



Recebido em 20/11/2018. Aprovado em 19/11/2019. Publicado em 15/07/2020.

Editor: Dr. Ivano Ribeiro

Processo de Avaliação: *Double Blind Review* - SEER/OJS

e-ISSN: 2359-5876



PROPOSTA DE MECANISMOS PARA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM UNIDADES DE SAÚDE COM USO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Claudia Cristina Anghinoni

RESUMO

Existem várias propostas para tornar o acesso dos usuários do Sistema Único de saúde (SUS), mais humanizado e de acordo com os princípios do SUS. Este estudo tem o objetivo de propor uma forma de organização da demanda de atendimento odontológico da Unidade de Saúde da Família do Brasmadeira, bairro do município de Cascavel - PR. Através desta pesquisa exploratória, realizada no intervalo de tempo de seis meses no ano de 2018, com aplicação do questionário padrão, da Rede de Saúde Bucal, contido na Linha Guia do Governo do Estado do Paraná, foi possível compor uma base de dados, com 394 atendimentos. Os métodos utilizados foram: registros de atendimento e classificação de todos os pacientes odontológicos, planejamento e execução do atendimento e retornos programados. Como resultado foi possível verificar que a maioria da população foi classificada de baixo risco odontológico, com mais de 72% dos atendidos, em segundo lugar a população de alto risco com aproximadamente 17% e por fim, em torno de 10% foi classificada como sendo de médio risco às doenças bucais. Com isso, pode-se padronizar o acesso dos usuários quanto ao número de consultas necessárias e o retorno para cada tratamento conforme propõe a linha guia em relação a cada risco identificado. Contribuindo desta forma para um atendimento mais humanizado e de maior qualidade.

Palavras-chave: Estratificação de risco odontológica; Gestão de atendimento; Estratégia de agendamento; Qualidade.

PROPOSAL OF MECHANISMS FOR THE ORGANIZATION OF THE DEMAND FOR DENTAL CARE IN HEALTH UNITS WITH THE USE OF RISK STRATIFICATION

ABSTRACT

There are several proposals to make the access of users of the Unified Health System (SUS), more humanized and in accordance with SUS principles. This study aims to propose a way of organizing the demand for dental care of the Family Health Unit of Brasmadeira, a neighborhood in the municipality of Cascavel - PR. Through this exploratory study, conducted in the time interval of six months in 2018, with application of the standard questionnaire, of the Oral Health Network, contained in the Guide Line of the Government of the State of Paraná, it was possible to compose a database with 394 dental care. The methods used were: records of care and classification of all dental patients, planning and execution of care and scheduled returns. As a result, it was possible to verify that the majority of the population was classified as having a low deontological risk, with more than 72% of those attended, secondly the high-risk population with approximately 17% and, finally, around 10% was classified as being of medium risk to oral diseases. With this, it is possible to standardize the users' access to the number of queries required and the return for each treatment as proposed by the guideline in relation to each identified risk. Contributing in this way to a more humanized and higher quality service.

Keywords: Dental risk stratification; Service management; Scheduling strategy; Quality management.

1. INTRODUÇÃO

A melhoria da qualidade consiste em fazer com que o cuidado de saúde seja seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo. Atualmente, existem evidências claras de que o cuidado de saúde nem sempre é seguro, podendo gerar resultados adversos e fazer com que os pacientes vivam más experiências. Ao mesmo tempo, as atuais dificuldades econômicas não permitem que os orçamentos continuem a aumentar ano após ano. Os serviços de saúde precisam responder a essa situação, não por meio de cortes indiscriminados, mas sim melhorando a eficiência, aumentando a qualidade e reduzindo os níveis de dano (PROQUALIS/INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE/FIOCRUZ, 2014).

O planejamento, a revisão de processos e o acompanhamento de performance, assim como melhorias constantes, passaram a ser vitais para o posicionamento das organizações no mercado. Sistemas de Qualidade foram adotados na busca de competitividade, de eficiência e eficácia dos processos e dos altos índices de desempenho com resultados de sucesso (BONATO, 2011).

Há, uma enorme necessidade de velarmos pela contínua melhoria dos cuidados prestados pelas instituições de saúde, e isto é tarefa para todos aqueles relacionados aos serviços de saúde, sejam eles gestores ou profissionais envolvidos em todo processo quando em uso de sua função e até mesmo, cidadãos da comunidade onde as organizações de saúde se inserem (FERREIRA, 1993)

O uso de algum sistema de organização da demanda para atendimento dos usuários em unidades de saúde tem sido uma das propostas para reorganização de fluxos e permitir que, de forma igualitária, todos os usuários tenham acesso ao sistema de porta de entrada da atenção básica do SUS, aumentando a qualidade do serviço de atendimento.

Este relato técnico propõe uma forma de organização da demanda de atendimento odontológico de uma Unidade de Atenção Primária a Saúde que é a Estratégia Saúde da Família (ESF) do Brasmadeira, bairro do município de Cascavel - PR. Por meio de uma pesquisa exploratória, realizada no intervalo de tempo de seis meses, entre os meses de fevereiro e julho do ano de 2018, com aplicação do questionário padrão, da Rede de Saúde Bucal, contido na Linha Guia do Governo do Estado do Paraná. Foi possível com isso, compor uma base de dados de classificação de risco odontológico, que o profissional odontólogo pode utilizar para realizar a Estratificação de Risco Odontológica.

Depois de formada com planilhas e fichas clínicas odontológicas, esta base de dados pode ser avaliada, quanto aos três riscos odontológicos identificados como: alto, médio (intermediário) e baixo, conforme a pontuação alcançada para cada indivíduo. Somadas as quantidades de cada risco, os resultados, ao contrário do que se esperava, foram na maior parte de pacientes de baixo risco.

Com os resultados em mãos, o profissional odontólogo da unidade de saúde citada, pode organizar, não somente o número de consultas propostas, como também programar os retornos anuais para cada grupo de risco identificado, otimizando o uso da estrutura de atendimento à saúde bucal da Unidade.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Na década de 90, buscando reorganizar os serviços e proporcionar uma estratégia capaz de promover a qualidade de vida aos usuários, o Ministério da Saúde (MS) implanta uma nova proposta de atenção centrada na família e em todo seu contexto social e econômico, sendo que as intervenções no processo saúde doença vão além das práticas curativas. Assim, buscando a integralidade e universalidade de atenção, em 1994 é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) (RESENDE, 2010).

A base operacional do programa de saúde da família, tem as seguintes diretrizes: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização das pessoas da área geográfica de abrangência da unidade de saúde e equipe multidisciplinar. Formulado nestas bases, o PSF se apresentou como um estratégia de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilidade e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer (RESENDE, 2010).

A rede básica de saúde é a grande responsável pelo cuidado em saúde e cuidado significa vínculo, responsabilidade e solicitude na relação da equipe de saúde com os indivíduos, famílias, comunidade; significa compreender as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural; significa acolhê-las em suas necessidades com relação sistema de saúde. Odontologia sanitária é trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral (RESENDE, 2010).

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Em consequência, os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A proposição pelo MS das diretrizes de uma política nacional de saúde bucal e de sua efetivação, com o Programa Brasil Sorridente, tem na Atenção Básica um dos mais importantes pilares. Organizar as ações nos níveis de atenção primária tem sido uma importante chave para melhorar os índices de redução de enfermidades bucais, pois a prevenção, neste caso, se torna o maior fator de contribuição e esta prevenção, é possível neste setor de atendimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A construção de uma Política Estadual de Saúde Bucal, em moldes modernos e dentro de parâmetros de gestão condizentes com a realidade do Paraná, marcou esta gestão da Secretaria de Estado da Saúde. O lançamento da Rede de Atenção à Saúde Bucal, em abril de 2014, foi o marco consolidado das ideias e ações geradas nos três primeiros anos de trabalho desta gestão. A Linha Guia, que é um caderno *online* da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, o qual pode ser acessado no portal de saúde, no *link* da Rede de Saúde Bucal, também foi disponibilizado impresso para os profissionais odontólogos da rede de atenção primária do município de Cascavel. Este caderno pretende ser uma ferramenta que visa contribuir com o trabalho das equipes de saúde bucal dos municípios do Paraná, revendo conceitos e sugerindo mudanças para uma melhor qualidade da saúde da população (PARANÁ, 2016).

A Rede de Atenção à Saúde Bucal é um conjunto de ações que envolve o controle das doenças bucais, através da promoção da saúde, prevenção em saúde, limitação dos danos causados pelas doenças e reabilitação integral do paciente. Esse conjunto de ações é balizado pela Estratificação de Risco, que em relação à saúde bucal assume uma característica particular, envolvendo o atendimento de atenção primária, nas Unidades de Atenção Primária, o atendimento secundário, nos Centros de Especialidades Odontológicas, e o atendimento terciário, em Unidades Hospitalares (PARANÁ, 2016).

As Unidades de Atenção Primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família devem ser as ordenadoras do cuidado da saúde bucal dos usuários, enfatizando a busca ativa, responsabilizando-se pelo seu cadastramento e assumindo a responsabilidade pelo atendimento em seu território de atuação, garantindo o cuidado e a resolubilidade da atenção em saúde bucal. Na educação em saúde, devem ser enfatizados o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários, instrumentando-os para a mudança de hábitos e controle de manutenção de sua saúde.

O objetivo maior da educação em saúde é a mudança de comportamento do usuário, transformando-o em ator ativo do processo saúde e doença (PARANÁ, 2016).

A reorganização do processo de trabalho, valorizando a atenção a cada usuário, fecha este rol de princípios indispensáveis para a mudança do modelo de atenção proposto. Assim o objetivo da estratificação de risco é o de permitir a priorização do atendimento aos que tem maior risco e atividade de doença e definir o planejamento terapêutico de cada usuário. Na estratificação de risco, o profissional deve levar em consideração os fatores determinantes de risco, não só biológicos e odontológicos, mas também os comportamentais, culturais e socioeconômicos (PARANÁ, 2016).

O conceito de risco tem sido bastante enfatizado na literatura odontológica, com fortes evidências científicas e clínicas de sua utilização na prática clínica individual e na Saúde Coletiva. A determinação de fatores de risco para as doenças bucais, principalmente a doença cárie e a doença periodontal, tem merecido um grande número de estudos, visando estabelecer critérios para o diagnóstico precoce e o pronto atendimento e principalmente para o monitoramento dos pacientes ao longo do tempo (PARANÁ, 2016).

3. MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma pesquisa científica aplicada de natureza quantitativa, que visa analisar dados coletados, para uma solução de problemas. Quanto aos fins é uma pesquisa exploratória e quanto aos meios, tem característica de pesquisa de campo, pois foi realizada no local de trabalho da escritora do artigo, com a população atendida na unidade de saúde (FONTELLES, 2009).

Em um período de tempo de seis meses, entre os meses de fevereiro e julho de 2018 com a aplicação do questionário padrão, extraído da Linha Guia de Saúde Bucal (PARANÁ, 2016), conforme vemos na Figura 01:



Tabela de critérios de estratificação de risco em saúde bucal

Item	Escore padrão
Critérios socioeconômicos e cultural	
Desemprego do usuário ou responsável pela família	2
Usuário, mãe ou cuidador analfabeto	2
Usuário sem acesso à água fluoretada	1
Critérios biológicos	
Condições crônicas: diabetes, hipertensão	2
Pessoa com deficiência intelectual	3
Paciente acamado	3
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	3
Critérios odontológicos	
O usuário teve dor de dente nos últimos 6 meses	2
O usuário apresenta mancha branca ativa	1
O usuário apresenta lesão ativa de cárie	2
O usuário está com ferida na boca há mais de quinze dias	3
O usuário está com sangramento na boca	1
O usuário está com algum dente permanente mole	2
O usuário precisa de prótese total	2
O usuário precisa de prótese parcial	1
O usuário come doce ou toma refrigerante diariamente	1
O usuário não tem o hábito de escovar os dentes diariamente	2

Realizar a soma dos pontos para obter o escore total do usuário

Figura 01- Critérios da Estratificação de Risco
Fonte: (PARANÁ, 2016, impresso anexo da Linha Guia)

Foi aplicado o questionário de forma individual antes de iniciar cada atendimento de cada indivíduo, pela profissional odontóloga da equipe de Saúde Bucal da Unidade de Saúde da Família do Brasmadeira, bairro do município de Cascavel-PR, com população aproximada de 7.500 pessoas (número obtido de cadastramento de famílias pelas Agentes Comunitárias de Saúde da unidade). Foi escolhida esta unidade, devido à facilidade da coleta de dados, por se tratar do local de trabalho da autora da pesquisa. Foi aplicado nos grupos de gestantes, nas avaliações de escolares, dentro das escolas da área de abrangência, em atendimento dos pacientes agendados previamente, em demanda espontânea de urgências e em visitas domiciliares, resultando assim numa amostragem não probabilística de 394 pacientes avaliados.

No questionário tem-se: critérios socioeconômicos e culturais, critérios biológicos e critérios odontológicos. Em cada um destes, há escores de pontuação conforme a condição encontrada.

A estratificação de risco foi feita pela profissional odontóloga, sempre na consulta odontológica programática de cada indivíduo, ou em caso de menor, com seu responsável. Durante a entrevista foi explicado, para cada pessoa, que o objetivo era conhecer o risco às doenças bucais de cada um e assim poder estimar qual o número de atendimentos seriam necessários para concluir o atendimento clínico e em quantos meses deveria ser o retorno após sua conclusão. Estes resultados de escores conforme sugere a Linha Guia de Saúde Bucal (PARANÁ, 2016, p 27) Figura 02:

Riscos	Escore total	Recomendação	Monitoramento
Baixo risco	0 a 6 pontos	2 consultas	Anual
Risco intermediário	7 a 12 pontos	3 a 5 consultas	Semestral
grau 1	até 4 dentes cariados	3 consultas	Semestral
grau 2	até 7 dentes cariados	4 consultas	Semestral
grau 3	+ de 8 dentes cariados	5 consultas	Semestral
Alto risco	13 ou + pontos	7 consultas	Mensal a trimestral

Figura 02- Critérios da Estratificação de Risco

Fonte: (PARANÁ, 2016, p 27)

A somatória dos escores dos critérios socioeconômicos e cultural, biológicos e odontológicos define a estratificação de risco do paciente, conforme mostra a Figura 2.

Para saber como se chegou ao risco de cada um, apresenta-se a seguir um exemplo, a Paciente A.M. 32 anos, respondeu aos critérios , conforme apresenta-se a seguir na Figura 03:

REDE DE SAÚDE BUCAL		Estratificação de Risco em Saúde Bucal		PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria de Saúde	
PACIENTE: A.M. 32 ANOS			DATA: 23/05/2018		
Tabela de critérios de estratificação de risco em saúde bucal					
Item	Escore padrão				
Critérios socioeconômicos e cultural					
Desemprego do usuário ou responsável pela família	2	2			
Usuário, mãe ou cuidador analfabeto	2	2			
Usuário sem acesso à água fluoretada	1	0			
Critérios biológicos					
Condições crônicas: diabetes, hipertensão	2	2			
Pessoa com deficiência intelectual	3	0			
Paciente acamado	3	0			
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	3	0			
Critérios odontológicos					
O usuário teve dor de dente nos últimos 6 meses	2	2			
O usuário apresenta mancha branca ativa	1	0			
O usuário apresenta lesão ativa de cárie	2	2			
O usuário está com ferida na boca há mais de quinze dias	3	0			
O usuário está com sangramento na boca	1	0			
O usuário está com algum dente permanente mole	2	2			
O usuário precisa de prótese total	2	0			
O usuário precisa de prótese parcial	1	1			
O usuário come doce ou toma refrigerante diariamente	1	0			
O usuário não tem o hábito de escovar os dentes diariamente	2	1			
Realizar a soma dos pontos para obter o escore total do usuário					14

Figura 03- Critérios da Estratificação de Risco da paciente A.M.
Fonte: (PARANÁ, 2016)

Com a soma dos três critérios, $4+2+8=14$. Pode-se afirmar então, com base neste escore 14, e considerando a Figura 02, que a paciente A.M. 32 anos é Alto Risco.

Desta mesma forma do exemplo, foi feito com todos os 394 pacientes atendidos, todos foram pontuados e classificados. Criou-se um banco de dados com os escores individuais obtidos, que ao serem comparados com a tabela da Figura 02, possibilitou obter o risco que cada um possui e a quantidade de indivíduos em cada risco da estratificação.

4. CONTEXTO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O agendamento de pacientes para tratamento odontológico nos serviços públicos, tem sido problemático por faltarem critérios técnicos que orientem tal procedimento. Tradicionalmente, o acesso aos serviços de saúde bucal se dá por meio do atendimento de emergências ou por meio de filas de espera enormes, que fazem com que as pessoas desistam do tratamento ou sofram as consequências de suas necessidades acumuladas. Não parece justo, e muito menos ético, atender um usuário sem necessidade de intervenção cirúrgico-restauradora, e deixar de atender um usuário com dor aguda, somente porque o primeiro madrugou em fila ou tem seu nome no topo de uma lista de espera (RESENDE, 2010).

A realidade do atendimento odontológico na Unidade de Saúde citada como local da pesquisa, a qual oferece serviço odontológico desde o ano de 2006, é de atendimento odontológico diário de aproximadamente 12 pessoas por dia, cada uma das duas equipes odontológicas que a Unidade possui, totalizando em média de 480 pessoas por mês. São classificadas nos critérios de risco odontológico apenas na primeira consulta de cada indivíduo, sendo em média 65 primeiras consultas por mês, cada um dos dois profissionais odontólogos, o restante é retornos para término de tratamento. O perfil de procura por atendimento é:

-de urgência, paciente com dor ou quando a doença cárie já está instalada;

-outra população que procura de forma espontânea, são os retornos programados semestralmente após a conclusão de cada tratamento curativo;

-outra parte é os pacientes considerados de maior vulnerabilidade que tem agendamento garantido sem enfrentar qualquer fila, que são agendados quando há procura, são eles: idosos, gestantes e bebês de 0 a 12 meses;

-por fim a população que enfrenta fila mensal no primeiro dia do mês, onde são liberadas 30 fichas para cada equipe de saúde bucal, para novo tratamento odontológico.

Diante destes quatro casos, como então garantir a universalidade e atender a todos, tamanha demanda que se acumula no serviço, sem que haja preferência de algum indivíduo e justificativa para tal. Daí a necessidade de se organizar o acesso em Saúde Bucal

A implementação do acolhimento com classificação de risco no Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser um grande avanço para saúde pública, principalmente no que se refere ao atendimento eficiente e rápido aos pacientes mais necessitados. O uso deste sistema de questionário para classificar o risco como proposta de organizar a demanda pode ajudar a Equipe de Saúde Bucal (ESB) na reorganização do atendimento.

5. RESULTADOS

Durante o período compreendido entre fevereiro e julho de 2018 a pesquisadora (profissional odontóloga) atendeu 394 pacientes que foram os participantes desta pesquisa. Estes pacientes responderam ao questionário da pesquisa no horário de atendimento da Unidade de Saúde da Família do Brasmadeira, bairro do município de Cascavel-PR, das 10:00 às 12:30 horas e das 13:30 às 19:00 horas, de segunda a sexta- feira.

Neste período proposto de seis meses, a partir do questionário e pesos descritos no item Métodos deste estudo, pode-se obter o resultado dos riscos com a estratificação individual, apresentados na Tabela 01:

<i>RISCOS</i>		
Baixo	286	72.59%
Médio	41	10.41%
Alto	67	17.01%
Total	394	100.00%

Tabela 01- Resultados da Estratificação de Risco
Fonte- Elaborada pela autora.

Verificou-se após término da análise e apresentação da Tabela 01, que a grande maioria de pacientes pode ser classificada como de Baixo Risco, com 286 indivíduos, cujo escore ficou entre 0 e 6 pontos. Os indivíduos classificados como de Alto Risco totalizaram 67, cuja pontuação foi igual ou superior a 13 pontos. Já a quantidade de indivíduos com Risco Intermediário (Médio) foi de 41, os quais obtiveram escore entre 7 e 12 pontos.

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES

Com base nos resultados encontrados é possível, fazer uma análise do perfil epidemiológico encontrado nesta população, com a porcentagem de 17,01% de alto risco, 10,41% de risco intermediário (médio) e 72,59% de baixo risco.

A cada um destes grupos de risco a Linha Guia de Saúde Bucal (PARANÁ, 2016,) propõe uma quantidade de consultas e um retorno diferenciado: alto risco o retorno é trimestral, risco intermediário o retorno é semestral e baixo risco o retorno é anual. Com base nisto

passaram a ser agendados retornos conforme esta proposta, o que antes era de seis meses para todos. Tem-se a partir de então, aproximadamente 73% de pacientes que só precisarão retornar as consultas após um ano, desafogando em grande parte a quantidade de pacientes que procuravam atendimento semestral com retornos programados.

Pode-se também pensar que alguns indivíduos que foram classificados no nível de Alto risco, precisam de retorno trimestral, ou seja, um total de 67 pessoas irão retornar duas vezes em seis meses. Mesmo assim foi muito vantajosa a estratificação, pois 286 indivíduos que antes retornariam em seis meses, agora terão retorno anual. Sendo assim, ainda que tenha aumentado em seis meses 67 retornos de alto risco, obteve-se neste mesmo período uma redução de 286 pessoas, tendo um saldo positivo de sobras de vagas de 219 atendimentos que poderão ser usados para outros indivíduos.

Após a implantação do uso da Estratificação de risco, também ficou evidente qual quantidade de consultas serão necessárias de serem disponibilizadas para cada indivíduo e pode-se perceber que diante da população de abrangência será necessário no mínimo mais outra Equipe de Saúde Bucal para dar conta de todos os retornos necessários. Houve um alívio imediato da lista de consultas de retorno, pois antes eram trimestrais ou no máximo semestrais e agora serão anuais em 73 % da população em média. Mesmo assim, conforme a população vai sendo estratificada, é possível prever que a quantidade de profissionais para atender toda demanda necessária, sendo que em média 65 novos indivíduos são atendidos pelo profissional de cada área, em cada mês, para uma população em torno de 7500 indivíduos de cada área, ainda tem-se um deficit muito grande de profissionais. Seria necessário mais de 100 meses para atender toda população pelo menos uma vez para a consulta de estratificação de risco.

Espera-se que ao longo dos anos a população atendida, na sua maioria, seja cada vez mais classificada como de baixo risco, com demanda de retornos programados anuais. Também espera-se que novas equipes sejam implantadas para poder atender maior quantidade de indivíduos todo mês.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo que foi de estimar a classificação de risco odontológica para aliviar em parte o agendamento programado, foi alcançado, no que diz respeito ao número de vagas dos pacientes classificados como de Baixo Risco, que foram, 219, do total de 394, que antes teriam retorno semestral e agora será anual, sobrando estas vagas para novo atendimento de novos indivíduos.

Esta sobra de vagas de aproximadamente 73% dos pacientes atendidos, pode não ser a única solução necessária para aumentar a qualidade do acesso da população ao atendimento odontológico, mas foi o primeiro passo em rumo das melhorias que são necessárias.

Com o uso do questionário de estratificação de risco, foi possível aos envolvidos no processo de agendamento de consultas e retornos odontológicos desta unidade de saúde, ver a quantidade de serviços necessários para uma parte da população. Esta ação facilitou a solução de problemas de agendamento de retorno e de consultas.

Diante de tantas dificuldades que a Equipe de saúde bucal enfrenta em relação ao agendamento da população, um breve fôlego pode ser tomado. Após análises de métodos para melhorar o processo de trabalho, desafogar a agenda, definir consultas e retornos, a estratificação de risco mostrou-se interessante para nortear uma organização mais humanizada.

Foi então, através da aplicação da Linha guia de Saúde Bucal do Estado do Paraná, que foi possível iniciar todo um processo de atendimento mais integral da população. Se este é o melhor formato, somente análises futuras poderão ajudar a responder questionamentos neste sentido.

No Brasil, a consequência da prestação de serviços por meio da livre demanda somada aos problemas sociais, econômicos e educacionais, em uma cultura de procurar tratamento curativo e não preventivo, é o que culmina nas filas intermináveis de pessoas sem atendimento, ou que apenas são parcialmente tratadas. O estudo demonstrou a necessidade de uma mudança real no modelo de organização da demanda, no qual a equipe de saúde bucal inserida na Estratégia de Saúde da Família deve fazer levantamento da situação em saúde bucal dos pacientes e fazer uso destas informações obtidas para desenvolvimentos de ações preventivas, educativas e curativas.

Referente às limitações do presente estudo, tem-se, o curto período de análise, a pouca amostragem de registros de atendimento, analisada em uma única Unidade de Saúde. Portanto, sugere-se a construção de novas pesquisas em períodos de tempo maiores e nas demais Unidades de Saúde do município para melhorar a aferição da pesquisa realizada.

REFERÊNCIAS

- APA. **American Psychological Association. 2009.** Disponível em: <<http://biblioteca.fecap.br/wp-content/uploads/2012/08/Manual-APA-regras-gerais-de-estilo-e-formata%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A4micos.pdf>> Acesso em: 19/11/18.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica - n.º 17.** Brasília. 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 23.08.2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da Política Nacional De Saúde Bucal.** Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 23.08.2018.
- FONTELLES, M. J. **Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa.** Pará. 2009.
- PROQUALIS/INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE/FIOCRUZ. **Simplificando a Melhoria da qualidade. Guia Prático.** Rio de Janeiro. 2014.
- BONATO, V. L. **Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente.** São Paulo. 2011.
- FERREIRA, P. L. *et. al.* **Algumas Estratégias para a melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde.** Coimbra. 1993.
- PARANÁ. **Linha Guia Rede de Saúde Bucal.** 2ª edição. Curitiba. 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Linha_Guia_Rede_de_Saude_Bucal.pdf> Acesso em: 23.08.2018.
- RESENDE, F. M. **A Classificação de risco como proposta de organização da demanda em uma equipe de saúde bucal da estratégia de saúde da família.** Minas Gerais. 2010.