dor do paciente, mas, sim, identificar aqueles que apresentam dor, e, por isso, necessitam de uma atenção urgente, e aqueles que buscam cuidados não urgentes, como orientações, aplicação de flúor, entre outros casos identificados nos prontuários, conforme discutido nas seções anteriores, que podem ser classificados para atendimento após as urgências terem sido atendidas.

Em sua resposta, o entrevistado T3 explora importantes questões que merecem ser consideradas ao se pensar a classificação de risco, como o tempo gasto nessa avaliação de cada paciente antes do atendimento, bem como a necessidade de, eventualmente, atender um paciente que chegar por último antes de atender aquele que chegou primeiro. Nesse pensamento, o entrevistado esclarece que a Clínica de Urgência busca atender a todos em vez de primeiro realizar a triagem.

Outro ponto considerado pelo entrevistado é que “talvez tivesse que pensar numa dinâmica melhor, mas desse jeito de prioridade já até tentamos algumas vezes, mas julgamos que é melhor atender todos do que alguns voltarem para casa sem

atendimento” (Entrevista com T3, set. 2019). Entretanto, apesar da busca por atender a todos ainda que sem uma classificação, conforme relatado por outros entrevistados, há casos em que alguns pacientes que buscam atendimento não chegam a ser atendidos, devido à demanda superar o número de estagiários em determinados dias de atendimento. Conforme já descrito, o percentual de pacientes que ficaram sem atendimento no período analisado chegou a 24,3%.

Um ponto importante que seria necessário considerar em uma possível proposta de classificação de risco é, conforme o entrevistado T3, a necessidade de se “tirar horário de atendimento dos alunos para fazer essa triagem”, uma vez que em cada dia de clínica, seria necessário que um estagiário realizasse a triagem para classificação de cada paciente.

Diante desta questão, o entrevistado T4 argumenta que “nas Clínicas de Urgência da Faculdade de Odontologia da UFJF não existe uma classificação de risco. A demanda é espontânea e os pacientes são atendidos por ordem de chegada”. Além disso, defende que “incorporar essa classificação de risco poderia, de fato, trazer benefícios, no sentido de ser visto como uma desigualdade positiva, na qual aqueles mais necessitados obteriam uma prioridade do atendimento” (Entrevista com T4, set. 2019).

Conforme relatado pelos entrevistados, nas Clínicas de Urgência (PA), os pacientes não precisam apresentar encaminhamento do SUS, sendo recebidos no setor de acolhimento e, em alguns casos, encaminhados diretamente para o PA. Assim, o atendimento nas Clínicas de Urgência ocorre com livre demanda. Os atendimentos começam às 8:00H, porém, como relatado pelos entrevistados, há dias em que os pacientes começam a chegar às 06:00H, então às 9:30H, já não é possível chamar mais nenhum paciente, devido ao tempo para conclusão do atendimento, bem como a inexistência de materiais esterilizados. No período da tarde, os atendimentos se iniciam às 14:00H e se encerra às 15:30H, quando não é possível chamar outros pacientes, por não haver mais materiais esterilizados, conforme relata o entrevistado T4: “No período da tarde, os atendimentos se iniciam às 14 horas e, quando atinge 15:30 horas, nenhum paciente será chamado, por não ter mais material estéril” (Entrevista com T4, set. 2019).

Os pacientes se organizam por ordem de chegada, assumindo, cada um seu lugar na fila sem a supervisão de profissionais da clínica. Em seguida, são chamados pelos estagiários para serem atendidos sob a supervisão dos odontólogos. Já durante

atendimento, o primeiro passo é a anamnese, onde o estagiário buscará conhecer o paciente, sua história clínica e sua queixa, “é o momento da escuta” (T4). A seguir, o estagiário realizará exames radiográficos, aferição da pressão arterial, entre outros, a fim de se obter um diagnóstico e definir-se o procedimento adequado. Conforme os relatos obtidos, os pacientes, em sua maioria, apresentam alguma sintomatologia, como um quadro de dor, algum envolvimento estético, entre outros casos considerados urgentes. Porém, há aqueles que buscam atendimento apresentando outras demandas não urgentes.

Quanto à Classificação de Risco, o entrevistado T5 considera “interessante” e uma “boa proposta”, principalmente em relação a casos considerados prioritários, os quais são estabelecidos em Lei, como prevê o artigo 1º da Lei nº 10.048/00, que assegura que “as pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta lei”. Segundo o entrevistado, “[...] seria interessante, seria uma boa proposta, pensando assim em questões mais visíveis, tipo questão da idade, pessoa que apresenta problema, condição especial, tipo gestante, ou alguém com deficiência física mesmo, acho que seria tranquilo” (Entrevista com T5, set. 2019).

Entretanto, em relação a pessoas com dor, o entrevistado considera a classificação como um limitador:

A questão que acho mais complicada de aplicar seria na prioridade, por exemplo, na pessoa com dor, porque é mais subjetivo. Talvez na hora de organizar essa fila, primeiro, fosse por ordem de chegada e aí depois seguindo essa ordem de chegada, começando pelas prioridades talvez. Eu acho interessante, sim, essa questão da prioridade pela necessidade, mas não sei o que dizer, como implementar isso, como fazer essa triagem inicial. Acho que é interessante, sim, acho que a gente tenta suprir isso tentando atender todo mundo, só não consigo visualizar uma maneira de fazer isso, já que o atendimento é feito por ordem de chegada, talvez fazer de uma outra forma. (Entrevista com T5, set. 2019)

Como se observa no relato do entrevistado T4, bem como em relatos de outros entrevistados, existe a dúvida em relação ao funcionamento dos procedimentos de classificação de cada paciente. Porém há importantes sugestões de como poderia ser feito, de acordo com a perspectiva de cada técnico entrevistado. Três pontos importantes surgem nesses relatos: a classificação em função do quadro do paciente, principalmente os casos de dor, a classificação em função das prioridades estabelecidas em lei e classificação pela ordem de chegada. Percebe-se, portanto, a

importância de se considerar estes pontos para elaboração de uma proposta de protocolo para classificação dos pacientes durante o processo de atendimento.

Somando-se à existência de pacientes com quadros não urgentes na fila de atendimento, observamos, nos relatos, que há dias em que o número de alunos nas clínicas não é suficiente para atender a todos os pacientes que se encontram na fila, e, com isso, há pacientes que não são atendidos, conforme T1, T2, T3 e T5, assim, persiste a necessidade de se direcionar os recursos disponíveis para pacientes com quadros realmente urgentes.

Ao tratar sobre a organização do atendimento, o entrevistado E3 aponta a necessidade de se organizar a fila de espera levando-se em consideração o grau de gravidade de cada quadro:

Os pacientes poderiam ser distribuídos com relação ao grau de gravidade, sendo os pacientes que têm maior dor os primeiros a serem atendidos, os pacientes com comprometimento estético ou social em segundo, e os que buscam um acolhimento em terceiro lugar [...] (Entrevista com E3, set. 2019).

A última pergunta feita aos entrevistados abordou a classificação de risco, e sobre isso, veja-se a opinião de E3:

A minha opinião é muito positiva em relação à utilização da classificação de risco, visto que os pacientes que evidentemente têm dor seriam os primeiros a serem atendidos, e essa triagem poderia ser feita pela própria triagem da Universidade Federal, pelos profissionais que trabalham lá. (Entrevista com E3, set. 2019)

O entrevistado parece perceber a verdadeira função da classificação de risco, evidenciando que o objetivo é classificar os casos de dor, ou comprometimento estético ou social, por exemplo, com prioridade de atendimento, e outros casos que não representam urgência que seriam atendidos posteriormente. Nessa perspectiva, fica claro que não se trata de medir a intensidade da dor de cada paciente, mas, sim, priorizar os casos urgentes em detrimento de casos em que não há urgência.

Conforme já destacado pelos demais entrevistados, apesar de a organização do atendimento ser pela ordem de chegada dos pacientes, todos reconhecem a existência de prioridades, como os casos de pacientes com dor, pacientes com prioridade estabelecida em lei, como citado pelo entrevistado C1 ao se referir a idosos e cadeirantes:

A fila é de espera, de chegada, a gente procura seguir essa ordem, claramente você pode ter uma prioridade, **um paciente de mais idade, mais**

idoso, um cadeirante, mas normalmente isso não ocorre. A gente não permite atendimento marcado [...]. A prioridade é o paciente de urgência. Os alunos atendem em duplas e às vezes, no segundo atendimento, eles mudam, dependendo da demanda. Se tem 18 duplas, tem 18 pacientes cada, uma vai atender, mas, **se essa demanda aumenta, vai dividindo as duplas**, eles vêm preparados para dois atendimentos. (Entrevista com C1, set. 2019, destaque nosso)

Como se observa no relato do entrevistado C1, a prioridade das Clínicas de Urgência é o paciente com quadros de urgência, mas a organização do atendimento não prioriza os casos urgentes, e dá prioridade à ordem de chegada dos pacientes, evidenciando ainda a variação da demanda, que, conforme já destacado, tem implicações sobre a relação capacidade-demanda e na resolutividade dos atendimentos prestados.

Veja-se, a seguir, a fala do entrevistado E4, no que se refere à necessidade de classificação em função da necessidade do paciente:

Acho que essa questão de não marcar paciente porque tem alguns casos, sei que alguns casos que necessitam, mas talvez passar pra outra clínica de alguma forma, pra alguma outra pessoa que está precisando de paciente nessa outra clínica, **porque senão tira a vaga de alguém que está sentindo dor e está realmente de urgência**. Acho que a grande demanda, que às vezes a gente corre e não consegue atender todo mundo e essa questão de priorizar, ver, às vezes, quem necessita mais, quem pode passar para outro dia. [...] Acho que essa classificação é necessária e deveria ser feita de acordo com a necessidade, **ver pacientes que têm dor, que tá com dor há mais tempo, ver questão de idosos, a questão de classificação de ASA I, ASA II, ASA III, acho que tudo isso poderia ser levado em conta pra ver se a pessoa precisa mesmo ser atendida no dia, ou poderia ser atendida em outros horários**. (Entrevista com E4, set. 2019, destaques nossos)

O entrevistado E4 sugere ações que podem ser adotadas para reduzir a demanda de atendimento, como o encaminhamento de pacientes com quadros não urgentes para outras clínicas mais adequadas, bem como a priorização de casos em que haja dor.

A mesma perspectiva é encontrada no relato do entrevistado E5, que acrescenta a presença de pacientes que chegam às Clínicas de Urgência com outras demandas. Segundo E5: “Às vezes, o paciente nem precisa muito de estar aqui, era só para pegar alguma coisa, alguma receita, e isso acaba enchendo um pouco” (Entrevista com E5, set. 2019).

Ao abordar o atendimento odontológico, Mello (2008, p. 6) explica que

o estabelecimento de protocolos tem como objetivo a padronização e sistematização do complexo processo de trabalho, melhorando esse

processo de acordo com as demandas do paciente, minimizando a variedade de suas práticas e a solicitação de exames e serviços desnecessários.

Dessa forma, a adoção de protocolos de atendimento oferece uma atuação mais segura para o profissional em formação que procederá de acordo com ações padronizadas e sistematizadas, ensejando avaliações realistas que permitam aprimoramentos e ainda melhores resultados para o paciente, que receberá o atendimento adequado de acordo com sua necessidade.

Na fala de E5, podemos encontrar a mesma opinião apresentada pelos demais estagiários entrevistados, além de sugestões para a triagem dos pacientes que aguardam atendimento na fila de espera:

Como às vezes os pacientes vêm com muita demanda, mais cheio, acho que poderia ter mais clínicas de pronto atendimento, poderia ter um acolhimento melhor para orientar eles em relação a isso, até para ajudar a gente a diagnosticar mais rápido, ver qual paciente precisa mais. [...] Então acho que poderia ter um acolhimento melhor, poderia ter mais atendimentos, um pouco mais de organização não da clínica, mas da faculdade em relação ao PA, em relação à triagem. [...] Acho válida a classificação de risco. Às vezes um paciente que precisa ser atendido logo, que está com muita dor, muito mais do que o outro, e aí a gente teria que dar preferência para ele. **Acho que poderia ter um acolhimento, claro, relacionado ao PA, à clínica de urgência, de uma pessoa, de uma equipe que faça esse acolhimento. Às vezes, até os alunos, uma forma de cada semana, cada dia um grupo fica ou então um funcionário, mas que seja capacitado para diagnosticar bem e encaminhar, na verdade, classificar da forma mais correta.** (Entrevista com E5, set. 2019, destaque nosso)

A necessidade de se realizar a triagem durante o acolhimento ainda no local em que os pacientes aguardam na fila de espera, além de melhorar a organização do atendimento, oferecendo mais equidade aos pacientes, pode ainda ser uma oportunidade de aprendizado para os alunos estagiários.

Nesse contexto, de acordo com o estudo realizado por Barbosa (2010), em virtude da grande demanda reprimida para atendimento odontológico nos serviços públicos de saúde, a classificação de risco configura-se como um valioso recurso para organização da demanda para atendimento. Segundo o autor, instrumentos que podem ser adotados, portanto, são a classificação de risco e os protocolos de atendimento. A organização do atendimento a partir de tais instrumentos é uma forma de se atingir um atendimento com maior equidade.

O objetivo da classificação de risco é, portanto, personalizar o serviço prestado ao paciente e estabelecer a prioridade de atendimento para os casos mais graves. Embora o estudo realizado por Barbosa (2010) seja voltado para o atendimento

programado em Unidades Básicas de Saúde e o presente estudo de caso se direcione ao atendimento de urgência em específico, em ambos os casos, há grande potencial de contribuição na adoção de classificação de risco para a organização do atendimento e a busca pela equidade no contexto da FO-UFJF.

Ao tratar sobre a classificação de risco, o entrevistado C1 cita que “existe um problema na fila de espera, eles [os pacientes] são muito rigorosos na ordem de entrada, sai até briga”. Apesar de reconhecer que há uma dificuldade sendo vivenciada nas Clínicas de Urgência no que se refere à organização do atendimento, o entrevistado vê a classificação de risco como uma opção complexa.

Na perspectiva do entrevistado C1, outro complicador para uma classificação de risco seria: “Você chega em um hospital, você tem prioridades claras, um cara enfartando e outro com dor na perna. Já uma dor de dente maior ou menor sua, não tem muito como mensurar isso [...]” (Entrevista com C1, set. 2019).

O entrevistado relata que há uma dificuldade em se identificar os casos urgentes e os casos não urgentes, argumentando que “os casos são tudo mais ou menos a mesma coisa, o que dificulta fazer esse grau de prioridade”. Segundo o entrevistado, realizar um exame no paciente enquanto o mesmo ainda aguarda na fila de espera não é viável, uma vez que, para examiná-lo, é necessário que ele seja atendido quando chegar sua vez, conforme a ordem de chegada. Porém, o entrevistado sugere, como solução: “Só se tivesse uma pessoa lá fora, uma pré-entrada, algum supervisor para fazer isso” (Entrevista com C1, set. 2019). Ou seja, tais exames demandam a disponibilidade de um profissional para a classificação dos pacientes dando prioridade aos casos mais urgentes.

Em sua perspectiva, o entrevistado C1 faz grande ressalva no que se refere à implantação de uma classificação de risco, argumentando que a demanda, geralmente, é atendida e que há resistência dos pacientes em relação a mudanças na ordem de chegada.

Segundo Werneck, Faria e Campos (2009), há importantes estudos sobre a aplicação de protocolos de atendimento baseados em dados científicos que apontam para estratégias e procedimentos técnicos para a destinação adequada de recursos e aprimoramento do atendimento a fim de obter melhores resultados tanto para o profissional de saúde quanto para o paciente.

A definição de prioridades para atendimento em urgência odontológica permite a promoção de acesso igualitário aos serviços prestados. Considerando que a oferta

de serviços apresenta escassez de recursos, a triagem é necessária para estabelecer prioridades para o recebimento de pacientes. Assim, os casos mais graves seriam priorizados em detrimento dos menos graves, sendo que estes últimos demandariam outros procedimentos, que não os de urgência, como ações preventivas e encaminhamento para UBS ou clínicas específicas. Neste sentido, pretende-se direcionar o benefício para onde há maior necessidade, contribuindo para a redução da desigualdade presente na sociedade, por meio da oferta de um tratamento mais igualitário (MACIEL; KORNIS, 2006).

É preciso considerar aqui as soluções complementares sugeridas por outros entrevistados, como a sensibilização dos pacientes sobre os benefícios da classificação de risco, a divulgação de informações sobre o funcionamento das Clínicas que compõem a FO-UFJF e seus procedimentos, bem como a realização do acolhimento logo na chegada desses pacientes, oferecendo estas informações e realizando a triagem conforme a prioridade de cada paciente, contando-se com um profissional, um supervisor, como sugerido pelo entrevistado C1.

A fim de facilitar a compreensão das perspectivas em contraste, a seguir, é apresentado um quadro comparativo, trazendo pontos favoráveis e desfavoráveis à classificação de risco.

Quadro 2 - Comparativo entre perspectivas favoráveis e desfavoráveis em relação à classificação de risco (Cf. Apêndice D).

Principais perspectivas favoráveis à classificação de risco		Principais perspectivas desfavoráveis à classificação de risco	
Entrevistas	Prontuários e listas de espera	Entrevistas	Prontuários e listas de espera
– “muito poderia ser feito ainda para acolher bem o paciente, para trabalhar a questão da queixa do paciente”. (T1)	– 24,3% dos pacientes ficam sem atendimento.	– “A implementação talvez seria complexa”. (T1)	– 75,7% dos pacientes recebem atendimento.
– “[...] de prioridade seria grupo de idosos, crianças, pacientes com infecção, muita dor, mas é difícil, mas também acho que ideia é muito boa”. (T1)	– 28,5% das queixas relatadas não representam quadros de urgência.	– “[...] fica complicado colocar uma pessoa que chegou às dez na frente da pessoa que chegou às seis, ainda mais que todos têm uma demanda que tem alguma coisa que esteja incomodando”. (T3)	– 66,33% dos pacientes apresentaram queixa considerada de urgência.
– “[...] seria um avanço que poderíamos ter dentro desses atendimentos”. (T2)	– 30,5% dos pacientes recebem apenas procedimentos	– “[...] fica um pouco difícil de definir quem é prioridade acima de quem porque todo mundo relata uma sintomatologia dolorosa, então como é uma muito subjetiva”. (T3)	– 63% dos procedimentos são considerados de urgência.
– “a gente vê que tem pacientes que têm prioridade em relação aos outros” (T2).			
– “[...] tem vez que algum paciente precisa retornar sem atendimento”. (T3)			

– “alguns pacientes, a gente percebe que não são tão urgentes”. (E2)	que não são de urgência.	– “[...] a necessidade de se “tirar horário de atendimento dos alunos para fazer essa triagem”. (T3)	– 71% dos procedimentos são definitivos.
– “[...] tem caso que, se demorar muito, vai para a exodontia e não tem mais o que fazer”. (E5)	– 17% dos pacientes são idosos.	– “[...] eles [os pacientes] são muito rigorosos na ordem de entrada, sai até briga”. (C1)	– 82% dos pacientes não se enquadram em atendimento prioritário em função da idade.
– “claramente você pode ter uma prioridade, um paciente de mais idade, mais idoso, um cadeirante”. (C1)	– 29% dos procedimentos não são definitivos.		

Fonte: Adaptado a partir de entrevistas, prontuários e listas de espera obtidos na FO-UFJF.

O Quadro 2, supracitado, traz um resumo das perspectivas em debate, enumerando pontos favoráveis e desfavoráveis à proposta de classificação de risco para a organização do atendimento prestado nas Clínicas de Urgência da FO-UFJF.

Os resultados obtidos a partir da análise dos prontuários e listas de espera dos pacientes, em conjunto com a análise dos relatos dos entrevistados, conforme resumido no Quadro 2, apontam para a necessidade de se implementar um protocolo de classificação de risco associado a medidas complementares que possibilitem o atendimento conforme os princípios estabelecidos pelo SUS, como universalidade, integralidade e equidade.

Desse modo, a elaboração de protocolos de atendimento na odontologia exige a adoção de princípios éticos alicerçados pelo tripé da competência formado por conhecimento, habilidade e atitude, com base nas experiências vivenciadas no ambiente de atendimento (MELLO, 2008). Nesse contexto, a adoção de protocolos oferece maior chance de avaliação e aprendizado para otimização dos procedimentos em um atendimento qualificado. Assim, de acordo com Mello (2008, p. 2),

Para constituir protocolos clínicos na odontologia, faz-se necessário estabelecer uma uniformização de evidências sustentada em: 1) princípios éticos; 2) na tríade conhecimentos, habilidades e atitudes que constituem a competência; e 3) em experiências vivenciadas no exercício profissional. Esses pilares são os mesmos que Nogueira, Marin e Cunha (2005) propunham para a Prática Baseada em Evidências - PBE. Para esses autores, a PBE é uma abordagem dinâmica que exige espírito crítico e aptidão voltada à formação de profissionais de saúde caracterizada como um processo de educação continuada.

A diretriz elaborada pelo Ministério da Saúde sobre acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência pode ser aplicada ao contexto dos serviços de saúde em um ambiente de ensino-aprendizagem, e, segundo a diretriz, a classificação de risco deve ser feita de forma dinâmica, a fim de se reavaliar, periodicamente, o quadro

clínico dos pacientes, uma vez que pode ocorrer evolução dos sintomas durante a espera (BRASIL, 2009). Além disso, outro ponto importante enfatizado pela diretriz refere-se à necessidade de se esclarecerem ao paciente as informações sobre sua classificação para atendimento na clínica, bem como sobre os procedimentos que devem ser realizados.

Nesse sentido, a diretriz do Ministério da Saúde destaca que:

A construção de um protocolo de classificação de risco a partir daqueles existentes e disponíveis nos textos bibliográficos, porém adaptado ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde, é uma oportunidade de facilitação da interação entre a equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores da urgência (BRASIL, 2009, p. 41).

Há que se considerar ainda a previsão legal que confere prioridade a casos específicos conforme já discutido anteriormente, o que pesa a favor da uma classificação de acordo com prioridades bem definidas. Ao mesmo tempo em que os pontos favoráveis elencados indicam a necessidade de uma alternativa que busque mitigar as dificuldades vivenciadas, os pontos desfavoráveis, que emergem dos relatos dos entrevistados, apontam para as providências que devem ser adotadas em uma possível implantação de uma classificação alternativa à ordem de chegada.

Como principais pontos desfavoráveis, foram identificadas situações como a complexidade de uma proposta de classificação de risco; o horário de chegada dos pacientes, que começam a chegar às 6h, enquanto a clínica começa a funcionar às 8h; o fato de a maioria dos pacientes apresentar a queixa de dor, o que é uma avaliação subjetiva; a necessidade de se deslocar estagiários, preceptores ou funcionários de outras funções para a triagem dos pacientes na fila de espera, e, ainda, a necessidade de se sensibilizar os pacientes sobre o funcionamento do atendimento de urgência.

Com isso, uma série de medidas devem ser adotadas, o que torna a proposta de classificação de risco um processo complexo. Essas medidas envolvem, não exclusivamente: (i) reuniões periódicas para alinhamento de procedimentos; (ii) campanha permanente de divulgação do funcionamento da FO-UFJF e sensibilização dos pacientes acerca das prioridades que devem ser asseguradas no atendimento de urgência, por meio de cartazes, panfletos, sites oficiais da UFJF, informações repassadas pelos diversos setores e clínicas, explicações durante o acolhimento de cada paciente; (iii) projetos de prevenção em saúde bucal, com o objetivo de promover

os cuidados preventivos com os pacientes que procurem a FO-UFJF; (iv) adoção de um prontuário eletrônico com campos referentes à queixa principal, idade, gênero, existência de deficiência ou doença, gestação, além de dados referentes a endereço e encaminhamento por uma UBS, e demais dados pertinentes.

Este prontuário eletrônico permitirá acesso aos dados de cada paciente em todas as clínicas da UFJF, oferecendo mais informações para diagnóstico e acompanhamento da evolução dos tratamentos oferecidos a cada paciente, permitindo ainda, avaliações periódicas do processo de atendimento, por meio do levantamento de estatísticas, que poderão embasar decisões para gestão da FO-UFJF. O prontuário eletrônico preenchido durante a anamnese direcionará a triagem de cada paciente, bem como indicará a sua classificação segundo critérios de um Protocolo de Classificação de Risco e prioridade de atendimento.

Estas medidas serão detalhadas a seguir no Plano de Ação elaborado a partir dos resultados obtidos por meio das entrevistas, prontuários e listas de espera coletados nas clínicas em estudo, bem como a partir da literatura consultada.

3 PLANO DE AÇÃO EDUCACIONAL

Esta pesquisa teve como objetivo principal analisar as dificuldades vivenciadas nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II, envolvendo as questões referentes à demanda de atendimento e critérios de classificação adotados na FO-UFJF. O presente estudo abordou, ainda, a resolutividade e o referenciamento dos atendimentos realizados nestas clínicas a fim de propor ações que possam contribuir para minimizar as dificuldades identificadas.

A partir do objetivo supracitado, buscou-se compreender o funcionamento das Clínicas de Urgência Odontológica da UFJF, conforme descrito nas seções 1.3, 1.4 e 2.3.1; realizar o levantamento da demanda de atendimento nas Clínicas de Urgência dentro do período determinado para esta pesquisa, por meio da análise de prontuários e registros, conforme seção 1.6; e analisar as dificuldades enfrentadas em função da falta de critérios de classificação de risco dos pacientes (Cf. seções 1.6.2 e 2.3.1).

As informações levantadas apontam para a existência de prós e contras em relação à implementação de um Protocolo de Classificação de Risco, no entanto, trata-se da saúde de pessoas que buscam por cuidados odontológicos, os quais representam necessidades prementes que podem influenciar sobremaneira a vida dessas pessoas. A partir dos princípios do SUS, percebe-se a necessidade de um atendimento com maior equidade de condições de acesso ao serviço de saúde, que ofereça maior dignidade tanto a pacientes quanto aos profissionais que devem pautar suas ações em princípios éticos.

Entre as perspectivas desfavoráveis e favoráveis, é possível apresentar um contraponto indicando as correspondências entre as principais questões levantadas neste estudo. Dessa forma, percebe-se que:

- “a implementação talvez seria complexa” (Entrevista com T1, set. 2019), entretanto, “a gente vê que tem pacientes que têm prioridade em relação aos outros” (Entrevista com T2, set. 2019);
- “[...] fica complicado colocar uma pessoa que chegou às dez na frente da pessoa que chegou às seis [...]” (Entrevista com T3, set. 2019), porém, “[...] tem caso que, se demorar muito, vai para a exodontia e não tem mais o que fazer” (Entrevista com E5, set. 2019);
- “[...] necessidade de se “tirar horário de atendimento dos alunos para fazer essa triagem” (Entrevista com T3, set. 2019) – a triagem faz parte do

acolhimento, sendo conhecimento importante que deve ser aprendido pelo aluno;

- “[...] [os pacientes] são muito rigorosos na ordem de entrada [...]” (Entrevista com C1, set. 2019), mas “tem vez que algum paciente precisa retornar sem atendimento” (Entrevista com T3, set. 2019) ainda que apresente um quadro urgente;
- A maioria dos pacientes (75,7%) recebe atendimento – não se pode descurar que 24,3% entram na fila da urgência e não são atendidos;
- 66,33% dos pacientes apresentaram queixa considerada de urgência – sem esquecer que um número significativo de queixas, ou seja 28,5%, não representa quadros de urgência;
- 63% dos procedimentos são considerados de urgência, entretanto, os prontuários demonstram também que 30,5% dos pacientes recebem apenas procedimentos que não são de urgência, resultando no uso de materiais esterilizados que poderiam ser empregados no atendimento de casos realmente urgentes que deixam de ser atendidos por falta desses materiais;
- 71% dos procedimentos são definitivos, mas foi identificado que 29% dos procedimentos não são definitivos, ocasionando o retorno dos pacientes à fila das Clínicas de Urgência ou outras clínicas da FO-UFJF;
- 82% dos pacientes não se enquadram em atendimento prioritário em função da idade, mas foi identificado que 17% dos pacientes são idosos e não recebem o atendimento prioritário previsto em lei, além de outros pacientes com direito a atendimento prioritário que não foram identificados durante o acolhimento, cujas informações não constam nos prontuários.

Com base nos levantamentos e análises já apresentados, os resultados demonstrados no capítulo 2, resumidos acima, apontam para a necessidade de se adotarem medidas com o objetivo de otimizar o processo de atendimento, garantindo os princípios estabelecidos pelo SUS, bem como os direitos referentes a atendimento prioritário, em conjunto com a melhoria do processo de atendimento.

A partir das evidências levantadas nas Clínicas de Estágio de Urgência I e II da FO-UFJF, juntamente com a análise dos documentos referentes ao processo de atendimento dos pacientes, como prontuários e listas de fila de espera,

complementados pelos relatos de técnicos odontólogos, coordenação das clínicas e estagiários, foi elaborada uma proposta de intervenção no processo de atendimento praticado, a fim de que os princípios preconizados pelo SUS sejam reforçados, o que contribuirá para o aprimoramento do processo de atendimento.

Vinculados ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG, Werneck, Faria e Campos (2009) formularam importante trabalho sobre a elaboração de protocolos de cuidado à saúde e de organização do atendimento. Apesar de estarem direcionados à Medicina, o atendimento em saúde envolve os mesmos princípios estabelecidos pelo SUS, além de exigirem critérios básicos comuns para a organização do atendimento. Nesse sentido, os autores defendem que a formulação de protocolos clínicos deve se nortear pelas evidências científicas, ou seja, “para sua elaboração, os profissionais deverão conhecer, com clareza, o que é protocolo baseado em evidências e como construí-lo, sendo importante saber como e onde encontrar a(s) evidência(s) por meio da análise de artigos científicos” (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 64). Nesse trabalho, os autores abordam quatro conceitos básicos para a formulação de protocolos destinados ao atendimento em saúde, sejam eles a prática em saúde baseada em evidências, a experiência baseada em vivências no processo de atendimento, a competência e a ética.

Segundo os autores, as evidências são conclusões obtidas a partir de pesquisas científicas e dados levantados por estudos clínicos com o objetivo de embasar as ações de profissionais de saúde. Os autores dividem pesquisas clínicas em primárias, “por exemplo, estudos de acurácia, ensaios clínicos aleatórios, estudos coortes” e secundárias “por exemplo, revisões sistemáticas, estudos de análise econômica” (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 64).

A experiência baseada em vivências obtida a partir da prática em saúde é construída pelo profissional de saúde no contato “direto e diário com os problemas dos usuários para o entendimento do contexto no qual os resultados das pesquisas podem ser aplicados e extrapolados” (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 64). Os autores reforçam que a experiência resultante desse contato direto e rotineiro com as diferentes situações e a forma de lidar com as condições de cada paciente frente aos recursos disponíveis oferece ao profissional de saúde a competência necessária para momentos de tomada de decisão.

De acordo com os autores, a competência é construída a partir da tríade

formada por conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas pelo profissional de saúde “para obter e interpretar as informações derivadas do problema apresentado pelo usuário (anamnese e exame físico), dos exames complementares, das evidências e das vivências” (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 65). Faz parte da competência a capacidade de reconhecer e avaliar as circunstâncias envolvidas no local de atendimento, bem como a gravidade dos quadros clínicos apresentados pelos pacientes.

A ética no atendimento é um princípio que deve estar sempre presente nas ações do profissional de saúde. É a ética que garante a preservação dos direitos de ambos os lados do processo de atendimento, ou seja, entre o profissional de saúde e o paciente atendido, mantendo uma relação de respeito mútuo. Esse princípio exige que o paciente seja motivado a participar ativamente da tomada de decisão sobre seu próprio atendimento, “e o profissional tem compromisso para com ele (levando em conta os princípios de autonomia, justiça e não maleficência” (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 65).

Estes conceitos explicados por Werneck, Faria e Campos (2009) são considerados em cada proposta de intervenção formulada neste estudo de caso, a fim de que possam oferecer alternativas eficientes e coerentes para solução dos desafios verificados nas Clínicas de Urgência da FO-UFJF, mas devem também fazer parte da rotina de profissionais e alunos para a efetividade de procedimentos porventura implementados.

É importante reafirmar que a classificação de risco não pretende classificar níveis de dor, mas, sim, classificar quadros urgentes conforme protocolo proposto, casos prioritários conforme lei específica, os quais terão prioridade de atendimento, e quadros não urgentes, que poderão ser atendidos após as urgências.

A implementação é uma medida que deve ser avaliada pela administração das Clínicas de Urgência juntamente com outros gestores da UFJF, de forma conjunta com discentes e demais profissionais envolvidos a fim de que ações complementares e inovações necessárias também sejam identificadas e desenvolvidas para o correto funcionamento de algum protocolo que venha a ser experimentado.

Os resultados do avanço nos serviços oferecidos pela FO-UFJF podem permitir o aporte de recursos financeiros provenientes do GraduaCEO, caso a UFJF seja contemplada pelo programa, o que poderá ser revertido para a ampliação do acesso aos serviços de urgência e programas de prevenção, por exemplo.

3.1 PROPOSTA DE MEDIDAS COMPLEMENTARES PARA IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Diante desses resultados, como Plano de Ação Educacional, foram propostas medidas que incluem a adoção de um Protocolo de Classificação de Risco, que pode contribuir para um atendimento mais adequado e pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, observando critérios que considerem a gravidade de cada quadro, contemplando ainda os casos de atendimento prioritário previstos em lei, além de medidas complementares que envolvem: (i) reuniões periódicas para alinhamento de procedimentos; (ii) criação de prontuário eletrônico; (iii) projetos de prevenção em saúde bucal; (iv) campanhas de divulgação e sensibilização sobre o funcionamento das Clínicas de Urgência junto aos envolvidos no processo de atendimento, sejam pacientes, sejam profissionais e alunos.

A seguir, as medidas complementares são descritas e correlacionadas a fim de subsidiar o Protocolo de Classificação de Risco, elaborado com base nos resultados desse estudo e em pesquisas consultadas e já descritas nas seções anteriores.

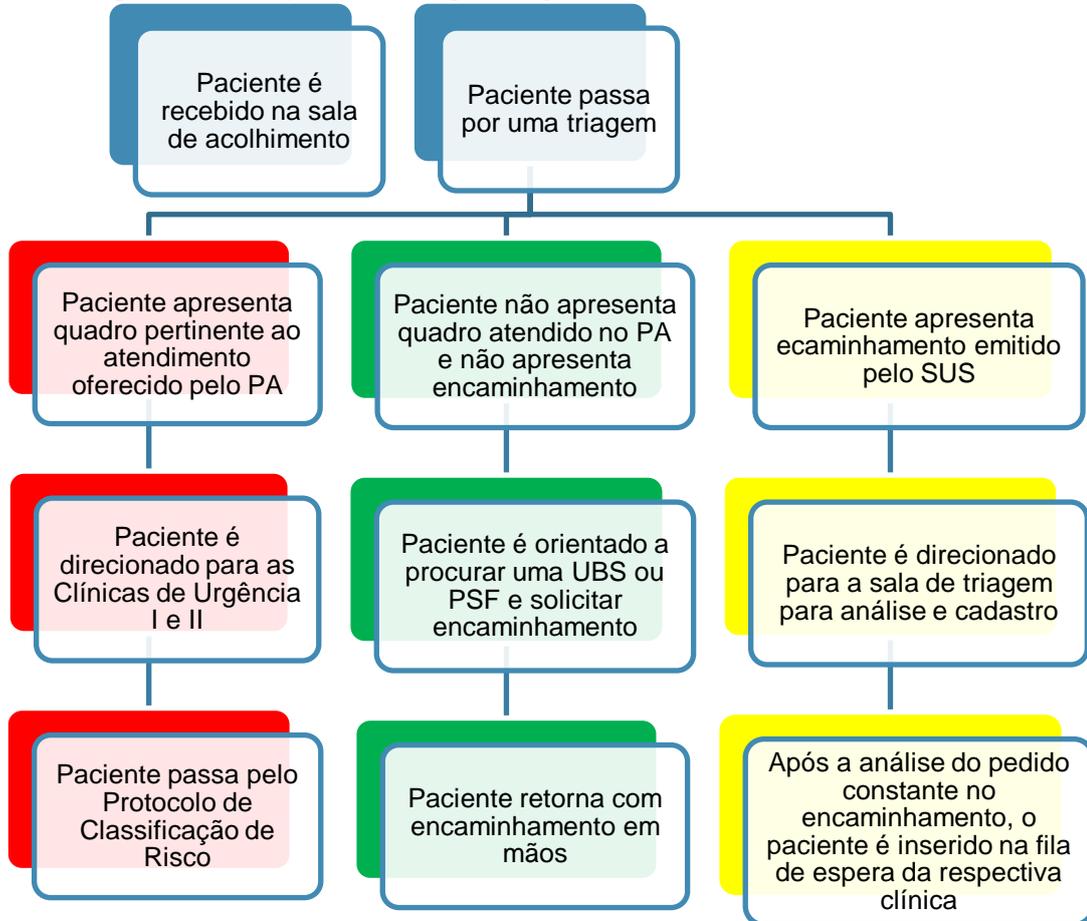
3.1.1 Reuniões periódicas para alinhamento de procedimentos

Conforme os dados levantados e relatos de entrevistados, há dificuldades envolvendo a organização do atendimento, como, por exemplo, o direcionamento realizado pelos técnicos do setor de acolhimento de pacientes para as Clínicas de Urgência em que alguns casos não urgentes também são encaminhados para o PA. Além disso, nos prontuários analisados, foram encontrados diversos campos não preenchidos, gerando obscuridade de informações. Outro fator determinante para o serviço de urgência oferecido pela FO-UFJF é que os casos não urgentes atendidos demandam tempo e recursos, como exames radiográficos e materiais esterilizados, ocasionando o não atendimento de outros pacientes que poderiam apresentar quadros urgentes, gerando retornos e permanência dos mesmos pacientes nas filas de espera, além dos prejuízos à saúde bucal dos pacientes. Ou seja, há desafios que envolvem referenciamento e resolutividade além de outros dentro do processo de atendimento aos pacientes.

Com isso, percebe-se a necessidade de se orientar a todos os envolvidos no atendimento aos pacientes para que todos conheçam os procedimentos adotados.

Com base nas informações já apresentadas, propõem-se a organização do processo de atendimento conforme descrito no fluxograma a seguir.

Figura 3 - Proposta de organização do atendimento na FO-UFJF.



Fonte: Elaborado pela autora.

A sala de acolhimento é onde ocorre o primeiro contato do paciente com a FO-UFJF. Neste local, atualmente, os pacientes são recebidos por técnicos administrativos e não há participação de alunos estagiários ou odontólogos. Nesse primeiro momento, os pacientes relatam suas demandas aos técnicos e são direcionados ou para as Clínicas de Urgência ou para uma sala de triagem, que na verdade realiza apenas a verificação do encaminhamento apresentado pelo paciente, direcionando-o para a clínica especializada conforme constar no encaminhamento emitido pela unidade do SUS ou pelo PA.

Entretanto, caso o paciente ainda não tenha apresentado um encaminhamento emitido pelo SUS, este paciente, mesmo com o encaminhamento do PA, precisa procurar uma UBS ou PSF para emitir o documento que deverá ser apresentado à equipe de triagem da FO-UFJF. De outra forma, o paciente que chega ao setor de

acolhimento apresentando queixa urgente pode ser direcionado para as Clínicas de Urgência, porém, como atualmente não há um protocolo padrão com critérios claros para o encaminhamento de pacientes para a Clínica de Urgência, alguns pacientes são encaminhados para o PA mesmo sem apresentar um quadro urgente, mas para realização de procedimentos como profilaxia, orientações, prescrições, encaminhamentos, entre outros, conforme identificados na Tabela 2.

Foi identificado, conforme já descrito anteriormente, que 28,5% das queixas relatadas pelos pacientes não representam quadros de urgência. Com o correto encaminhamento dos pacientes a partir do setor de acolhimento, o número de quadros não urgentes que chegam às Clínicas de Urgência seria reduzido.

Com a proposta ilustrada pela Figura 3, os técnicos administrativos que atuam no setor de acolhimento seriam orientados sobre o funcionamento das Clínicas de Urgência, passando a reconhecer a importância de se direcionar os pacientes para a Clínica mais adequada. Assim, apenas os casos pertinentes serão encaminhados para as Clínicas de Urgência, o que contribuirá para a redução das filas de espera bem como para a redução do número de pacientes que chegam ao PA e ficam sem atendimento. Para que essa proposta seja implementada, seria necessária a realização de reuniões periódicas entre os profissionais que atuam nas diferentes clínicas e setores da FO-UFJF a fim de alinhar procedimentos e trocar informações que podem contribuir para o aprimoramento dos processos. Essas reuniões podem ser organizadas pelos gestores da FO-UFJF, juntamente com professores e preceptores, os quais poderão sensibilizar os envolvidos no processo de atendimento aos pacientes sobre as dificuldades identificadas no atendimento e as medidas necessárias para otimização dos processos, desde o primeiro contato do paciente com a FO-UFJF até a finalização de seu tratamento.

Com isso, propõe-se que, em cada início de período, seja realizada uma reunião para alinhamento de procedimentos, envolvendo gestores, professores, preceptores e técnicos administrativos que atuam no processo de atendimento aos pacientes, com o objetivo de sensibilizar e planejar ações que poderão contribuir para redução das filas de espera e direcionamento correto de cada paciente para a clínica adequada a cada caso. Nestas reuniões, os envolvidos poderão apresentar informações sobre as necessidades de cada atividade e sugestões de soluções bem como ser informados sobre medidas adotadas pelos gestores.

3.1.2 Campanha permanente de divulgação do funcionamento da FO-UFJF e sensibilização dos pacientes

Neste estudo, foi identificado que 24,3% dos pacientes que entram na fila de espera nas Clínicas de Urgência ficam sem atendimento, contudo, com a classificação de risco, juntamente com a sensibilização dos pacientes sobre o funcionamento de uma clínica destinada ao atendimento de urgência, a procura por atendimento por pacientes com quadros não urgentes iria reduzir, direcionando de forma eficiente os recursos das clínicas. Assim, os casos de pacientes que ficam sem atendimento também seriam minorados. Desse modo, a chance de um paciente com quadro urgente ficar sem atendimento também seria diminuída.

A partir dos dados inseridos pelos estagiários nos prontuários dos pacientes, identificou-se que 30,5% dos pacientes recebem apenas procedimentos que não são de urgência. Com a classificação de risco associada à sensibilização sobre o funcionamento do PA, a demanda de casos não urgentes seria reduzida, concentrando tempo e recursos das Clínicas de Urgência para o atendimento prioritários dos casos realmente urgentes.

Os dados constantes nos prontuários analisados indicam que 17% dos pacientes são idosos, sendo que 1% dos pacientes tem mais de 80 anos. Não houve informações sobre os demais grupos prioritários, ou seja, há um número desconhecido de pacientes que não receberam a prioridade devida.

Os relatos de entrevistados e os dados dos prontuários indicam que os pacientes desconhecem o funcionamento das clínicas da FO-UFJF, bem como há procedimentos sendo realizados de forma diferente dos padrões já adotados pelas clínicas. Isso aponta para a necessidade de se implementar uma campanha de sensibilização sobre o funcionamento das Clínicas de Urgência para que os pacientes conheçam seus direitos, bem como reconheçam a importância de se respeitar a necessidade do outro, ou seja, seguir as normas de funcionamento de cada clínica para que todos os pacientes tenham seus direitos assegurados.

Com a classificação de risco, os pacientes com direito a atendimento prioritário teriam seu direito garantido. Enquadram-se nesse caso, “as pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo [...]” e pessoas com mais de 80 anos que têm prioridade sobre os demais idosos, conforme prevê o artigo

1º da Lei nº 10.048/00.

Conforme relatado pelos entrevistados, “[...] dentro do raciocínio do paciente, eles pensam, ‘eu cheguei antes daquele outro paciente’. Os pacientes pensam: ‘cheguei mais cedo e tenho mais direito’”. (T2) e “[...] eles [os pacientes] são muito rigorosos na ordem de entrada, sai até briga”. (C1). Campanhas de sensibilização sobre o funcionamento das clínicas da FO-UFJF podem possibilitar aos pacientes a compreensão de que a priorização de casos urgentes e o atendimento prioritário são direitos e garantias dos próprios pacientes, o que traz benefícios a todos.

As campanhas de divulgação do funcionamento das clínicas e de sensibilização dos pacientes sobre a necessidade de se organizar o atendimento conforme a prioridade de cada paciente consiste na elaboração de panfletos que podem ser distribuídos aos pacientes, elaboração de cartazes a serem afixados na FO-UFJF bem como nas UBS e PSF, orientações apresentadas aos pacientes pelos técnicos administrativos que atuam no setor de acolhimento, e pelos preceptores e estagiários que atuam nas Clínicas de Urgência, além de informações disponibilizadas nas plataformas on-line, sites e outras mídias da UFJF. Essa campanha deve ser uma atividade permanente para que os pacientes conheçam o funcionamento das clínicas, antes da implementação do Protocolo de Classificação de Risco.

A UFJF possui um setor que atua na gestão da imagem institucional, desenvolvendo campanhas publicitárias e projetos voltados para a otimização da comunicação interna e externa da Universidade, ou seja, este setor pode inserir em seu cronograma a realização da campanha publicitária com a elaboração e impressão de panfletos e cartazes com a finalidade de informar sobre o funcionamento das clínicas da FO-UFJF.

Conforme ementa deste setor, a Diretoria de Imagem Institucional, atua na comunicação institucional da UFJF e desenvolve a política de comunicação de forma integrada com ampla participação dos vários setores da UFJF, com base nos “princípios da comunicação pública, tais como a transparência, o diálogo e o interesse público” (UFJF, 2019).

Com essa finalidade, a Diretoria de Imagem Institucional da UFJF, conforme ementa disponível na página on-line da UFJF, é o setor responsável pela “Assessoria de Imprensa, Criação e Produção Audiovisual, Eventos, Cerimonial e Atendimento”. A principal atividade deste setor é “informar com seriedade e transparência a comunidade em geral e, especialmente, a acadêmica, divulgando as atividades

desenvolvidas pela UFJF no âmbito da pesquisa, ensino e extensão” (UFJF, 2019).

Nesse sentido, ao absorver a campanha publicitária sugerida nesta medida, a Diretoria de Imagem Institucional poderia inserir em seu planejamento anual os recursos necessários para esta campanha.

3.1.3 Projetos de prevenção em saúde bucal

Conforme preconizado pelo SUS, a prevenção em saúde bucal deve ser contemplada no princípio da integralidade, e assim deve ser entendido este princípio:

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação [...] (BRASIL, 2018a).

Nesse sentido, a elaboração e implantação de um programa de prevenção voltado para saúde bucal iria contribuir para a redução dos casos de urgência que chegam às clínicas da FO-UFJF, bem como seria um fator importante para a resolutividade dos tratamentos realizados.

Nesse contexto, há várias iniciativas da FO-UFJF para a prevenção e promoção da saúde bucal, como o projeto “Dente da Gente: Educação em saúde”, “AS Bucal”, voltados para a educação sobre higiene bucal na UFJF e outras instituições de Juiz de Fora e região. Além desse projeto, há outros desenvolvidos dentro das clínicas da FO-UFJF, os quais trabalham junto aos pacientes que se encontram nas filas de espera para atendimento, onde recebem diversas orientações sobre cuidados odontológicos.

Além disso, pode-se estimular a realização de projetos de iniciação científica sobre prevenção em saúde bucal voltados para pacientes que já se encontram aguardando atendimento bem como para aqueles que são liberados após a finalização dos atendimentos, para que obtenham melhor resolutividade dos tratamentos realizados nas clínicas da FO-UFJF.

Há diversos estudos já finalizados e em fase de elaboração tanto na Graduação quanto no Programa de Pós-graduação do curso de Odontologia da UFJF, além de outros projetos na área de educação como os realizados pelo PPGP-UFJF, dentre os de outras IES, os quais podem ser implementados ou adaptados para as clínicas da FO-UFJF a fim de se obter melhores resultados quanto à resolutividade dos

tratamentos e à prevenção em saúde bucal.

3.1.4 Prontuário eletrônico

Por meio dos dados obtidos neste estudo, observou-se que, no período em análise, 223 (37,16%) pacientes que foram atendidos nas Clínicas de Urgência no período analisado receberam encaminhamento para dar continuidade ao tratamento em outra clínica, sendo que, desse total, 99 pacientes receberam o encaminhamento sem ter passado por nenhum procedimento na Clínica de Urgência. 5,16% dos prontuários não foram devidamente preenchidos, pois o campo “queixa do paciente” ficou em branco, além de outros campos com informações incompletas e não padronizadas. 17% dos pacientes são idosos e há um número desconhecido de pacientes que têm direito a atendimento prioritário, cujos dados não constam nos prontuários. Outro problema identificado foi em relação ao encaminhamento dificultado pelo prontuário em papel, o que poderia ser evitado pelo uso de meio eletrônico.

Diante dos desafios apontados, propomos a elaboração e adoção de um sistema informatizado para registro dos prontuários preenchidos durante a classificação e o atendimento de cada paciente, associado à referência e contrarreferência, constando o encaminhamento de cada paciente proveniente de UBS, bem como o encaminhamento interno do paciente entre as clínicas da FO-UFJF, culminando na contrarreferência com dados completos do tratamento recebido pelo paciente desde o acolhimento até a alta.

Com a adoção do prontuário eletrônico, os dados serão registrados de forma padronizada, permitindo a obtenção rápida e eficiente de dados e estatísticas para futuras pesquisas e embasamento de avaliações dos resultados e tomadas de decisões sobre a gestão da demanda de atendimento. A partir da implementação desse procedimento, haverá informações suficientes para a verificação da resolutividade dos atendimentos prestados e para formulação de estratégias coerentes com a real situação das Clínicas de Urgência.

O protocolo de classificação de risco não se resume à avaliação dos quadros clínicos. É necessário ainda adotar procedimentos que permitam ao profissional de saúde ou aluno estagiário avaliar o quadro do paciente e verificar qual classificação é a mais coerente com as informações levantadas durante a anamnese. Para isso, deve ser elaborado um prontuário eletrônico padronizado que permita a adequada

classificação do paciente de acordo com os níveis de urgência estabelecidos em protocolo.

Para elaboração do prontuário eletrônico será necessário aprimorar o prontuário em vigor com acréscimo dos critérios de classificação de risco constantes do protocolo proposto neste estudo com campos a serem lidos e marcados com um simples click e espaços para acréscimos de outras informações de forma padronizada, a ser digitado em sistema informatizado, computador, ou outro recurso eletrônico disponível, gerando um arquivo digitalizado que pode ser acessado por meio de intranet entre as diferentes clínicas da UFJF e ainda ser impresso para referência e contrarreferência de algum paciente para outras instituições, resultando em padronização, clareza, facilidade de acesso e produção automática de dados e estatísticas, além de reduzir o uso de papéis.

Para elaboração do prontuário eletrônico, a FO-UFJF pode recorrer ao Centro de Gestão do Conhecimento Organizacional (CGCO) que é o setor da UFJF responsável por administrar “os recursos de Tecnologia da Informação em prol da racionalização e agilização dos processos organizacionais” (UFJF, 2019). O CGCO possui profissionais e recursos para elaboração de programas e plataformas digitais, bem como sistema de intranet para que o prontuário possa ser preenchido e acessado por todas as clínicas da FO-UFJF, a fim de agilizar os processos de referenciamento, bem como reduzir a utilização de papéis, gerar dados mais confiáveis e padronizados. Dessa forma, os recursos financeiros necessários para produção e implementação desta proposta poderão ser inseridos no planejamento daquele setor.

3.2 PROPOSTA DE PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA

A Política Nacional da Humanização (PNH) formulada pelo Ministério da Saúde prevê a implementação da classificação de risco durante a avaliação realizada no acolhimento dos pacientes, como instrumento que permite o atendimento igualitário nos serviços de urgência. Desse modo, a implementação de escalas/protocolos para classificação de riscos em níveis indicados por cores tem sido cada vez mais experimentada. No entanto, é necessário que seja respeitada a realidade de cada contexto. Dessa forma, a classificação de risco tem se apresentado como o instrumento mais adequado para a gestão dos processos de atendimento e de

demandas espontâneas e programáticas (ESPÍRITO SANTO, 2014).

A proposta de classificação de risco apresentada neste Plano de Ação baseia-se nos resultados obtidos neste estudo, como os desafios identificados e as necessidades encontradas no processo de atendimento aos pacientes que buscam o serviço de urgência da FO-UFJF, bem como se apoia em diferentes estudos consultados (ESPÍRITO SANTO, 2014; OSANAM, 2012; BALTIERI, 2015; BRASIL, 2000, 2009).

Na proposta de classificação de risco, foram organizados diferentes níveis de classificação indicados por cores. Foram estabelecidos quatro níveis, a exemplo de diferentes protocolos internacionais já existentes.

Os níveis vermelho e amarelo são casos de urgência odontológica e devem ser classificados de forma que os mais graves sejam atendidos primeiro a fim de se preservar a equidade entre os pacientes, conforme princípio preconizado pelo SUS. Na cor amarela, encontram-se os pacientes de grupos prioritários, pois devem ser atendidos antes dos casos não urgentes. A cor verde representa quadros odontológicos não urgentes que podem ser atendidos após os casos urgentes.

A classificação indicada pela cor azul representa casos que, ao serem identificados durante a avaliação, devem ser encaminhados para as clínicas apropriadas de acordo com cada quadro, haja vista que não se trata de urgência, mas, sim, de casos que demandam tratamentos que podem ser agendados. No entanto, havendo disponibilidade de tempo e de instrumentos esterilizados, estes pacientes também podem ser atendidos após os casos urgentes.

O quadro a seguir apresenta os níveis de classificação de risco para atendimento de urgência odontológica, do mais grave para o menos grave, divididos nas cores vermelho, amarelo, verde e azul e os respectivos quadros clínicos.

A proposta de Classificação de Risco apresentada no Quadro 3 foi elaborada a partir dos estudos consultados, diretrizes do SUS, Lei 10.048/00, que trata do atendimento prioritário, bem como dos diversos casos encontrados nos prontuários analisados, os quais foram inseridos neste quadro de acordo com as classificações de casos urgentes e não urgentes conforme os critérios encontrados nos estudos e diretrizes citados. Foram considerados ainda os dados levantados a partir dos documentos coletados nas clínicas analisadas, como prontuários, fichas de pacientes e listas de espera.

Quadro 3 - Proposta de Classificação de Risco em urgência odontológica.

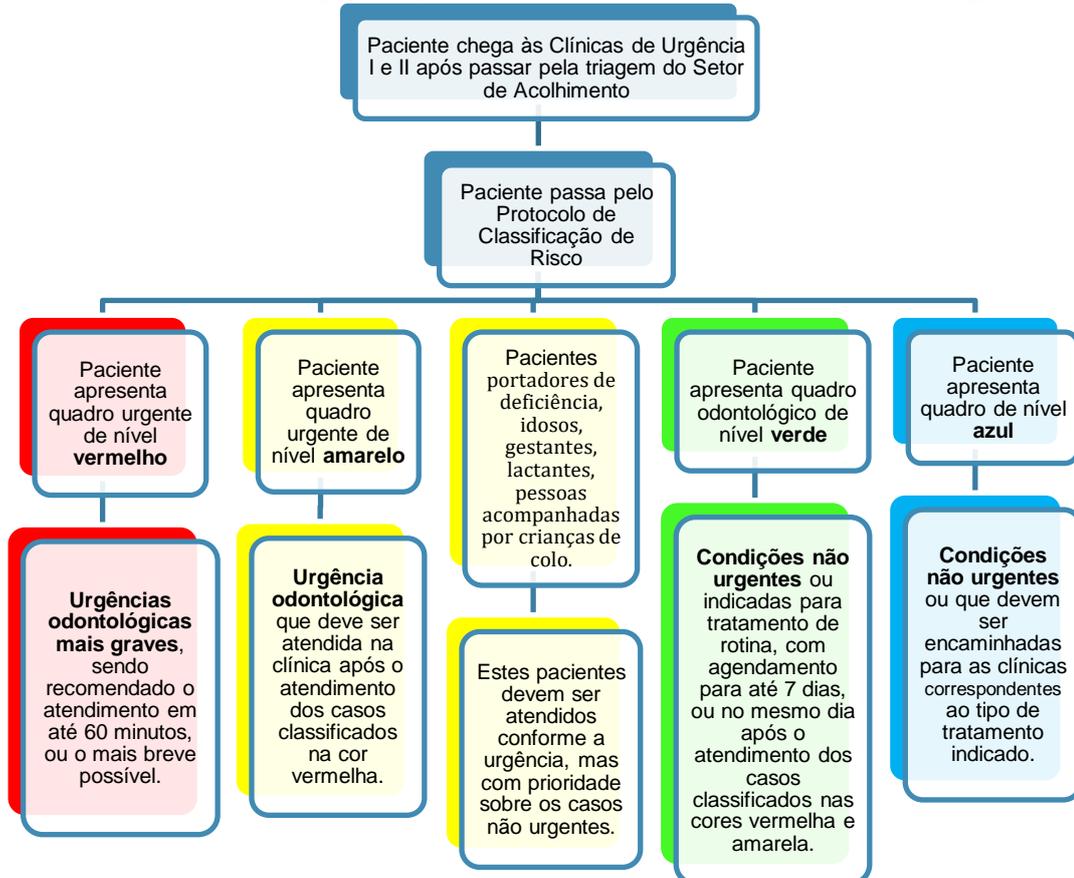
CLASSIFICAÇÃO	QUADROS CLÍNICOS PRINCIPAIS
<p>VERMELHO: Incluem urgências odontológicas mais graves, sendo recomendado o atendimento em até 60 minutos, ou o mais breve possível.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias menores (controláveis em consultório). - Traumatismos (fraturas com exposição pulpar, luxação, avulsão ocorridos em tempo inferior a duas horas, lacerações da cavidade bucal). - Dor espontânea que não responde à medicação. - Tumorção relacionada a infecções de tecido mole (abscessos). - Infecção dentária que resultara em enfartamento ganglionar ou temperatura elevada. - Pericoronarites. - Alveolites. - Pulpites agudas.
<p>AMARELO: representam as condições odontológicas que deverão ser atendidas no mesmo dia na clínica após o atendimento dos casos classificados na cor vermelha.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Infecções dentárias e de tecidos moles, sem sintoma sistêmico. - Fraturas dentárias ou dentes sem exposição pulpar. - Fraturas dentárias com perda estética importante, ocasionando limitações sociais. - Trismos - Remoção de sutura quando não comprometer o atendimento. - Problemas relacionados a restaurações anteriores que prejudiquem a estética. - Dores causadas por cáries. - Sensibilidade dentinária por fratura. - Restabelecimento da função mastigatória. - Confecção e cimentação de provisórios.
<p>AMARELO: Os pacientes de grupos prioritários devem ser classificados conforme a urgência e devem ser atendidos com prioridade sobre os casos não urgentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pessoas portadoras de deficiência. - Idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. (Conforme o Artigo 15, § 7º do Estatuto do Idoso: "em todo atendimento de saúde, os maiores de oitenta anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência"). - Gestantes. - Lactantes. - Pessoas acompanhadas por crianças de colo. (Conforme o artigo 1º da Lei nº 10.048/00)
<p>VERDE: Condições não urgentes ou indicadas para tratamento de rotina, com agendamento para até 7 dias, ou no mesmo dia após o atendimento dos casos classificados nas cores vermelha e amarela.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dor leve ou moderada que é aliviada com analgésicos. - Trauma dental menor. - Recimentação de próteses e restaurações indiretas posteriores. - Sangramentos gengivais. - Sensibilidade dentinária (dor com frio ou ar). - Fratura / queda de restauração posterior. - Resinas posteriores sem prejuízo estético. - Radiografias. - Restaurações temporárias. - Dores leves ou moderadas relacionadas à DTM.
<p>AZUL: Condições não urgentes ou que devem ser encaminhadas para as clínicas correspondentes ao tipo de tratamento indicado. Havendo disponibilidade, podem ser atendidas no mesmo dia após o atendimento dos casos classificados nas cores vermelha e amarela.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exodontia de dentes decíduos em crianças. - Exodontia de dentes permanentes. - Extração de resto radicular. - Extração de siso. - Tratamento de DTM e confecção de placa miorelaxante. - Avaliações em geral. - Confecção de Prótese. - Ortodontia.

Fonte: Adaptado a partir de Espírito Santo (2014), Osanam (2012), Baltieri (2015), Brasil (2000, 2009) e UFJF (2018).

A proposta de protocolo de classificação de risco é uma alternativa que pode ser avaliada como possível Plano de Ação para enfrentamento dos desafios observados durante este estudo de caso, de forma associada às medidas complementares já descritas, para que o processo de atendimento seja eficiente e atenda aos princípios do SUS, contribuindo para que, futuramente, a FO-UFJF possa ser contemplada pelo programa GraduaCEO, que oferece um aporte de recursos financeiros suficientes para manutenção das medidas propostas neste Plano de Ação, além de poder oferecer um atendimento mais adequado aos pacientes e um aprendizado mais completo para os estagiários.

A Figura 4, a seguir, ilustra a proposta de organização do atendimento aos pacientes que passarem pelo setor de acolhimento e, após a triagem, chegarem ao PA, onde o atendimento será organizado conforme a classificação de cada paciente em função da prioridade identificada em cada quadro clínico.

Figura 4 - Proposta de organização do atendimento nas Clínicas de Urgência I e II.



Fonte: Adaptado a partir de Espírito Santo (2014), Osanam (2012), Baltieri (2015), Brasil (2000, 2009) e UFJF (2018).

Durante o acolhimento realizado pelos estagiários e preceptores na sala de espera, onde os pacientes estarão aguardando o atendimento, a classificação deverá observar os seguintes critérios: (i) o primeiro paciente a ser atendido seria o que apresentar o quadro mais grave, conforme protocolo de classificação já apresentado, ou seja, os casos descritos nos níveis vermelho e amarelo; (ii) havendo dois ou mais casos semelhantes, o próximo a ser atendido seria o que apresenta o quadro urgente associado à condição que lhe confere o direito a atendimento prioritário, ou seja, idosos, portadores de deficiência, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo; (iii) permanecendo coincidência de pacientes com quadros de mesma gravidade e direito a atendimento prioritário, seria aplicável a ordem de chegada, sendo atendido primeiro o paciente com quadro urgente, direito a atendimento prioritário e que chegou primeiro, tendo em vista a igualdade presente neste caso. Dessa forma, pretende-se garantir os direitos constitucionais de cada indivíduo, bem como aplicar os princípios preconizados pelo SUS, principalmente no que se refere à equidade, universalidade e integralidade.

Conforme descrito anteriormente, a triagem dos pacientes no Setor de Acolhimento teria a função apenas de destinar pacientes em situação de urgência para as Clínicas de Urgência e destinar pacientes com outras demandas para outras clínicas, reduzindo o número de pacientes que serão atendidos nas Clínicas de Urgência, buscando, assim, o atendimento a todos os casos urgentes, a fim de evitar que algum paciente com dor, ou outro quadro urgente fique sem atendimento, o que pode ter ocorrido dentre os 24,3% de pacientes que deixaram de ser atendidos no período em análise.

O acolhimento é importante aprendizado para os profissionais da saúde, e a triagem dos pacientes conforme Protocolo de Classificação de Risco é oportunidade de aprendizado prático desse conhecimento, além de trazer benefícios em todos os momentos das atividades desenvolvidas no PA.

Este protocolo de classificação dos pacientes pode ser inserido no prontuário eletrônico para auxiliar estagiários e preceptores na classificação dos pacientes a ser realizada durante a anamnese. Desse modo, as informações estarão disponíveis para definição de diagnósticos, decisão de procedimentos a serem realizados, bem como para encaminhamento para outras clínicas, facilitando e agilizando o acesso às informações dos pacientes em toda a FO-UFJF, conforme descrito na seção 3.1.4, que trata sobre Prontuário Eletrônico.

A seguir é apresentado um quadro com a ferramenta de gestão 5W2H com as principais informações sobre as medidas propostas neste Plano de Ação.

O sistema 5W2H é uma ferramenta amplamente utilizada para gestão de estratégias administrativas e controle da qualidade. Franklin (2006) explica que esta ferramenta pode ser descrita como um plano de ação, uma vez que resulta de um planejamento com objetivos e estratégias bem definidos, que oferece uma forma de acompanhamento e avaliação dos processos e resultados.

O nome da ferramenta 5W2H refere-se às iniciais das questões norteadoras de cada uma das etapas em inglês: *What* (O quê?), *Why* (Por quê?), *Where* (Onde?), *Who* (Quem?), *When* (Quando?), *How* (Como?), *How Much* (Quanto?) (FRANKLIN, 2006).

A seguir, o Quadro 4 traz o planejamento das medidas propostas neste Plano de Ação, conforme a ferramenta descrita.

Quadro 4 - Ferramenta 5w2h com as medidas propostas no Plano de Ação.

O quê?	Quem?	Onde?	Quando?	Por quê?	Como?	Quanto?
(i) Reuniões periódicas para alinhamento de procedimentos	Coordenadores das clínicas, professores, preceptores, técnicos administrativos, estagiários	Clínicas da FO-UFJF	Uma vez em cada início de período	Foi identificado que o Setor de Acolhimento encaminha pacientes com quadro não urgente para o PA, há campos não preenchidos nos prontuários, há pacientes que ficam sem atendimento, ou seja, há desafios que envolvem referenciamento e resolutividade entre outros dentro do processo de atendimento aos pacientes.	Convocação de todos os envolvidos no atendimento aos pacientes uma vez em cada início de período para informar sobre os procedimentos adotados bem como colher sugestões e alinhar os procedimentos a serem praticados durante o semestre.	Não envolve despesas extras
(ii) Campanhas de divulgação e sensibilização sobre o funcionamento das Clínicas de Urgência	Coordenadores das clínicas, Diretoria de Imagem Institucional da UFJF	Clínicas da FO-UFJF, setor de acolhimento, salas de espera, UBS, PSF, Página on-line da UFJF, ou seja, onde os pacientes transitam e podem visualizar os cartazes, acessar sites, e receber orientações.	Campanhas permanentes, ou seja, panfletos, cartazes afixados e atualizados permanentemente, orientações para sensibilização de cada paciente	Os relatos de entrevistados e os dados dos prontuários indicam que os pacientes desconhecem o funcionamento das clínicas da FO-UFJF, bem como há procedimentos sendo realizados de forma diferente dos padrões já adotados pelas clínicas.	Elaboração de cartazes, panfletos, etc., além de orientações e esclarecimentos destinados aos pacientes sobre o funcionamento da FO-UFJF e das Clínicas de Urgência	Custos absorvidos pela Diretoria de Imagem Institucional da UFJF
(iii) Projetos de prevenção em saúde bucal	Professores, preceptores, estagiários	Clínicas da FO-UFJF, setor de acolhimento, salas de espera, UBS, PSF, ou seja, onde os pacientes se encontram e podem receber orientações e procedimentos preventivos.	Projetos já em desenvolvimento que podem ser ampliados e fazer parte de cronogramas dos cursos da graduação e pós-graduação	Foram identificados diversos atendimentos no PA para realização de procedimentos preventivos que poderiam ser evitados com projetos de prevenção. Esses casos sobrecarregam o PA demandando tempo e recursos que deveriam ser priorizados para casos urgentes.	Projetos de iniciação científica, projetos de pesquisa, projetos sociais, voluntariado, entre outros, que podem oferecer orientações e procedimentos preventivos, como aplicação de flúor, profilaxia, etc., aos pacientes antes e depois de serem atendidos na FO-UFJF e em outras instituições de Juiz de Fora e região.	Não envolve despesas extras
(iv) Criação de prontuário eletrônico	Coordenadores, professores, preceptores, Centro de Gestão do Conhecimento Organizacional (CGCO) da UFJF	Clínicas da FO-UFJF	Prontuário a ser desenvolvido com base no Protocolo de Classificação de Risco antes da implementação do Protocolo.	Por meio das entrevistas e prontuários analisados, observou-se que há campos não preenchidos nos prontuários, bem como há informações inseridas de forma não padronizada, além de campos em branco e possível criação de mais de um prontuário por paciente. Outro problema identificado foi em relação ao referenciamento dificultado pelo	Aprimoramento do prontuário em vigor com acréscimo dos critérios de classificação de risco constantes do Protocolo proposto neste estudo com campos a serem lidos e marcados, e espaços para acréscimos de outras informações de forma padronizada, a ser preenchido em sistema informatizado, computador, ou outro recurso eletrônico disponível, gerando um arquivo digitalizado que pode ser	Custos absorvidos pelo Centro de Gestão do Conhecimento Organizacional (CGCO) da UFJF

				prontuário em meio físico, o que poderia ser evitado pelo uso de meio eletrônico.	acessado por meio de intranet entre as diferentes clínicas da UFJF e ainda ser impresso para referência e contrarreferência de algum paciente para outras instituições, gerando padronização, clareza, facilidade de acesso, e produção automática de dados e estatísticas, além de reduzir o uso de papéis.	
(v) Protocolo de Classificação de Risco	Coordenadores, professores, preceptores	Clínicas, setor de acolhimento, salas de espera, onde pode ser feita a triagem e classificação dos pacientes	Após as medidas complementares serem desenvolvidas, o Protocolo poderá ser implementado em fase de teste durante 1 semestre e depois de avaliação e ajustes, poderá ser implementado de forma definitiva.	Os dados analisados apontam que o critério de classificação pela ordem de chegada atualmente em vigor no PA não garante os princípios de integralidade, e equidade preconizados pelo SUS, bem como não enseja o direito ao atendimento prioritário garantido em lei a determinados grupos de pacientes. Estes problemas podem ser superados com a implementação do Protocolo de Classificação de Risco, conforme descrito neste estudo.	Após as medidas complementares serem implementadas e ajustadas conforme as necessidade e recursos disponibilizados pela UFJF, o Protocolo de Classificação de Risco proposto neste estudo poderá ser avaliado, ajustado e colocado em prática, primeiramente em uma fase de teste durante 1 semestre e, após reavaliação e ajustes, ser implementado de forma definitiva a fim de superar os desafios identificados e garantir os direitos e princípios já descritos neste estudo.	Não envolve despesas extras

Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 5, a seguir, ilustra a inter-relação entre as medidas sugeridas e os resultados esperados.

Figura 5 - Relação entre as medidas propostas e os resultados esperados.



Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme se observa nas medidas complementares ao Protocolo de Classificação de Risco descritas no Quadro 4 e na Figura 5, as medidas podem ser implementadas de forma independente ou em conjunto, sendo que cada uma tem o potencial para produzir melhores resultados no processo de atendimento. É importante destacar que, adotadas em conjunto, estas medidas trarão importantes benefícios para pacientes e profissionais envolvidos, e, principalmente, produzirão as condições necessárias para a implementação da principal proposta aqui apresentada, que é o Protocolo de Classificação de Risco, haja vista que envolve tanto direitos garantidos em Lei, quanto pessoas em situação de vulnerabilidade em virtude de problemas urgentes de saúde bucal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foram levantadas importantes questões relacionadas à gestão do processo de atendimento nas Clínicas de Urgência da FO-UFJF. Para análise das informações levantadas, adotamos uma metodologia quanti-qualitativa, com cruzamento de dados obtidos por meio de documentos coletados nas clínicas, os quais ofereceram dados numéricos relevantes, e importantes perspectivas que foram suscitadas durante entrevistas semiestruturadas realizadas com a Coordenação das Clínicas de Urgência, com preceptores e com alunos estagiários.

Houve grande contraste de perspectivas que demandaram uma análise detida, buscando compreender as relações entre os diferentes pontos de vista das pessoas envolvidas e os números que emergiram da análise documental, o que permite vislumbrar a complexidade do tema estudado. Assim, frise-se que este estudo se limitou a debater os temas em questão, não encerrando discussões ou definindo paradigmas, mas, sim, buscando somar para a construção de conhecimento acadêmico que possa ser acessado por outros estudiosos e gestores da área de saúde, como também de ensino.

Como resultado, foi possível identificar princípios e direitos que devem ser observados durante o atendimento nas Clínicas de Urgência em análise. Princípios estes estabelecidos pelo SUS e direitos referentes a grupos que possuem a prioridade de atendimento estabelecida em lei. Estes princípios e direitos por si só demandam uma triagem para que estes grupos de pacientes sejam identificados logo na chegada à Clínica de Urgência, e durante o acolhimento, sendo inseridos em uma classificação que atenda a esses critérios em vez da ordem de chegada. O direito a atendimento prioritário subjaz qualquer outra forma de classificação, exceto, justamente, no caso de emergência/urgência, situação em que a classificação de risco pela gravidade de cada quadro é a mais adequada.

Além dos grupos prioritários que demandam uma classificação que lhes assegure esse direito, há os casos de quadros clínicos com sintomatologia dolorosa, dentre tantos outros, que também demandam a classificação com prioridade de atendimento sobre aqueles que buscam outros procedimentos não urgentes, como profilaxia, orientações sobre higienização, prescrições, etc., os quais não demandam atendimento de urgência e podem ser atendidos em outra data ou após todos os casos urgentes e prioritários terem sido atendidos.

Os resultados já demonstrados em tabelas, gráficos e quadros apontam para a necessidade de se adotar um procedimento que garanta a prioridade de atendimento nestes dois casos: (i) presença de “[...] pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo [...]” conforme artigo 1º da Lei nº 10.048/00; e (ii) quadros urgentes conforme critérios definidos em protocolo.

Por meio da pesquisa em literatura, foram evidenciados diversos avanços nas diretrizes e recomendações sobre o atendimento de urgência, com o surgimento de diferentes protocolos de classificação de risco, dentre os quais, foram extraídos classificações e procedimentos adotados para a elaboração do protocolo proposto em nosso plano de ação.

A elaboração e a implantação de qualquer mudança em processos ora adotados em qualquer área de atuação representam grande complexidade, envolvendo estudo, planejamento, adequações e decisões estratégicas que exigem experimentação e ajustes, o que gera, ao mesmo tempo, expectativas e receios. Porém, nosso objetivo é apenas contribuir para o grande esforço já existente em estudos e trabalhos realizados a fim de aprimorar o atendimento a pessoas que trazem demandas em sua saúde, de forma a tornar esse processo cada vez mais universal, integral e igualitário, e, com isso, os estudos na área de saúde e ensino podem oferecer embasamento para a definição de ações e medidas em processos semelhantes.

O presente estudo possibilitou a ampliação dos conhecimentos dessa pesquisadora sobre sua própria área de atuação, permitindo conhecer de forma mais profunda os processos envolvidos no atendimento ao paciente, bem como os diversos atores envolvidos nesses processos, além dos diferentes espaços em que os pacientes devem transitar para acessar os serviços de saúde bucal oferecidos pela FO-UFJF. Nesse contexto, ficou explícito o grande valor da UFJF e sua função social exercida em Juiz de Fora e toda região, além da contribuição para a construção de conhecimentos que oportunizam o avanço nos serviços de saúde.

Para além dos resultados e análises deste estudo, emergem importantes questões que merecem aprofundamento e análise mais detida, que podem ser abordados em pesquisas tanto no âmbito da Graduação e Pós-graduação em Odontologia, quanto no âmbito dos cursos na área de Educação, como os cursos oferecidos pelo PPGP.

REFERÊNCIAS

- ABBUD, R.; FERREIRA, L. A.; CAMPOS, A. G.; ZANIN, K. E. G.. Atendimento clínico de emergência: um estudo dos serviços oferecidos em dez anos. **Rer. Assoc. Paul. Cir. Dent.** 56(4):271-5. 2002.
- ALMEIDA, L. C.. **A Gestão da demanda por atendimento odontológico nas clínicas de ensino em Odontologia:** o caso da Faculdade de Odontologia da UFJF. (Dissertação) Mestrado Profissional em Gestão e Avaliação da Educação Pública, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora: UFJF, 2017.
- ANDRÉ, Marli. O que é um estudo de caso qualitativo em educação? **Revista da FAEBA - Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 22, n. 40, p. 95-103, jul./dez. 2013.
- BALTIERI, K.. **Protocolos de atendimento em urgências e emergências odontológicas do plantão universitário.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em odontologia) Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina. UEL: Londrina, 2015. 61 p.
- BARBOSA, G. S.. **Classificação de risco como instrumento de organização do processo de trabalho e viabilização da equidade no acesso aos serviços odontológicos.** (Trabalho de Conclusão de Curso). Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 39 f. Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete: UFMG, 2010.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF, Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 9.394, De 20 de Dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 23 Out. 2018.
- BRASIL. **Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.** Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Brasília, DF, Senado Federal, 8 nov. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10048.htm>. Acesso em: 06 set. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, Senado Federal, 1º out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 06 set. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008.** Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nos 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória n. 2.164-41, de 24 de

agosto de 2001; e dá outras providências. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm>. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Relatório de Avaliação: odontologia**. CAPES, 2017. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/relatorios-finais-quadrienal-2017/20122017-ODONTOLOGIA-quadrienal.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento**. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF: BVS - Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 3ª edição. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2011. 28 p. ISBN 978-85-334-1834-9. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.646, de 05 de agosto de 2014**. Institui o componente GraduaCEO - BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios dos SUS**. Conselho Nacional de Saúde, Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 25 set. 2018a.

BRASIL. Universidade Federal de Juiz de Fora. **Odontologia**. Juiz de Fora: UFJF, 2018b.

BRASIL. Universidade Federal de Juiz de Fora. **Plano Semestral de Atividades do Estágio de Urgência Odontológica**. 2º semestre letivo de 2018. Juiz de Fora: UFJF - Faculdade de Odontologia, 2018c.

BRASIL. Universidade Federal de Juiz de Fora. **Portaria 1.105, de 28 de setembro**

de 1998. Estatuto da UFJF. Juiz de Fora: UFJF, 1998. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/ufjf/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/estatuto.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2018.

BRASIL. Universidade Federal de Juiz de Fora. **Regimento da Comissão Orientadora de Estágios.** Juiz de Fora: UFJF - Faculdade de Odontologia, Comissão Orientadora de Estágios, 2018d.

BRASIL. Universidade Federal de Juiz de Fora. **Regulamento Geral dos Estágios do Curso de Odontologia da UFJF.** Juiz de Fora: UFJF - Faculdade de Odontologia, Comissão Orientadora de Estágios, 2018e.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Profissão:** Cirurgião-Dentista. 02 mai. 2016. Disponível em: <<http://cfo.org.br/todas-as-noticias/17829/>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. Pesqui.** [on-line]. n.115, 2002. pp.139-154. ISSN 0100-1574. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742002000100005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2018.

EMERGÊNCIA. In: Dicionário Aulete Digital. 23 out. 2018. Disponível em: <<http://www.aulete.com.br/emerg%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 23 out. 2018.

ESPÍRITO SANTO, L. A.. **Organização dos atendimentos das urgências a partir do uso da classificação de risco em saúde bucal:** uma proposta de intervenção para a realidade de Jeceaba, MG. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG: Conselheiro Lafaiete, 2014.

FACULDADE SUPREMA. **Odontologia.** Disponível em: <<http://www.suprema.edu.br/>>. Acesso em: 25 set. 2018.

FEUERWERKER, L.. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, v. 3, n. 1, pp. 24-27, 2003.

FRANKLIN, Yuri; NUSS, Luiz Fernando. **Ferramenta de Gerenciamento.** Resende: AEDB, Faculdade de Engenharia de Resende, 2006.

GONÇALVES, R. E. R.; VERDI, M. I. M.. **A vulnerabilidade e o paciente da clínica odontológica de ensino.** Revista Brasileira de Bioética. Vol. 1, n. 2, 2005.

GUIMARÃES, F. A. F.. **Ações e serviços odontológicos prestados por instituições públicas de ensino superior:** integração com a rede de atenção à saúde. 2015, 130f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2015.

MACIEL, S. M.; KORNIS, E. M.. Ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal:

um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 16(1). pp. 59-81, 2006.

MANZINI, E. J.. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário Internacional Sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos, 2, 2004, Bauru. **A pesquisa qualitativa em debate. Anais...** Bauru: USC, 2004.

MATOS, P. E. S.; MENDES, H. J.; SANTANA, M. L.. Acolhimento aos usuários do serviço de Odontologia de uma universidade pública. **Revista da ABENO**. 16(4):85-94, 2016.

MELLO, M. B.. O processo de trabalho e o protocolo na atenção odontológica. In. **7ª Edição do Prêmio SINOG de Odontologia 2007/2008 Categoria Cirurgião-dentista**. Belo Horizonte, 2008.

MINAYO, M. C. S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

OSANAM, S. S.. **Protocolo de acolhimento e classificação de risco em serviços de saúde bucal de urgência**. (Trabalho de Conclusão de Curso) Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 28 f. Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho: UFMG, 2012.

PASCHOAL, M. A. B.; GURGEL, C. V.; NETO, N. L.; KOBAYASHI, T. Y.; SILVA, S. M. B.; ABDO, R. C. C.; MACHADO, M. A. A. M.. Perfil de tratamento de urgência de crianças de 0 a 12 anos de idade, atendidas no Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. **Odontol. Clín.-Cient.** [On-line] vol.9 no.3. Recife, jul./set. 2010. pp. 243-247. ISSN 1677-3888.

PAULA, J. S.; OLIVEIRA, M.; SOARES, M. R. S. P.; CHAVES, M. G. A. M.; MIALHE, F. L.. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no Pronto Atendimento da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. **Arq Odontol.** Belo Horizonte, 48(4): 257-262, out/dez 2012. Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/download/2043/148>>. Acesso em: 25 maio 2018.

PELLISSARO, J. F. F.. **Implantação do agendamento odontológico na ESF**. (Trabalho de Conclusão de Curso) Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Dourados: UFMS, 2011.

PENHA, Sibeles Sarti. **Pesquisa** [internet]. Mensagem para Patrícia Chaves de Mendonça. [s. l.] 26 nov. 2018. Resposta a questionário sobre funcionamento da Faculdade de Odontologia da USP.

PERES, W.. **O ideal e o real nos estágios curriculares supervisionados na UFJF**. (Dissertação) Mestrado Profissional em Gestão e Avaliação da Educação Pública da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora: UFJF, 2013. Disponível em: <<http://www.mestrado.caedufjf.net/menu/dissertacoes-defendidas/>>. Acesso em: 12 Set. 2018.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Protocolo de atenção em saúde bucal de Porto Alegre**. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de áreas técnicas. Área técnica de Saúde Bucal. Porto Alegre, 2014.

SANCHEZ, H. F.; DRUMOND, M. M.. Atendimento de urgências em uma Faculdade de Odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolutividade. **RGO - Rev. Gaúcha Odontol.** Porto Alegre. v.59, n.1, p.79-86, jan./mar. 2011.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade**. Jul. 2004. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/auniversidadedosecXXI.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

SILVESTRE, J. A. C.; AGUIAR, A. S. W.; TEIXEIRA, E. H.. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013.

SPEZZIA, S.; CARVALHEIRO, E. M.; TRINDADE, L. L.. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. **Rev. Bras. Odontol.** vol.72 no.1-2. Rio de Janeiro Jan./Jun. 2015.

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ. **Odontologia**. Disponível em: <<http://portal.estacio.br/graduacao/odontologia>>. Acesso em: 25 set. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Diretoria de Imagem Institucional**. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/noticias/imprensa/>>. Acesso em: 12 out. 2019.

URGÊNCIA. In: Dicionário Aulete Digital. 23 out. 2018. Disponível em: <<http://www.aulete.com.br/urg%C3%A2ncia>>. Acesso em: 23 out. 2018.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C.. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do usuário**. Nescon (Núcleo de educação em saúde coletiva) da Faculdade de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte: Ed. Coopmed, 2009, 84 p.

YIN, R. K.. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 2. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

Apêndice A - Número de pacientes atendidos em cada dia de clínica no primeiro semestre de 2017, nas Clínicas de Urgência I e II da FO-UFJF.

DATA (1º Período 2017)	NÚMERO DE PACIENTES QUE PROCURARAM ATENDIMENTO (DEMANDA)	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	NÚMERO DE PACIENTES NÃO ATENDIDOS
13/3/2017	17	8	9
17/3/2017	10	10	0
20/3/2017	19	11	8
23/3/2017	10	10	0
24/3/2017	21	21	0
27/3/2017	21	14	7
29/3/2017	17	15	2
3/4/2017	21	17	4
5/4/2017	20	14	6
6/4/2017	22	20	2
7/4/2017	22	15	7
19/4/2017	21	9	11
26/4/2017	42	15	27
3/5/2017	31	13	18
4/5/2017	24	15	9
5/5/2017	25	25	0
8/5/2017	24	16	8
10/5/2017	27	27	0
11/5/2017	20	19	1
12/5/2017	14	14	0
15/5/2017	25	16	9
17/5/2017	25	16	9
19/5/2017	14	11	3
22/5/2017	18	10	8
25/5/2017	25	18	7
29/5/2017	17	17	0
5/6/2017	19	19	0
8/6/2017	28	27	1
9/6/2017	17	17	0
19/6/2017	23	18	5
21/6/2017	21	19	2
23/6/2017	23	21	3

Fonte: UFJF (2018).

Apêndice B - Roteiro de entrevista semiestruturada direcionada a estagiários das Clínicas de Estágio de Urgência I e II da FO-UFJF.

Entrevista Nº E_____

Este instrumento é parte integrante de uma pesquisa que estou desenvolvendo no Programa de Mestrado Profissional em Gestão e Avaliação da Educação Pública PPGP/CAEd/UFJF e visa analisar as dificuldades vivenciadas nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II, envolvendo as questões referentes à demanda de atendimento dos pacientes e critérios de classificação, abordando, ainda, a resolutividade do atendimento realizado nestas clínicas, para, a partir desta análise, propor ações que minimizem estas dificuldades.

Sua participação é muito importante e será confidencial, ou seja, você não será identificado. Suas respostas e suas percepções e perspectivas sobre as Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica são fundamentais para esta pesquisa.

Muito obrigada.

ACOLHIMENTO NAS CLÍNICAS DE URGÊNCIA

1. Como é o funcionamento das Clínicas de Urgência?
2. Quais as principais dificuldades vivenciadas no dia a dia da clínica de urgência, na sua opinião?

PROCESSO DE ATENDIMENTO

3. Comente um pouco sobre como é o atendimento aos pacientes.
4. Quais ações de melhoria você acha que podem ser realizadas com relação ao atendimento aos pacientes?
5. Qual é a sua opinião sobre utilizar a classificação de risco para organizar os atendimentos e como você acha que poderia ser feito?

Apêndice C: Roteiro de entrevista semiestruturada para a Coordenação das Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica da FO-UFJF.

Entrevista Nº C_____

Este instrumento é parte integrante de uma pesquisa que estou desenvolvendo no Programa de Mestrado Profissional em Gestão e Avaliação da Educação Pública PPGP/CAEd/UFJF e visa analisar as dificuldades vivenciadas nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II, envolvendo as questões referentes à demanda de atendimento dos pacientes e critérios de classificação, abordando, ainda, a resolutividade do atendimento realizado nestas clínicas, para, a partir desta análise, propor ações que minimizem estas dificuldades.

Sua participação é muito importante e será confidencial, ou seja, você não será identificado. Suas respostas e suas percepções e perspectivas sobre as Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica são fundamentais para esta pesquisa.

Muito obrigada.

ACOLHIMENTO NAS CLÍNICAS DE URGÊNCIA

1. O que você poderia dizer sobre a demanda nas clínicas de Estágio de Urgência I e II da FO-UFJF?
2. O que você poderia dizer sobre a capacidade de atendimento nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF?

PROCESSO DE ATENDIMENTO

3. O que você poderia dizer sobre o atendimento nas clínicas de Estágio de Urgência I e II da FO-UFJF?
4. Qual é a sua opinião sobre utilizar a classificação de risco para organizar os atendimentos e como você acha que poderia ser feito?

Apêndice D: Roteiro de entrevista semiestruturada direcionada a Técnicos Administrativos Odontólogos da FO-UFJF.

Entrevista Nº T_____

Este instrumento é parte integrante de uma pesquisa que estou desenvolvendo no Programa de Mestrado Profissional em Gestão e Avaliação da Educação Pública PPGP/CAEd/UFJF e visa analisar as dificuldades vivenciadas nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II, envolvendo as questões referentes à demanda de atendimento dos pacientes e critérios de classificação, abordando, ainda, a resolutividade do atendimento realizado nestas clínicas, para, a partir desta análise, propor ações que minimizem estas dificuldades.

Sua participação é muito importante e será confidencial, ou seja, você não será identificado. Suas respostas e suas percepções e perspectivas sobre as Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica são fundamentais para esta pesquisa.

Muito obrigada.

ACOLHIMENTO NAS CLÍNICAS DE URGÊNCIA

1. O que você poderia dizer sobre o acolhimento realizado nas clínicas de Estágio Urgência I e II da FO-UFJF?
2. O que você poderia dizer sobre a capacidade de atendimento nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF?

PROCESSO DE ATENDIMENTO

3. O que você poderia dizer sobre o atendimento nas clínicas de Estágio de Urgência I e II da FO-UFJF?
4. Qual é a sua opinião sobre utilizar a classificação de risco para organizar os atendimentos e como você acha que poderia ser feito?

Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “As Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da UFJF: desafios e perspectivas”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é que, considerando a relevância do atendimento realizado pelos alunos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora e, neste caso, o atendimento realizado nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II, este estudo busca contribuir para a otimização do atendimento, tornando-o mais igualitário para a população que busca este serviço. Nesta pesquisa, pretendemos analisar as dificuldades vivenciadas nas Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II, envolvendo as questões referentes à demanda de atendimento dos pacientes e critérios de classificação, abordando, ainda, a resolutividade do atendimento realizado nestas clínicas, para, a partir desta análise, propor ações que minimizem estas dificuldades.

Caso você concorde em participar, vamos realizar a aplicação de uma entrevista. As entrevistas serão realizadas na própria Faculdade de Odontologia da UFJF. Nós garantiremos o seu anonimato.

Como se sabe, toda pesquisa possui alguns riscos. Os riscos desta pesquisa proposta são mínimos. Há o risco da possível identificação na divulgação dos resultados e o risco de um possível constrangimento no momento da entrevista. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, comprometemo-nos a tomar todos os cuidados para evitar referência ao nome e a características que possam levar à identificação do participante. Nós faremos uma revisão criteriosa no texto para não haver vazamentos de informações confidenciais. E, para evitar constrangimentos, comprometemo-nos a interromper a entrevista se o participante assim desejar, bem como garantimos ao participante o direito de não responder as perguntas que não desejar.

De forma geral, a pesquisa irá abordar questões críticas envolvendo as Clínicas de Estágio de Urgência Odontológica I e II da FO-UFJF. Considerando que o atendimento prestado pelos alunos nas Clínicas de Urgência tem grande relevância para a população, é de grande valia um estudo que busque otimizar esse atendimento. Dessa forma, como a pesquisa irá avaliar aspectos como a gestão da fila de espera e resolutividade do serviço, também contribuirá com a busca por alternativas aos problemas encontrados. Portanto, o estudo irá analisar tais questões e propor soluções para os pontos críticos do serviço de urgência, tendo, assim, impacto positivo para a população que busca e utiliza esse tipo de atendimento.

Para participar deste estudo, você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causada de atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito à indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, a pesquisadora avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2019.

Participante

Patrícia Chaves de Mendonça
Pesquisadora

Nome da Pesquisadora Responsável: Patrícia Chaves de Mendonça

Campus Universitário da UFJF: *Campus* Juiz de Fora

Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Odontologia

CEP: 36.036-900

Fone: (32) 9 9999-4332

E-mail: patriciam.mestrado@caed.ufjf.br

Apêndice D - Quadro comparativo entre perspectivas favoráveis e desfavoráveis em relação à classificação de risco.

Perspectivas desfavoráveis à classificação de risco	
Entrevistas	Prontuários e listas de espera
<p>“A implementação talvez seria complexa”. (T1)</p> <p>“[...] a capacidade é boa, por dia. Na maioria das vezes, conseguimos atender todos os pacientes”. (T1)</p> <p>“[...] acredito que, se existissem mais horários de clínica de urgência, essa demanda iria aumentar”. (T2)</p> <p>“[...] é uma condição que consegue atender uma quantidade importante de pacientes”. (T2)</p> <p>“[...] dentro do raciocínio do paciente, eles pensam, ‘eu cheguei antes daquele outro paciente’. Os pacientes pensam: ‘cheguei mais cedo e tenho mais direito’”. (T2)</p> <p>“[...] a clínica começa oito horas, o paciente chega às seis da manhã e não tem prioridade, e outro chega às dez e tem prioridade por ser idoso, acima de 80 anos”. (T3)</p> <p>“[...] é por uma ordem de chegada que eles são acolhidos e geralmente são atendidos naquele dia mesmo, de imediato”. (T3)</p> <p>“[...] fica complicado colocar uma pessoa que chegou às dez na frente da pessoa que chegou às seis, ainda mais que todos têm uma demanda que tem alguma coisa que esteja incomodando”. (T3)</p> <p>“[...] fica um pouco difícil de definir quem é prioridade acima de quem porque todo mundo relata uma sintomatologia dolorosa, então é uma coisa muito subjetiva”. (T3)</p> <p>“Mas como a dor é uma coisa subjetiva, é difícil de a gente conseguir enquadrar só pelo relato do paciente ou um exame clínico rápido”. (T3)</p> <p>“[...] talvez tivesse que pensar numa dinâmica melhor, mas desse jeito de prioridade já até tentamos algumas vezes, mas julgamos que é melhor atender todos do que alguns voltarem para casa sem atendimento”. (T3)</p> <p>“[...] a necessidade de se ‘tirar horário de atendimento dos alunos para fazer essa triagem’. (T3)</p> <p>“[...] os tipos de procedimentos mais comuns, a gente consegue dar uma solução, em alguns casos até definitivo, em caso de restauração mesmo ou pelo menos dar uma solução imediata”. (T5)</p> <p>“[...] a capacidade em relação ao volume e resolutividade acho que é boa”. (T5)</p> <p>“A questão que acho mais complicada de aplicar seria na prioridade, por exemplo, na pessoa com dor, porque é mais subjetivo”. (T5)</p> <p>“[...] se esse último passasse na frente de alguém que não estaria com tanta dor e essa pessoa não fosse atendida, aí como falar com essa pessoa que chegou antes e não fosse atendida”. (E1)</p> <p>“[...] como implementar isso, acho que seria a principal dificuldade”. (E1)</p> <p>“Mas o que a gente percebe é que acaba que a gente consegue atender os pacientes que estão aí, pelo número de pacientes e a capacidade que eles têm de atender esses pacientes e claramente com a ajuda da supervisão”. (C1)</p> <p>“[...] eles [os pacientes] são muito rigorosos na ordem de entrada, sai até briga”. (C1)</p> <p>“Já uma dor de dente maior ou menor sua, não tem muito como mensurar isso”. (C1)</p> <p>“[...] os casos são tudo mais ou menos a mesma coisa, o que dificulta fazer esse grau de prioridade”. (C1)</p> <p>“Só se tivesse uma pessoa lá fora, uma pré-entrada, algum supervisor para fazer isso”. (C1)</p>	<p>75,7% dos pacientes recebem atendimento.</p> <p>66,33% dos pacientes apresentaram queixa considerada de urgência.</p> <p>63% dos procedimentos são considerados de urgência.</p> <p>71% dos procedimentos são definitivos.</p> <p>82% dos pacientes não se enquadram em atendimento prioritário em função da idade.</p>

Perspectivas favoráveis à classificação de risco	
Entrevistas	Prontuários e listas de espera
<ul style="list-style-type: none"> - “muito poderia ser feito ainda para acolher bem o paciente, para trabalhar a questão da queixa do paciente”. (T1) - “Às vezes, a fila está muito grande e não conseguimos fazer muito pelo paciente porque ele já está com situação evoluída”. (T1) - “onde poderíamos trabalhar mesmo no início da doença ou quando ele não estivesse com dor, não é trabalhado na urgência”. (T1) - “[...] de prioridade seria grupo de idosos, crianças, pacientes com infecção, muita dor, mas é difícil, mas também acho que ideia é muito boa”. (T1) - “Existe desde aquele paciente que está apresentando um quadro sintomático, mais agudo, mais importante e existe aquele paciente que considero de menor complexidade”. (T2) - “[...] seria um avanço que poderíamos ter dentro desses atendimentos”. (T2) - “[...] a implementação pode ser feita próxima ao que é feito na medicina”. (T2) - “[...] trabalhar o entendimento do paciente sobre a necessidade maior do outro”. (T2) - “a gente vê que tem pacientes que têm prioridade em relação aos outros”. - “[...] tem dia que a demanda é muito alta, então, tem vez que algum paciente precisa retornar sem atendimento”. (T3) - “[...] quando aparece mais de trinta é mais difícil suprir mesmo, tem vez que os alunos atendem até sozinhos”. (T3) - “[...] a gente não pode afirmar que todos os pacientes são sempre atendidos naquele dia”. (T3) - “[...] eles mesmos se organizam em relação a essa chegada, porque não existe uma pessoa que fica fiscalizando quem chegou primeiro ou depois”. (T3) - “[...] ainda não conseguimos estabelecer uma prioridade aqui na faculdade”. (T3) - “[...] a clínica começa oito horas, o paciente chega às seis da manhã e não tem prioridade”. (T3) - “[...] prioridade em relação a gestantes, idosos acima de 80 anos, crianças menores, esses pacientes não vão ser atendidos exatamente no momento em que eles chegarem”. (T3) - “quando atinge 15:30 horas, nenhum paciente será chamado, por não ter mais material estéril”. (T4) - “[...] incorporar essa classificação de risco poderia de fato trazer benefícios, no sentido de ser visto como uma desigualdade positiva, na qual aqueles mais necessitados obteriam uma prioridade do atendimento”. (T4) - “[...] seria interessante, seria uma boa proposta, pensando assim em questões mais visíveis, tipo questão da idade, pessoa que apresenta problema, condição especial, tipo gestante, ou alguém com deficiência física mesmo, acho que seria tranquilo”. (T5) - “Eu acho interessante, sim, essa questão da prioridade pela necessidade”. (T5) - “[...] a necessidade de retorno que às vezes acontece no pronto atendimento mesmo”. (T5) - “[...] às vezes raramente, pode ter mais pacientes que realmente os alunos podem atender”. (E1) - “[...] o primeiro paciente que pode chegar, ele está com pouca dor, só querendo uma resina que soltou, mas o último pode chegar morrendo de dor realmente e pode deixar de ser atendido”. (E1) - “[...] acho que talvez ali fora se a gente tivesse um acolhimento melhor a esses pacientes porque as vezes eles até desconhecem como funciona aqui dentro da universidade”. (E2) - “Acho que se a gente fizesse uma triagem antes, até nesse acolhimento, se a tivesse pessoas ali antes, não para fazer o exame clínico, mas 	<ul style="list-style-type: none"> - 24,3% dos pacientes ficam sem atendimento. - 28,5% das queixas relatadas não representam quadros de urgência. - 30,5% dos pacientes recebem apenas procedimentos que não são de urgência. - 17% dos pacientes são idosos. - 29% dos procedimentos não são definitivos.

<p>conversando, a gente talvez conseguiria ter uma noção de quem é urgente e quem não é”. (E2)</p> <ul style="list-style-type: none"> – “alguns pacientes, a gente percebe que não são tão urgentes”. (E2) – “As principais dificuldades atuais são em relação à demanda por ela ser muito alta e a quantidade de profissionais não conseguir suprir”. (E3) – “Os pacientes poderiam ser distribuídos com relação ao grau de gravidade”. (E3) – “A minha opinião é muito positiva em relação à utilização da classificação de risco”. (E3) – “[...] essa triagem poderia ser feita pela própria triagem da Universidade Federal”. (E3) – “[...] muitas vezes tem pacientes que não trazem uma necessidade verdadeira”. (E4) – “Casos de dor, há pacientes que precisam mais”. (E4) – “[...] às vezes, não priorizar algumas questões, dificulta esse atendimento na urgência”. (E4) – “[...] porque senão tira a vaga de alguém que está sentindo dor e está realmente de urgência”. (E4) – “Acho que essa classificação é necessária e deveria ser feita de acordo com a necessidade, ver pacientes que têm dor, que tá com dor há mais tempo, ver questão de idosos”. (E4) – “[...] tem casos que, se demorar muito, vai para a exodontia e não tem mais o que fazer”. (E5) – “Outra dificuldade é que fica muito cheio, poderia ser melhor distribuído em relação a horário, não sei, acaba que às vezes a gente nem dá conta de atender tantos pacientes”. (E5) – “Às vezes, o paciente nem precisa muito de estar aqui, era só para pegar alguma coisa, alguma receita”. (E5) – “Acho válida a classificação de risco. Às vezes um paciente que precisa ser atendido logo, que está com muita dor, muito mais do que o outro, e aí a gente teria que dar preferência para ele”. (E5) – “a demanda de pacientes para esse estágio tem aumentado bastante neste último ano”. (C1) – “claramente você pode ter uma prioridade, um paciente de mais idade, mais idoso, um cadeirante”. (C1) 	
--	--

Fonte: Adaptado a partir de entrevistas, prontuários e listas de espera obtidos na FO-UFJF.