

SARAH SILVA OSANAN

**CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E SEMÂNTICA DE UM
INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
DA URGÊNCIA NA DEMANDA ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2019**

Sarah Silva Osanan

**CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E
SEMÂNTICA DE UM INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA URGÊNCIA NA DEMANDA
ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia - Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Simone Dutra Lucas

Belo Horizonte
2019

Ficha Catalográfica

081c Osanan, Sarah Silva.
2019 Construção, validação de conteúdo e semântica de um
T instrumento de acolhimento e classificação de risco da
urgência na demanda espontânea dos serviços de saúde bucal
na atenção primária à saúde / Sarah Silva Osanan. -- 2019.

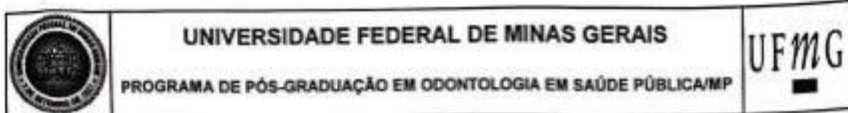
119 f. : il.

Orientadora: Simone Dutra Lucas.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde bucal. 3.
Protocolos. 4. Acolhimento. 5. Medição da dor. I. Lucas,
Simone Dutra . II. Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Odontologia. III. Título.

BLACK - D047



FOLHA DE APROVAÇÃO

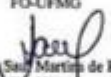
CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E SEMÂNTICA DE UM INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA URGÊNCIA NA DEMANDA ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE


SARAH SILVA OSANAN

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Pública/Mestrado Profissional, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Odontologia em Saúde Pública.

Aprovada em 31 de julho de 2019, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Simone Dutes Lucas - Orientadora
FO-UFMG


Prof(a). Saul Martins de Paiva
FO-UFMG


Prof(a). Juliana Vilela Santos
FO-UFMG


Prof(a). Kazuo Kanegane
SESC SP

Belo Horizonte, 31 de julho de 2019.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA ALUNA SARAH SILVA OSANAN

Aos 31 dias de julho de 2019, às 14:00 horas, na sala 3418 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Simone Dutra Lucas (Orientadora) – FO/UFMG, Saul Martins de Paiva – FO/UFMG, Juliana Vilela Bastos – FO/UFMG e Kazue Kanegane – SESC-SP, para julgamento da dissertação de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública, intitulada: **Construção, validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde.** A Presidente da Banca, abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora. Após a exposição oral do trabalho pela aluna e arguição pelos membros da Banca, a Comissão Examinadora considerou:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 31 de julho de 2019.

Prof(a). Simone Dutra Lucas

Prof(a). Saul Martins de Paiva

Prof(a). Juliana Vilela Bastos

Prof(a). Kazue Kanegane

Dedico este trabalho ao Rodrigo, meus pais, Guilherme e à Helena, que mesmo tão pequenina e sem que eu ainda conheça seu rosto me revigorou e foi essencial para que eu concluísse essa etapa. Que você saiba minha filha, o valor da educação e o poder transformador do conhecimento e faça a diferença neste mundo, tornando-o um lugar melhor para todos!

AGRADECIMENTO

À Profª Drª Simone Dutra Lucas que, como disse Paulo Freire, ensina criando possibilidades para a produção ou construção do conhecimento e educa impregnando de sentido o que fazemos a cada instante. Você tornou o meu processo de aprendizagem mais leve e minha busca mais prazerosa. Obrigada por todo companheirismo e presença, por toda doação e alegria, pela sua humildade, firmeza e coerência, você segurou minha mão com carinho e respeito, e me ajudou a chegar até aqui.

À Profª Drª Rafaela da Silveira Pinto, por todo direcionamento, disponibilidade e carinho.

Ao Prof. Dr. Mário Vianna Vettori pelo auxílio.

Ao Prof. Dr. Marcelo Drummond Naves pelo carinho e empenho.

Ao Professores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais que participaram dos Grupos Focais deste trabalho.

Ao Rodrigo, meu grande amor, que alia com maestria o amor e o companheirismo, que me ampara, é meu porto seguro, se doa com intensidade, norteia, incentiva e acima de tudo, com quem eu sei que posso sempre contar, sem ele não teria conseguido.

Aos meus pais por terem me ensinado o poder transformador da educação e o valor do conhecimento, este é o fruto da semente que eles plantaram.

Aos meus amigos e familiares por estarem sempre por perto, tornando meus dias mais felizes e me apoiando.

À Maíra Morais, por ter sido minha grande companheira e se tornado uma grande amiga durante o Mestrado.

À Secretaria de Saúde de Sarzedo, em especial à equipe de Odontologia, da qual já fiz parte e nutro enorme carinho. Encontrar as portas abertas foi o que possibilitou esse estudo.

À Secretaria de Saúde de Brumadinho, em especial à Lucilene da Conceição Vieira, coordenadora de saúde Bucal, por todo apoio.

“Vosso alto saber, vãos e insensatos médicos, é uma pura quimera. Não podeis saber com vossos grandes nomes latinos a dor que me desespera.” (MOLIÉRE)

RESUMO

Este estudo objetiva construir e validar o conteúdo e a semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea odontológica na atenção primária à saúde, baseado no Protocolo de Manchester e nas orientações do Ministério da Saúde. É um estudo metodológico no qual o instrumento contém perguntas sobre os sinais e sintomas apresentados pelos usuários. A delimitação do modelo teórico, validação de conteúdo e alocação dos agravos nos escores, de acordo com o protocolo de Manchester, é fruto de grupos focais realizados com *experts*. A validação semântica se deu por meio de grupos focais, realizados com auxiliares e técnicos em saúde bucal, e aplicação do instrumento a 48 usuários, que procuraram o serviço de urgência em odontologia; juntamente com uma escala de dor. Estes dois instrumentos apresentaram resultados semelhantes discriminando os agravos em urgentes, pouco urgentes e não urgentes. O protocolo se mostrou válido para o acolhimento e classificação de risco nos serviços odontológicos da atenção primária podendo ser utilizado para organizar a demanda de maneira humanizada e eficaz.

Palavras-chave: Protocolos. Acolhimento. Urgência. Saúde bucal.

ABSTRACT

Development, content and semantic validation of reception and risk classification instrument in oral health

The aim of this study is to develop and to conduct the content and semantic validation of an instrument to assess the reception and classification of risk of urgency of spontaneous demand in dental services within primary health care according to the Manchester's Protocol and the recommendations proposed by the Ministry of Health. This is a methodological study where the proposed instrument is composed by items concerning the signs and symptoms reported by healthcare users. The rationale of the theoretical model, content validation, and categorization of the conditions into the scores, according to the Manchester Protocol resulted from focus groups carried out by experts. The semantic validation was conducted through focus groups involving dental hygienists and dental therapists. The instrument as well as the pain scale were completed by 48 healthcare users who sought for emergency dental service. These both instruments showed similar results with regards the differentiation of the health problems into urgent, less urgent and non urgent. The protocol was considered valid for reception and classification of risk in dental services within primary health care. It was also adequate to organize the demand in a humanized and effective way.

Keywords: Protocols. User Embrace. Emergency Relief. Oral health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação de Prioridades do STM.....	30
Figura 2 - Fluxo de construção e validação semântica e de conteúdo do instrumento.....	55
Figura 3 - Régua da Dor Adulta.....	59
Figura 4 – Régua da Dor Pediátrica	59

LISTA DE QUADROS

Quadro1 - Nomenclatura do STM.....	32
Quadro 2 - Classificação dos agravos odontológicos baseada na classificação de cores do STM*	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
ATS	Australasian Triage Scale
BPI	(Brief Pain Inventory – BPI)
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CD	Cirurgião-dentista
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESI	Emergency Severity Index
FAOUFMG	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais
FPS	Faces Pain Scale
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
HD	Hipótese diagnóstica
IASP	International Association for the Study of Pain
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MQP	Mc Gill Pain Questionnaire
NRS	Numeric Rating Scale (NRS)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância à Saúde
STM	Sistema de Triagem Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VRS	Escala de Categoria Verbal Rating Scale
VAS	Visual Analogue Scale

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Atenção Primária à Saúde	16
2.1.2 Atenção Primária à Saúde Bucal	17
2.1.3 Política Nacional de Humanização	21
2.1.4 Acolhimento	22
2.1.5 Urgências em saúde bucal	26
2.2 Classificação de risco	27
2.2.1 Sistema de Triagem de Manchester	29
2.2.2 Classificação de Risco na Urgência Odontológica	35
2.2.3 Dor na classificação de risco	36
2.2.4 Conceito de dor	36
2.2.5 Razões para se avaliar a dor nos serviços de urgência odontológica	37
2.3 Elaboração e validação do instrumento	44
2.3.1 Validação de conteúdo	45
2.3.2 Validação semântica	47
2.3.3 Grupos focais	47
3 JUSTIFICATIVAS	50
4 OBJETIVOS	51
4.1 Objetivo geral	51
4.2 Objetivos específicos	51
5 METODOLOGIA	52
5.1 Delineamento do estudo	52
5.2 Local e população do estudo	52
5.3 Aspectos éticos	53
5.4 Procedimentos adotados para construção e validação do instrumento	53
5.4.1 Versão inicial do protocolo	54
5.4.2 Realização de grupo focal com <i>experts</i> para validação de conteúdo	56
5.4.3 Realização do grupo focal com Auxiliares em Saúde Bucal e Técnicas em Saúde Bucal	57
5.4.4 Aplicação do protocolo aos usuários	57
6 RESULTADOS	61
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	84
ANEXOS	93
APÊNDICES	98

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos houve considerável progresso da incorporação da saúde bucal no sistema público de saúde. A adoção dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) implicou em reconhecer a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, como dever do Estado e direito de todos, sendo necessário enfatizar que serviço público odontológico não se limita ao atendimento clínico, mas inclui também a atuação na comunidade (ANTUNES; NARVAI, 2010).

O processo de utilização dos serviços de saúde é resultado da relação entre o usuário que procura os serviços de saúde e o profissional que o conduz dentro do sistema. O uso efetivo e eficiente dos sistemas de saúde depende de suas características internas e de fatores individuais sendo que ambos interferem na qualidade dos serviços prestados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A adequação do processo de trabalho e a utilização de ferramentas de planejamento para a organização dos serviços são fundamentais para a efetividade da atenção voltada à produção do cuidado e da saúde (LEAL *et al.*, 2017).

A Atenção Primária em Saúde (APS) aborda o indivíduo na sua forma mais complexa, considera as suas particularidades, o meio no qual está inserido e almeja o atendimento integral. Busca a promoção da saúde, a prevenção e a resolução das patologias já instaladas além de preocupar-se com os fatores que interferem no bem-estar físico, mental e social do sujeito (BRASIL, 2012).

No trabalho em saúde não se utilizam apenas equipamentos e máquinas, as chamadas tecnologias duras. Aborda-se outros tipos de tecnologia, como as leve duras, representadas pelo conhecimento estruturado na clínica, na epidemiologia e na psicanálise. Na APS destacam-se as tecnologias denominadas leves, relacionais, que se configuram no trabalho vivo, nos encontros entre trabalhadores e usuários, tecnologias estas que modulam inclusive a utilização das outras duas: leve duras e duras (MERHY; CHAKOUR, 2006).

Apesar de a APS ser considerada a principal porta de entrada da rede de atenção, o serviço de atendimento das urgências odontológicas é, muitas vezes, utilizado pelos usuários como alternativa para resolução de seus problemas de saúde bucal e ingresso no serviço de saúde. Esta realidade pode ser reflexo da oferta e da capacidade de cuidado insuficientes na APS. A utilização da urgência odontológica como porta de entrada para serviço de saúde bucal revela a

assistência fragmentada, demanda desorganizada e deficiência no acesso dos usuários aos serviços de saúde. Ainda hoje, na maioria das vezes, o atendimento é realizado por ordem de chegada, um problema organizacional onde não são estabelecidos critérios clínicos de classificação das necessidades dos usuários, ferindo o princípio de equidade do SUS. Este princípio propõe que os serviços tratem desigualmente os desiguais na medida da sua desigualdade (BRASIL, 2006).

O cenário atual do atendimento às urgências odontológicas ainda não é o desejado, pois prevalece a lógica do serviço de saúde que se baseia na ordem de chegada e não na gravidade do problema. Modificar esta realidade exige empenho. É preciso entender e classificar, na demanda espontânea, o que é urgente e o que não é urgente e pode ter o atendimento programado. Acolher e classificar a ordem de atendimento, baseando-se no risco que o usuário apresenta, torna o serviço mais humano, mais eficiente e capaz de dar respostas a todos aqueles que o procuram.

Como tecnologia capaz de melhorar o serviço de saúde propõe-se a organização do acesso por meio do acolhimento com avaliação e classificação de risco, dispositivo de mudança no processo de trabalho e produção de saúde. O acolhimento é a expressão da escuta humanizada e qualificada. Apresenta-se como instrumento capaz de acolher o usuário e garantir acesso aos serviços de saúde. A classificação de risco é a definição da ordem de atendimento em função da queixa apresentada, construindo fluxos de atendimento organizados e gerando acesso, resposta e atendimento seguro, responsável e humanizado. É um processo dinâmico de inclusão organizada do usuário no sistema de saúde, capaz de melhorar a qualidade da assistência prestada. A organização da demanda programada e espontânea acontece ao mesmo tempo. Quando a demanda programada está organizada, as agudizações das doenças bucais, que são doenças crônicas em sua maioria, diminuem, diminuindo as urgências (BRASIL, 2009).

É importante elaborar e validar um instrumento de classificação de risco que consiga classificar e direcionar corretamente os casos de demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária e que se adeque à realidade brasileira respeitando as particularidades de cada localidade, realizando o atendimento dos casos urgentes e organizando esta demanda.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste tópico serão abordados os temas: **Atenção Primária à Saúde**, a porta de entrada dos serviços de saúde; **Atenção Primária à Saúde Bucal**, ordenadora dos serviços odontológicos brasileiros, baseada na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB); **Política Nacional de Humanização**, criada para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão; **Acolhimento**, ferramenta que visa reorganizar o serviço, garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado; **Urgência em Saúde Bucal**, destaque na PNSB cujo acesso ao atendimento é postulado como um direito de cidadania; **Classificação de Risco**, possibilita a organização do fluxo de usuários que procuram os serviços de saúde; **Sistema de Triagem de Manchester**, um dos protocolos de classificação de risco mais utilizados no mundo e adotado no Brasil como ferramenta desde 2008; **Dor na Classificação de Risco**; **Elaboração e Validação de Instrumento**, um instrumento de pesquisa só é válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que se propõe mensurar; **Validação Semântica e Validação de Conteúdo**, técnicas de validação de instrumento; **Grupos Focais**, técnica de pesquisa que permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais.

2.1 Atenção Primária à Saúde

A APS é a porta de entrada do sistema de saúde, organizadora da rede de atenção. Ela abrange o conjunto de ações e serviços de saúde, no âmbito individual e coletivo, contemplando a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Prevê atenção integral e aborda a maioria das demandas em saúde da população de forma longitudinal, isto é, ao longo do curso da vida (BRASIL, 2012).

A APS é desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, pelo trabalho em equipe, direcionada a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que se vive. Utiliza estratégias de cuidado à saúde de elevada complexidade e baixa densidade

tecnológica, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2012).

Pode-se destacar que a APS desempenha importante papel ao coordenar a continuidade do cuidado e o fluxo de informações ao longo de todo o sistema de saúde. Este nível de atenção cria conexões profundas com a comunidade e outros setores sociais, o que incentiva o efetivo desenvolvimento da participação social e ação intersetorial. É o primeiro contato dos usuários com os sistemas de saúde e orienta-se pelos princípios, diretrizes e valores da universalidade, da acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A APS deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir atenção integral (BRASIL, 2012).

A APS é o nível de um sistema de saúde que oferece atenção para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa - não centrada na doença - no decorrer do tempo, e constitui cuidado para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras; coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

A APS apresenta-se como uma estratégia que possibilita maior desenvolvimento e atuação de tecnologias leves, ou seja, tecnologias relacionais presentes no encontro entre trabalhadores e usuários, já que se propõe a desenvolver um trabalho mais próximo da comunidade e da família. O uso das tecnologias leves no processo de trabalho do cirurgião dentista é muito importante para a humanização de sua prática bem como para a obtenção do cuidado integral (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2010).

O atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pela Unidade Básica de Saúde (UBS), principalmente os casos de usuários com condições crônicas em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. Nas situações de emergência, com risco iminente à vida, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento (BRASIL, 2013).

As equipes de saúde da APS devem estar aptas para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que ajudem a aliviar o sofrimento, evitar ou reduzir danos, (re) construir autonomia e melhorar as condições de vida (BRASIL, 2009).

O sistema deve ser acolhedor e, apesar da APS ser a principal porta de entrada do usuário, serviço de primeiro contato, de procura regular, porta aberta, resolutiva e que oferece atenção em tempo oportuno a mesma ainda precisa ser organizada e preparada para se tornar a ordenadora do acesso à rede de atenção à saúde e ter condições de gerir o cuidado do usuário, assumindo papel mais importante na coordenação do cuidado. A deficiência de normas, fluxos, e mecanismos que lhe permitam a continuidade da atenção pode ser um dos fatores envolvidos nesta questão (GIOVANELLA, 2014).

2.1.2 Atenção Primária à Saúde Bucal

A atenção à saúde bucal no serviço público do Brasil foi construída historicamente se restringindo quase que completamente aos serviços básicos, apresentando baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária e, em consequência, comprometendo o estabelecimento de sistemas de referência e contra referência em saúde bucal (BRASIL, 2013).

Em 2004, dentro de uma nova conjuntura política, foi lançada a PNSB - Brasil Sorridente, que investe na expansão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia de Saúde da Família (ESF), aumentando o repasse do nível federal para os municípios e redefinindo suas ações. Inicia-se a implantação de uma rede de referência e contra referência por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), agrega a reabilitação protética via Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e expande a cobertura da fluoretação da água de abastecimento público no Brasil. Observa-se alteração do modelo assistencial odontológico no Brasil a partir do momento em que são incorporados à saúde bucal os princípios estruturantes do SUS: a universalização, descentralização, equidade, integralidade e controle social. A saúde bucal passa a se constituir como uma política estrutural e de várias interfaces (LUCENA *et al.*, 2011).

Com a PNSB reorientou-se completamente o modelo assistencial. Iniciou-se a implantação de uma rede de saúde bucal, horizontal e vertical, que articula não apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações multidisciplinares e intersetoriais. Iniciou-se o desenvolvimento de um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que envolve a promoção da saúde, prevenção das doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A PNSB é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, contando com um trabalho em equipe e dirigida à população que assume a responsabilidade do controle do cuidado com a sua saúde bucal, considerando o aspecto dinâmico do território que se vive. O Brasil Sorridente tem possibilitado a ampliação e qualificação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida. Ela está articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) são diretrizes da PNSB:

- a) Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade;
- b) Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;
- c) Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, sem negligenciar qualquer cidadão em situação de urgência;
- d) Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento - as ações devem ser precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;
- e) Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;
- f) Centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e

determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território;

- g) Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;
- h) Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS;
- i) Assegurar responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das ESB na ESF;
- j) Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção;
- k) Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção.

A gestão participativa, a ética, o acesso, o acolhimento, o vínculo, a responsabilidade profissional, a interdisciplinaridade, o multiprofissionalismo, a integralidade da atenção e a intersetorialidade, são princípios norteadores da PNSB. Constituem ações da PNSB a promoção e proteção de saúde, fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor, recuperação e reabilitação da saúde bucal, prevenção e controle do câncer bucal, inclusão da reabilitação protética na atenção básica e de procedimentos mais complexos (BRASIL, 2004).

Segundo a PNSB devem ser desenvolvidas ações que considerem o usuário em sua integralidade bio-psico-social. O serviço deve ser organizado de forma usuário-centrada, por uma equipe multiprofissional, capaz de acolher, receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. O acolhimento do usuário deve ser a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade (BRASIL, 2004).

Para a organização da saúde bucal é fundamental que sejam pensadas as linhas de cuidado da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, com a criação de fluxos que impliquem em ações resolutivas das equipes de saúde, onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, conheça cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir de sua vivência nele. É necessário reforçar o atendimento básico e garantir acesso a toda a população (PUCCA JUNIOR, 2006).

Os municípios têm investido na expansão da atenção básica por meio da ESF e os resultados sugerem a necessidade da continuidade dos investimentos, principalmente nas áreas de maior exclusão social, na tentativa de minimizar as desigualdades e valorizando o princípio da equidade (FONSECA, 2011).

A vigilância em saúde bucal, integrada ao Sistema Nacional de Vigilância à Saúde (SNVS), é elemento essencial para a sustentabilidade da PNSB e para o processo de reconhecimento das boas práticas do SUS pela população (MOYSES *et al.*, 2013).

A vigilância em saúde deve estar inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de suas ferramentas, as equipes de saúde da atenção primária podem desenvolver atividades de planejamento, de maneira a organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde das pessoas, aumentando-se o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde (PUCCA JUNIOR, 2013).

Os avanços trazidos pela PNSB são muito positivos. Desde sua implementação ocorreram muitas mudanças no campo das políticas públicas de saúde bucal com a inserção e expansão das ESB na ESF. O Brasil Sorridente ampliou o acesso aos serviços odontológicos em todas as faixas etárias garantindo o atendimento nos níveis primários e secundários para assegurar o cuidado integrado. O grande desafio é influenciar o processo de trabalho na saúde bucal, organizando ações de saúde em perspectiva de integração e acesso universal relacionadas à atenção contínua, através de ações de coordenação do cuidado nos vários serviços. Inovações na produção e gestão do cuidado, bem como novas formas de organizar o processo de trabalho são necessárias e devem envolver trabalhadores, usuários e gestores de forma cooperativa e humanizada (BRASIL, 2004; PUCCA JUNIOR, 2006).

A maior participação do governo federal na estruturação das políticas públicas, por meio do aumento de financiamento das ESB na ESF associada à implantação de serviços com procedimento de alta e média complexidade, assim

como de prevenção e promoção de saúde; permitiu a criação de uma rede articulada de diferentes níveis de cuidado e complexidade (PUCCA JUNIOR, 2009).

A maior cobertura de saúde bucal está associada ao número superior de cirurgiões dentistas no sistema público de saúde bucal. Municípios com piores condições socioeconômicas estão relacionados ao número maior de extrações e assinalam que as políticas públicas de saúde bucal devem atingir municípios com os piores indicadores sociais (FERNANDES; PERES, 2005).

2.1.3 Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificar a saúde pública no Brasil e incentivar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. De acordo com o Ministério da saúde (BRASIL, 2004b) a sua implantação da PNH deve propiciar:

- a) Redução das filas e do tempo de espera com a ampliação do acesso, atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- b) Que todo usuário do SUS saiba quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
- c) Que as unidades de saúde garantam as informações ao usuário e os direitos do código dos usuários do SUS;
- d) Tornar realidade a gestão participativa envolvendo trabalhadores e usuários;
- e) Educação permanente aos trabalhadores.

A PNH define ainda diretrizes específicas por nível de atenção, sendo as diretrizes para a urgência e emergência:

- a) Acolher a demanda por meio de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- b) Comprometer-se com a referência e a contra referência, aumentando a resolução da urgência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade do usuário;

c) Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

A PNH enfatiza que é preciso acolher e acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve estar presente e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações (BRASIL, 2004c).

2.1.4 Acolhimento

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

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

O acolhimento do usuário ocorre no momento em que ele expressa a sua necessidade e no caminho que o mesmo percorre dentro dos serviços de saúde para resolver as suas necessidades (JESUS; ASSIS 2010).

Sem acolher e vincular não se caracteriza a responsabilização e tampouco a otimização tecnológica das resolubilidades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença (FRACOLLI; ZOBOLI 2004)

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

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

Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. É realizado com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores aos usuários contribuindo para o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2004c).

Acolhimento e vínculo dependem do modo de produção do trabalho em saúde. O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. O vínculo entre profissional/usuário estimula a autonomia e a cidadania, promovendo a participação ativa do segundo durante a prestação do serviço (SCHIMITH; LIMA, 2004).

O atendimento à demanda espontânea e, em especial às urgências e emergências, envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção primária. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas (BRASIL, 2013).

A diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos não pode se resumir às UBS, mas deve permear todo o sistema, modulando os demais níveis da assistência (especialidades, urgência, hospitais), as áreas técnicas assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva (SOLLA, 2005). De acordo com Azambuja *et al.* (2007); Santos, Superti, Macedo (2002) torna-se importante entender melhor estes conceitos:

- a) Acolhimento: ato ou efeito de acolher, recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho;
- b) Acolher: dar acolhida ou agasalho, hospedar, receber, atender, dar crédito, dar ouvidos, admitir, aceitar, tomar em consideração, atender;
- c) Vínculo: tudo o que ata, liga ou aperta, ligação moral, ônus, restrições, relação, subordinação, nexos, sentido.

Deve-se considerar o acolhimento prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre os trabalhadores de saúde e usuários, no ato de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de várias formas. O usuário também define o que é prioridade de saúde para ele, é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Existem situações em que a demanda e o olhar técnico do profissional se coincidem, no entanto, quando isso não acontece é necessário esforço de diálogo e compreensão. É necessário que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. Além disto, os momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. O acolhimento aparece como forma de inclusão dos usuários e ampliação do acesso (BRASIL, 2013).

De acordo com Azambuja *et al.*, (2007) e Solla (2005) o acolhimento é um dos conceitos que se articula ao princípio da integralidade podendo ser pensado em três dimensões:

- a) Como postura: ao se referir à atitude por parte dos profissionais de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas;
- b) Como incorporação da escuta e da conversa vistos como importantes instrumentos de trabalho;
- c) Como técnica que instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas que facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados.

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

não se enquadravam nos programas e prioridades estabelecidos (TURCI, 2008; SCHIMITH; LIMA, 2004; SOLLA, 2005).

O acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais (SOLLA, 2005; BRASIL, 2006).

É necessário avaliar as barreiras de acesso para o atendimento oportuno, colocadas por estratégias de acolhimento. O acolhimento ao mesmo tempo em que humaniza o serviço ao garantir uma primeira escuta, pode significar barreira de acesso ao atendimento médico na UBS, sinalizando a insuficiência de oferta desse profissional. Além disso, ainda se observa forte controle da demanda nas UBS (GIOVANELLA, 2014).

O acolhimento dos usuários pelas ESB revela dificuldades enfrentadas pela população no acesso aos serviços odontológicos e no atendimento às necessidades demandadas. É necessário repensar o processo de trabalho da saúde bucal para superar a prática centrada na queixa e com baixa resolutividade. As ESB imprimem diferentes formas de acolhimento, ficando na dependência do compromisso e da singularidade dos sujeitos que atuam na prática (SANTOS *et al.*, 2007).

As triagens realizadas nos serviços de urgência sem a utilização de protocolos são feitas de forma intuitiva e sem utilizar uma metodologia específica. Desta forma, não são replicáveis aos outros profissionais de saúde e nem servem de parâmetro para uma auditoria (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

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

O Ministério da Saúde busca padronizar o acolhimento com classificação de risco por meio da uniformização do processo, por protocolos (TOLEDO *et al.*, 2008).

2.1.5 Urgências em saúde bucal

A urgência em saúde bucal é destaque na PNSB como um direito de cidadania. Nela é ressaltado que é necessário considerar o binômio saúde–doença no contexto social. Considerando que os serviços de urgência não são excludentes e apresentam ampla superfície de contato com a população, promovem captação passiva da provável população de maior atividade de doença, com agravos não só de origem biológica, mas também advindos de iniquidades sociais. O serviço e os profissionais devem se preparar para um atendimento humanizado visando minimizar iniquidades, monitorar e avaliar tecnicamente as ações e participar da rede de referência e contra referência, para cumprir os princípios do SUS (TOLEDO, 2008).

A PNSB orienta a organização do pronto atendimento de acordo com a realidade local, a avaliação da situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência e o retorno do usuário ao serviço para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2004).

A PNSB aponta que a remissão da dor e sofrimento do indivíduo exige estratégias resolutivas de organização dos serviços de pronto atendimento e urgência no SUS (AUSTREGÉSILO *et al.*, 2014). Também reforça que a urgência em saúde bucal tem papel de destaque na organização dos serviços, assumindo múltiplas atribuições. Muitas vezes é o primeiro contato com o sistema de saúde e representa a porta de entrada tanto para os casos de menor complexidade, resíduo do esgotamento da Atenção Básica que não tem conseguido promover universalidade do acesso à população de sua área adscrita quanto dos casos de maior complexidade como, por exemplo, o politraumatizado, dando o primeiro atendimento e encaminhando o usuário para um hospital de referência. Os serviços de urgência odontológica participam também na composição da rede de referência e contra referência, interagindo com o atendimento primário, secundário e terciário, cumprindo o princípio da integralidade das ações, numa rede de serviços regionalizada e hierarquizada. Por sua característica de acesso irrestrito à comunidade, deve estar preparado para o atendimento humanizado, com monitoramento e avaliação técnica e com participação e controle social (TOLEDO, 2008).

Na atenção à saúde bucal, a urgência é uma área que apresenta a necessidade de implementação de modelos efetivos que promovam a atenção integral resolutiva, com satisfação do usuário, e passa a assumir um papel de evidência, por ser considerada um captador passivo de demanda e norteador de demandas não institucionalizadas, com características inclusivas, além de se estabelecer como uma plataforma de intersecção das demandas de acesso a serem absorvidas, criando fluxos de ações resolutivas centradas no acolher, informar, atender e encaminhar o usuário, compondo necessariamente o mosaico dos serviços de saúde regionalizados, num processo de idas e vindas, interligando o sistema de referência e contra referência regional (SÃO PAULO, 2006).

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

O acesso aos serviços de saúde bucal é um grave problema a ser enfrentado uma vez que a maioria dos usuários que procura o serviço de urgência odontológica não possui o cadastro nos serviços de saúde bucal da APS (CARNUT *et al.*, 2008).

2.2 Classificação de risco

A classificação de risco possibilita a organização do fluxo de usuários que procuram os serviços de urgência/emergência e pode garantir um atendimento resolutivo e humanizado aos que se encontram em situação aguda ou crônica agudizada de qualquer natureza (CORDEIRO JUNIOR; MAFRA, 2010).

Triagem ou classificação de risco é uma ferramenta de manejo clínico de risco empregada nos serviços de urgência por todo o mundo, para efetuar a construção dos fluxos de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta (MACKWAY JONES, MARSDEN; WINDLE, 2018). Segundo o Ministério da Saúde, Brasil (2009), é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento, que não a ordem de chegada; tem também outros objetivos importantes tais como:

- a) Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, assim como orientar a seus familiares, sobre o tempo provável de espera;
- b) Promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo;
- c) Dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado;
- d) Aumentar a satisfação dos usuários;
- e) Possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

Na tentativa de organizar a demanda alta e desordenada nos pronto-socorros os serviços de saúde recorreram à classificação de risco sendo os usuários identificados de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e, desta maneira, encaminhados ao profissional de saúde de acordo com os diferentes graus de especificidade do tratamento (BRASIL, 2004).

O acolhimento com classificação de risco visa diminuir o risco de mortes evitáveis, extinção das conhecidas triagens por profissionais não qualificados, e atendimento por ordem de chegada, priorizando o critério clínico (ALBINO *et al.*, 2007).

A finalidade da classificação de risco é a definição da ordem do atendimento em função do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada. O protocolo é uma ferramenta para auxiliar a avaliação da gravidade e do risco de agravamento. O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta de inclusão, ou seja, não tem como objetivo deixar ninguém sem atendimento, mas sim organizar e garantir o atendimento a todos (BRASIL, 2009).

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

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

A utilização de protocolos oferece respaldo legal para atuação dos profissionais, mas não podemos deixar de acolher e classificar. Nesse processo a escuta e a disposição para escutar são importantes para estabelecer uma relação acolhedora com o usuário e sermos capazes de oferecer uma classificação de risco

humanizada, com maior acesso dos usuários aos serviços de saúde (TOLEDO *et al.*, 2008).

2.2.1 Sistema de Triagem de Manchester

Os sistemas de Classificação de risco (triagem de prioridades) são tecnologias de saúde usadas em situações em que a demanda de pacientes num serviço de urgência excede a capacidade de resposta imediata a todas essas demandas (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

Entre os sistemas de triagem mais utilizados no mundo, destacam-se quatro: *Emergency Severity Index (ESI)* (norte-americano), *Australasian Triage Scale (ATS)* (australiano), *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)* (canadense) e Sistema de Triagem de Manchester (STM) (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

O STM foi desenvolvido pelo *Manchester Triage Group*, criado em novembro de 1994, na cidade de Manchester, Inglaterra (SOUZA, 2009). O STM começou a ser utilizado nos serviços de emergência do Reino Unido a partir de 1996. No Brasil o STM foi adotado como política pública desde julho de 2008, sendo o estado de Minas Gerais pioneiro em sua implantação. O Hospital João XXIII e o Hospital das Clínicas foram as primeiras instituições a implantar a classificação de risco pelo Protocolo de Manchester, sendo que a partir de 2011 o mesmo passou a ser aplicado na APS em Belo Horizonte (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

O Sistema de Classificação de Risco de Manchester surgiu como uma solução local para os problemas dos serviços de urgência. De forma geral, um método de classificação de risco pode tentar fornecer ao profissional um diagnóstico, uma exclusão diagnóstica ou uma prioridade clínica. O STM trabalha com a prioridade clínica (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

Os princípios básicos que conduzem o STM são o reconhecimento da queixa principal de apresentação e a identificação de um discriminador. A metodologia requer que o profissional defina a queixa ou o motivo que levou o usuário a procurar o serviço de urgência, selecione uma das várias apresentações e então procure um número limitado de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica. Os sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades clínicas são chamados de discriminadores e estão apresentados na forma de fluxogramas para cada condição apresentada (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

Segundo Coutinho, Cecílio e Mota (2012) o STM possui cinco categorias ou níveis. A cada categoria é atribuído um número, cor, nome e tempo-alvo máximo aceitável até o primeiro atendimento médico, como se segue:

- a) **nível 1:** emergente, vermelho, imediato;
- b) **nível 2:** muito urgente, laranja: 10 minutos;
- c) **nível 3:** urgente, amarelo: 60 minutos;
- d) **nível 4:** pouco urgente - verde: 120 minutos; nível;
- e) **nível 5:** não urgente - azul: 240 minutos.

Quadro 1 - Nomenclatura do STM

NÚMERO	COR	NOME	TEMPO DE ESPERA ATÉ ATENDIMENTO
1	Vermelho	Imediato	0 minuto
2	Laranja	Muito Urgente	10 minutos
3	Amarelo	Urgente	60 minutos
4	Verde	Padrão	120 minutos
5	Azul	Não Urgente	240 min

Fonte: Manchester Triage Group, 2008.

O STM contém 52 fluxogramas para os diferentes problemas apresentados: sete são específicos para crianças e dois para catástrofes. Os fluxogramas contêm discriminadores gerais e específicos. Discriminadores são sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades possíveis. Os gerais se aplicam a todos os doentes, independentemente das condições que apresentam, e são características recorrentes nos fluxogramas. São eles: risco de morte, dor, hemorragia, grau de estado de consciência, temperatura e agravamento. Os discriminadores específicos são aplicados para casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e tendem a se relacionar com características-chave de condições particulares. A prioridade clínica requer a busca por informações suficientes para alocar o doente em uma das cinco categorias e determina o prazo máximo para a avaliação médica, como mencionado (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

O processo de triagem inicia-se com a apresentação da queixa que direciona para o fluxograma específico a ser seguido. Sucessivas questões são feitas relativas aos discriminadores, até que se obtenha resposta positiva. Chega-se, então, à

prioridade clínica, definindo o nível de urgência, a cor correspondente e o tempo-alvo de atendimento. Portanto, a decisão da prioridade deixa de ser aleatória, subjetiva ou por ordem de chegada e passa a ser com base em critérios bem estabelecidos. A avaliação de parâmetros clínicos e a percepção visual de sinais de gravidade também compõem o processo de avaliação. A triagem termina com o registro dos dados e o encaminhamento do usuário para a área específica de atendimento ou espera. Entretanto, como se trata de processo dinâmico, pode ser necessária nova reavaliação da prioridade clínica durante a espera do usuário pelo atendimento médico como, por exemplo, alcançar o tempo limite de espera ou após a administração de um analgésico (SOUZA, 2009).

A sala de espera deve ser considerada uma área clínica. Entre as orientações do STM, destaca-se a necessidade de se distinguir prioridade clínica de gestão clínica. A gestão clínica refere-se a características de cada um dos doentes que afetam o seu tratamento e a ordem do atendimento como, por exemplo, idosos, portadores de necessidades especiais, detentos, alcoolizados ou drogados, etc. Além disso, aspectos relacionados ao serviço tais como composição da equipe, superlotação da unidade, muitos usuários graves ao mesmo tempo, podem aumentar o tempo de espera e a insatisfação do usuário. Cada serviço deve desenvolver meios para lidar com essas situações (SOUZA, 2009).

Gestão Clínica é a produção de uma atenção integral à saúde, com qualidade e segurança, orientada às necessidades de saúde das pessoas e populações, por meio da transformação de práticas de atenção, gestão e educação (PADILHA *et al.*, 2018).

Um importante componente do STM é a avaliação da dor. A dor é um elemento importante, porém difícil, por compreender aspectos subjetivos e complexos envolvendo tanto o usuário como o profissional de triagem. A escala de dor do protocolo de Manchester é numérica e visual e vai do zero (sem dor) ao dez (a pior dor). A cada número da escala corresponde uma classificação de dor e uma prioridade, podendo ser leve e recente - com início até sete dias (um ao quatro) correspondente à prioridade verde, moderada (cinco ao sete) - prioridade amarela ou grave (oito ao dez) - prioridade laranja. Os primeiros discriminadores que o profissional deve procurar se referem a níveis mais altos de prioridade, caso não seja localizado um discriminador que corresponda à demanda apresentada, o usuário pode ser classificado como não urgente (SOUZA, 2009).

Figura 1 - Classificação de Prioridades do STM



Fonte: Adaptado de Kanegane, 2011.

No STM, o conceito de triagem está relacionado à determinação da necessidade clínica como um método de manejo de risco clínico. Não tem como objetivo julgar se os usuários estão apropriadamente no serviço de emergência médica, mas garantir que aqueles que precisam de atendimento, recebam-no em tempo adequado. Dentre os 52 fluxogramas disponíveis no STM, o profissional seleciona aquela que mais se aproxima da condição do paciente que, de forma ampla, podem ser agrupados nas seguintes categorias: doenças, lesões, crianças, comportamento anormal e incomum e catástrofes (KANEGANE, 2011).

A confiabilidade do STM varia entre moderada ($K=0,40$) a quase perfeita ($K=0,84$), o que aponta para a necessidade de revisão do protocolo, de modo a aumentar sua reprodutibilidade, uma das condições mais importantes para garantir a confiabilidade de um instrumento de medida. Segundo as autoras, em relação à validade, o STM mostrou-se um protocolo mais inclusivo, ou seja, aumenta a prioridade do usuário face à condição real apresentada (SOUZA *et al.*, 2015).

A classificação de risco sistematizada pelo STM determina padrões para o atendimento de urgências e substitui o modelo tradicional de organização das demandas (SHIROMA; PIRES, 2011).

O STM, além de priorizar o atendimento de usuários no pronto socorro, é capaz de prever a evolução dos doentes durante a permanência na instituição. Dessa forma, a partir da classificação realizada e utilizando o STM, pode-se dizer

quais usuários tiveram maior chance de evolução desfavorável, o que traz grandes contribuições não só para os profissionais de saúde, mas também para o sistema de saúde, que deve ser organizado para oferecer atendimento mais eficiente e ao mesmo tempo mais eficaz aos usuários que procuram atendimento nos prontos-socorros (PINTO JUNIOR *et al.*, 2012).

A utilização do protocolo de Manchester facilita a identificação de características definidoras e de fatores relacionados/fatores de risco que subsidiam a elaboração de diagnósticos de enfermagem na classificação de risco. Os protocolos de classificação possibilitam que diferentes avaliadores façam uma investigação clínica seguindo os mesmos parâmetros para estabelecer as gravidades dos usuários, o que diminui o viés de subjetividade do olhar de cada avaliador. É importante salientar que a classificação de risco não objetiva fazer diagnóstico médico, mas sim uma avaliação de gravidade dos sinais e sintomas apresentados pelo usuário (SOUZA *et al.*, 2013).

A classificação de risco deve ser dinâmica já que a prioridade clínica pode mudar durante a espera do usuário por atendimento. A avaliação secundária da enfermagem deve ser registrada e comunicada as mudanças na prioridade clínica realizando as condutas de acordo com o STM (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

O método de classificação de risco proposto pelo Protocolo de Manchester tem o objetivo de fornecer ao profissional que realiza a triagem uma prioridade clínica, que por sua vez reflete aspectos de uma apresentação/queixa particular do usuário. A prioridade clínica não está precisamente associada ao diagnóstico clínico, uma vez que o tempo ideal proposto para avaliação na classificação de risco é de três minutos, o que leva ao fracasso qualquer tentativa de se estabelecer diagnóstico clínico para o usuário (CORDEIRO JUNIOR; MAFRA, 2010)

O método foi criado para permitir ao profissional da Classificação de Risco a atribuição rápida de uma prioridade clínica ao paciente que chega ao serviço de urgência. O sistema identifica os doentes com maior prioridade e não tem pretensão de realizar o diagnóstico. O objetivo final é proporcionar aos pacientes que procuram os serviços de urgência os cuidados no tempo certo pelo profissional mais habilitado, no local adequado à situação clínica, criando condições de segurança para sua avaliação e tratamento (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

Apesar da classificação de risco ser uma ferramenta útil e necessária não é suficiente, uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência. Nenhum protocolo de classificação substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento (BRASIL, 2009)

É necessário que o acolhimento, esteja presente na utilização dos protocolos para que o usuário seja abordado em toda sua amplitude. Dessa forma, o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea, é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas. No caso da APS, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento após acolhimento inicial, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção imediata se faz necessária (junto com os outros membros da equipe). Em certas situações, é importante priorizar o atendimento, sob a pena de manter a pessoa em sofrimento, por tempo prolongado. A estratificação de risco pode ser bastante útil nesse sentido. Não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado. A avaliação de risco e vulnerabilidade deve ser, preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. Isso contribui para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários (BRASIL, 2013).

Kanegane (2011) selecionou, dos 52 fluxogramas apresentados pelo STM, os dois que se enquadram para a odontologia. Foi realizada a tradução e adaptação dos mesmos para o serviço da clínica de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO/USP), específica para o atendimento de urgências odontológicas. Foram atendidos 12 pacientes sem a classificação pelo STM adaptado e 139 passaram pela classificação. O nível de concordância intra e inter observadores mostrou que é necessário melhorar o treinamento das pessoas que irão realizar a triagem. Houve grande diminuição no tempo médio de espera desde o primeiro contato até a entrada dos pacientes que passaram pela classificação de prioridade quando comparados com o grupo que foi atendido por ordem de chegada.

Neste estudo o STM foi traduzido e validado para os serviços de urgência odontológica e não para a APS.

2.2.2 Classificação de Risco na Urgência Odontológica

Sob a perspectiva dos cuidados em saúde bucal, observa-se que, na maioria das vezes, as situações de dor ou sofrimento não implicam risco de vida, exceto infecções orofaciais disseminadas, que, se não tratadas corretamente e a tempo, podem evoluir para uma condição de risco de vida por obstrução das vias aéreas superiores ou por septicemia; e hemorragias bucais espontâneas, decorrentes de traumas ou decorrentes de cirurgias. Independentemente do tipo da urgência, todas necessitam de condutas prioritárias para avaliar os sintomas dolorosos agudos e restabelecer a função prejudicada pela situação de urgência. A maioria das urgências odontológicas envolve casos de infecções agudas com origem endodôntica ou periodontal. Sabe-se que a dor de origem dental é um significativo preditor de utilização dos serviços. Existem, ainda, as urgências decorrentes do comprometimento da função mastigatória, de traumatismos dentários e afecções agudas da mucosa bucal. O Ministério da Saúde considera como as principais situações de urgências odontológicas que acometem os usuários que procuram os serviços de saúde bucal na APS: Cárie, pulpite reversível, pulpite irreversível, hipersensibilidade dentinária, pericementite aguda simples, pericementite aguda supurada, pericementite aguda traumática, abscesso apical agudo, abscesso fênix, abscesso periodontal, doença periodontal necrosante, pericoronarite, mobilidade, concussão, subluxação, extrusão, luxação lateral, avulsão, intrusão, fratura, urgências hemorrágicas, urgências do aparelho estomatognático, urgências da mucosa, urgência infecciosa de origem viral, urgência infecciosa de origem fúngica, urgência de resolução protética ou restauradora e urgências pós-operatórias (BRASIL, 2013).

Mesmo com a recomendação de utilização do Protocolo de Manchester pelo Ministério da Saúde ele não classifica as situações clínicas nos escores propostos pelo protocolo (BRASIL, 2013).

2.2.3 Dor na classificação de risco

A dor é um fator determinante de prioridade na perspectiva do paciente. Toda classificação de risco deve incluir uma avaliação de dor. A dor é uma questão chave para os pacientes nos serviços de urgência, a maior parte dos pacientes das urgências sente algum grau de dor. O grau de dor influencia na prioridade e os pacientes sempre têm a expectativa de que sua dor seja tratada (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

Nenhum outro sintoma físico é mais penetrante do que a dor, que é caracteristicamente acompanhada por experiências psicológicas de intenso sofrimento humano e agudo estresse. A experiência da dor é crítica para a sobrevivência, sendo uma experiência única, que serve como um mecanismo protetor para a autopreservação (SOUSA; SILVA, 2004).

Tendo em vista a complexidade do fenômeno da dor e o fato da mesma, segundo a literatura, ser queixa constante e sintoma de muitos agravos apresentados nos serviços de urgência odontológica fez-se necessário o aprofundamento sobre este tema.

2.2.4 Conceito de dor

Dor é conceituada pela *International Association for the Study of Pain (IASP)* como “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (CHAPMAN, 1985). Trata-se de uma impressão penosa, provocada por lesão ou por estados anormais do organismo (TORRES, 2006). A intensidade da dor é percebida de forma distinta por cada sujeito, sendo modificada pela personalidade do indivíduo. Os estados de ansiedade potencializam a dor, aumentam sua percepção e diminuem sua tolerância (GABRIEL; PETIT; CARRIL, 2001).

A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidade, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas o que a torna um problema de saúde pública. Estudos epidemiológicos, nacionais e internacionais demonstram que aproximadamente 80% da procura das pessoas por serviços de saúde são por causa da dor. A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de

Dor a descrevem como o quinto sinal vital e como tal deve ser avaliado com a mesma importância dos outros sinais vitais do paciente. As intervenções para alívio de dor fazem parte do cuidado fundamental e compreender seu significado é ampliar o campo de saberes acerca da importância de sua mensuração. A dor deixou de ser entendida como uma simples sensação para ser, hoje, reconhecida como uma experiência sensorial muito complexa, modificada pelas características da memória, das expectativas e das emoções de cada um. Define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só o componente sensorial, mas também emocional da pessoa que a sofre. Existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da dor face a uma mesma estimulação dolorosa. A partir dessas características subjetivas do fenômeno doloroso acredita-se que provenham as dificuldades de sua avaliação. Os instrumentos de medida são elementos chaves para refinar a relação e comunicação entre quem sente e quem trata a dor (BORGES *et al.*, 2008; BOTTEGA; FONTANA, 2010; VALERA *et al.*, 2014).

A dor pode destruir a capacidade de o paciente agir naturalmente, afetando seu bem-estar físico e emocional, sua situação financeira e sua posição social. A percepção que o paciente tem de sua dor pode, até certo ponto, ser influenciada pela maneira como a dor o impede de viver normalmente. (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

2.2.5 Razões para se avaliar a dor nos serviços de urgência odontológica

A dor é uma questão chave para os pacientes no serviço de urgência devido a uma série de razões:

- a) A maior parte dos pacientes das urgências sente algum grau de dor;
- b) O grau de dor influencia na prioridade;
- c) A gestão adequada da dor é um critério chave para a satisfação do paciente;
- d) Os pacientes com dores podem tornar-se agitados e agressivos;
- e) Os pacientes com dores desestabilizam tanto os profissionais quanto os outros pacientes.

Os pacientes sempre têm a expectativa que sua dor seja tratada (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018). O alívio da dor é atualmente visto como um direito humano básico e, portanto, trata-se não apenas de uma questão clínica, mas

também de uma questão ética que envolve todos os profissionais de saúde. Existe ainda o reconhecimento de que a dor não tratada pode afetar adversamente o bem-estar do paciente, pode evoluir para um estado de dor persistente (crônica), de longo prazo e, obviamente, com custos financeiros e sociais nos ambientes de atendimento de dor aguda (MARTINEZ; GRASSI; MARQUEZ, 2011).

As pessoas precisam ser avaliadas de forma integral, como pessoas em desenvolvimento cuja história, cognição, desejos e afetos não podem ser ignorados. Todos os atributos são recursos que precisam ser considerados para uma avaliação mais completa que vá além da intensidade da dor, ou seja uma avaliação multidimensional da experiência total da dor, da avaliação do quinto sinal vital que não deve ser subestimada. Há necessidade de a equipe de saúde, em geral, ter consciência da complexidade e da multidimensionalidade existente na dor do existir no mundo em diferentes situações e perspectivas subjetivas, realidade que deve ser reconsiderada para possíveis melhorias no ensino, na pesquisa e na prática clínica (SOUZA *et al.*, 2016).

A alta prevalência de dor de dente está diretamente relacionada às condições de acesso, assim como às características das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde. Assim como há necessidade da implantação de serviços vinculados à promoção de saúde, pautados pela equidade e integralidade, é necessária a implantação de serviços de urgência que não simplesmente intervenham na dor de forma mutiladora, mas a encarem como mecanismo de estímulo ao desenvolvimento de procedimentos de prevenção das doenças bucais (LACERDA *et al.*, 2004; ALEXANDRE *et al.*, 2006; FERREIRA *et al.*, 2012; FREIRE *et al.*, 2012.)

Entre as dores orofaciais, a dor de dente é a mais frequente. Ela pode ser caracterizada como a dor que emana dos dentes e de suas estruturas de suporte, sendo resultado da cárie dentária, doença periodontal ou traumatismo, caracterizando-se como aguda, recorrente ou crônica. A odontalgia está relacionada com a experiência e atividade de cárie dentária e a fatores socioeconômicos e psicossociais, mostrando a necessidade de maior atenção com estas condições. A dor, além de interferir na qualidade de vida das pessoas, é influenciada pelas condições sociais e de acesso a serviços odontológicos. A qualidade de vida é uma das maiores preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma vez que pode ser relacionada à saúde e entendida como a determinação do impacto pessoal, social, físico e psicológico imposto pela doença. Uma das razões mais comuns para

a procura de cuidado médico-odontológico é a dor de dentes e/ou tecidos periodontais. Ela pode impedir ou dificultar atividades diárias, tais como trabalhar, se divertir e se relacionar com outras pessoas. Considerando-se a grande extensão territorial do Brasil e suas profundas desigualdades sociais, os impactos negativos na vida dos indivíduos causados pela dor de dente deverão reforçar a necessidade de ações prioritárias na política atual de saúde bucal de modo a garantir o princípio da equidade, ampliando o acesso da atenção e do cuidado àqueles com piores condições socioeconômicas e de saúde (ALEXANDRE *et al.*, 2006; BORGES *et al.*, 2008; PERES *et al.*, 2012; FERREIRA *et al.*, 2012; FREIRE *et al.*, 2012; NORO *et al.*, 2014).

O controle e alívio da dor devem estar na lista de prioridades no atendimento do paciente. Apesar do impacto desfavorável da dor, do sofrimento que esta causa e das suas repercussões, os cuidados destinados ao paciente com dor continuam a ser um grande desafio. A dificuldade no combate à dor se inicia na deficiência de sua percepção. O controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde (SOUSA, 2002; PEREIRA *et al.*, 2015).

A odontalgia representa muito sofrimento para a população que busca um serviço odontológico de urgência. Esse fato deverá orientar as políticas públicas de saúde bucal, tendo em vista que a população desfavorecida socialmente é mais acometida pela dor de dente (LUCAS *et al.*, 2014).

A avaliação da dor consiste no reconhecimento da importância da dor no processo de classificação de risco. Não devemos considerar apenas a avaliação subjetiva do paciente nem somente a avaliação do profissional da classificação de risco. A avaliação de dor na urgência pode ser difícil. De um lado os pacientes se sentem pressionados a dizer que têm dores para justificar sua ida ao serviço. Além disto, a maioria dos instrumentos de avaliação de dor foi desenvolvida para utilizar no pós-operatório ou em doenças crônicas. De fato, não foi investido muito trabalho na pertinência da sua utilização nos ambientes de urgência. Segundo Mackway-Jones; Marsden; Windle (2018) existem três tipos de instrumentos de avaliação:

a) Escala descritiva verbal: Consiste num certo número de palavras, normalmente de três a cinco que são classificadas por ordem numérica. Os termos mais comuns são: nenhuma, leve, moderada, intensa e dilacerante;

- b) Escala visual analógica:** Consiste em uma linha reta que representa vários níveis de dor, com expressões de sem dor e a pior de todas; fixas em cada extremidade. Os pacientes podem assinalar um ponto qualquer na linha;
- c) Instrumentos comportamentais da dor:** Foram desenvolvidos com base no princípio de que os doentes com dores têm certos comportamentos e alterações fisiológicas. Esses instrumentos podem medir comportamentos e alterações fisiológicas para priorizar a dor: resposta verbal, linguagem corporal, expressão facial, alterações comportamentais, nível de consciência e alterações fisiológicas.

Conceitos e fenômenos de natureza subjetiva, como a dor, são difíceis de serem quantificados por meio de instrumentos e processos livres de erros sistemáticos. Sem avaliação apropriada, a dor pode ser mal interpretada ou subestimada, o que possivelmente acarreta manipulação inadequada e prejudica a qualidade de vida do paciente. A mensuração da experiência dolorosa é tarefa desafiadora para aqueles que procuram maneja-la adequadamente quer pela complexidade do fenômeno doloroso ou pela falta de um instrumento de medida ideal. Avaliar e mensurar a dor de forma padronizada, sistemática, por meio de escalas válidas e fidedignas é fundamental para a redução da dor e sofrimento e para a avaliação da experiência dolorosa. Tornar a dor visível, por meio da medida de sua intensidade, contribui para o alívio adequado dessa experiência (PEREIRA *et al.*, 2015).

A mensuração da dor é extremamente importante no ambiente clínico, pois se torna impossível manipular um problema dessa natureza sem ter uma medida sobre a qual basear o tratamento ou a conduta terapêutica. Com uma mensuração apropriada da dor torna-se possível determinar se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema clínico e, também, permite-se escolher qual é o melhor e o mais seguro entre diferentes tipos. Uma medida eficaz da dor possibilita examinar a sua natureza, as suas origens e os seus correlatos clínicos em função das características emocionais, motivacionais, cognitivas e de personalidade do cliente SOUSA (2002).

Pacientes que têm a intensidade da dor mensurada e registrada sistematicamente apresentam redução considerável do quadro doloroso, quando comparados aos que não são monitorados. As vantagens em adotar escala de

controle da analgesia incluem a padronização do método de avaliação, registro, evolução do sistema e principalmente a possibilidade de tornar mais visível e mensurável essa experiência para desencadear comportamentos mais ativos no tratamento medicamentoso. A utilização de uma escala oferece alívio efetivo à dor, de acordo com um julgamento apropriado, possibilitando a humanização do cuidado na medida em que é valorizada a subjetividade e a satisfação das necessidades do paciente. (SILVA; DELIBERATO, 2009)

A avaliação e registro da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde tem que ser feita de forma contínua e regular, o profissional deve estar alerta e sensível a sinais ocultos, é preciso atitude receptiva, disposição para escutar, observar e acima de tudo estar atento à comunicação com o outro. Os sinais vitais devem ser monitorados de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipe prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente. Com a mensuração adequada da dor é possível escolher qual é o melhor e mais seguro entre os tipos de tratamento existentes (SOUSA, 2002; SOUSA; PEREIRA; HORTENSE, 2010; SOUZA *et al.*, 2016)

Uma grande variedade de estratégias para avaliação da dor pode ser utilizada sendo que cada modo de avaliação fornece informações qualitativas e quantitativas a seu respeito. Por ser subjetiva não pode ser medida por instrumentos físicos. A dor deve sempre ser avaliada em um ambiente clínico, para se empreender adequadamente o tratamento e a conduta terapêutica. Na avaliação da dor não se deve negligenciar a descrição do paciente sobre o padrão, a intensidade e a natureza da mesma, considerando que, por ser subjetiva, somente o indivíduo pode descrevê-la da forma como é sentida. Escalas de avaliação podem ajudar na eficácia das intervenções além de respeitar a subjetividade do paciente. A avaliação da dor possibilita reflexões acerca de um melhor planejamento da assistência de modo a oferecer cuidado integral e individualizado do paciente com dor possibilitando a implementação de intervenções que minimizem o sofrimento, tornando o atendimento mais humanizado e atento às necessidades. A aplicação da avaliação da escala de dor é uma maneira de melhor interpretar e entender a dor do paciente, facilitando o planejamento da assistência e a tomada de decisão tornando o atendimento mais humanizado e atento às necessidades do paciente. A comunicação da experiência dolorosa aos profissionais de saúde é fundamental para a compreensão do quadro algico, implementação de medidas analgésicas e

avaliação da eficácia terapêutica. Devido a isso cada vez mais se nota a necessidade de desenvolver instrumentos de avaliação da dor que retratem uma linguagem universal sobre a experiência dolorosa (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

Um instrumento ideal para utilização em um serviço de urgência deve ser rápido e fácil de usar, deve ter sido previamente aferido e deve fornecer resultados confiáveis e replicáveis. Além disso, devem levar em conta tanto as informações do paciente quanto às do observador (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

Os instrumentos multidimensionais, de outro lado, são empregados para avaliar e mensurar as diferentes dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de respostas e suas interações. As principais dimensões avaliadas são a sensorial, a afetiva e a avaliativa. Algumas escalas multidimensionais incluem indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e, também, os auto registros por parte do paciente. Exemplos desses instrumentos são a escala de descritores verbais diferenciais, o Questionário McGill de avaliação da dor e a teoria da detecção do sinal. Com essas escalas, torna se possível avaliar a dor em suas múltiplas dimensões, ou seja, os componentes sensoriais, afetivos e avaliativos que estão refletidos na linguagem usada para descrever a experiência dolorosa (SOUSA, 2002). Entre os instrumentos multidimensionais destacam-se:

a) Questionário mcgill de dor (Mcgill Pain Questionnaire - MPQ)

Publicado por Melzack em 1983 com o propósito de fornecer uma avaliação global da dor, o MPQ tem sido criticado por ser muito longo e isto tem se constituído numa possível razão para sua ausência na prática clínica. Tem sido adaptado e outras versões utilizadas;

b) Inventário breve de dor (Brief Pain Inventory – BPI)

O Inventário Breve de Dor foi desenvolvido em 1983 na Universidade de Wisconsin, EUA, com o propósito fundamental de pesquisa e contendo uma Escala de Categorias Numéricas (NRS) que tem sido frequentemente usada como uma simples medida da intensidade da dor.

Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor e têm sido usados frequentemente em hospitais e/ou clínicas para se obter informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia. Exemplos desses instrumentos são as escalas de categoria numérica/verbal e a escala analógico-visual que são frequentemente empregadas em ambientes clínicos, por serem de aplicação fácil e rápida. Os instrumentos unidimensionais medem apenas a intensidade da dor. Por não considerarem outros aspectos da dor, podem ser rapidamente administrados e isto os tornam vantajosos onde uma medida frequente da dor é necessária (por exemplo, avaliar o efeito analgésico ou onde a intensidade da dor está se alterando) ou onde o paciente não pode tolerar avaliações muito longas. As escalas unidimensionais mais frequentemente usadas na literatura serão apresentadas a seguir:

- a) **Escala analógica visual (Visual Analogue Scale - VAS)** A Escala Analógica Visual (VAS) é frequentemente considerada como um instrumento padrão para mensurar a intensidade da dor. A VAS é também um instrumento popular usado para mensurar a intensidade da dor em diferentes e variados ambientes clínicos nos quais as experiências de dor dos pacientes não podem ser comparadas.
- b) **Escala de categoria numérica Numeric Rating Scale (NRS)** A Escala de Categoria Numérica usualmente compreende 11 categorias ou pontos (0-10).
- c) **Escala de categoria verbal (Verbal Rating Scale - VRS)** A Escala de Categoria Verbal geralmente engloba de quatro a seis descritores ou adjetivos. Ela tem sido criticada por não ser sensível a pequenas mudanças na intensidade da dor e pelas categorias serem restritivas.
- d) **Escala facial de dor (Faces Pain Scale - FPS)**: Embora a Escala Facial de Dor de Wong e Baker 80 tenha sido originalmente desenvolvida para avaliar a intensidade da dor em crianças, ela é também usada em crianças jovens desde três anos de idade até idosos frágeis. Com adultos e idosos, todavia, sua fidedignidade e validade não são inteiramente claras.
- e) **Régua da Dor**: Combina o uso de descritivos verbais com uma escala visual analógica.

Um instrumento ideal para utilização em um serviço de urgência deve ser rápido e fácil de usar, deve ter sido previamente aferido e fornecer resultados aplicáveis e replicáveis. Além disso deve ter em conta tanto as informações do paciente como as do observador. (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

2.3 Elaboração e validação do instrumento

Estudos metodológicos contribuem para ampliar o rigor na condução de pesquisas, pois investigam os próprios métodos de coleta ou organização de dados, desenvolvendo, validando e avaliando ferramentas e métodos de pesquisa (LIMA,2011). É importante considerar a relação entre a construção e a validação de instrumentos como processos interdependentes ou como momentos de um único processo. De acordo com Ramos *et al.* (2017) os atributos esperados de um instrumento se referem à sua validade, confiabilidade, sensibilidade, responsividade e praticabilidade e devem seguir as seguintes etapas:

- a) Definição do marco teórico;
- b) Concepção do instrumento;
- c) Formatação e análise dos dados;
- d) Validação;
- e) Estabelecimento de confiabilidade.

A pesquisa metodológica investiga, organiza e analisa dados para construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas centradas no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados (LIMA, 2011). Validar é um processo de investigação que começa na construção e subsiste durante as etapas de elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados (CARVALHO; GOTTEMS; PIRES, 2015). A elaboração de instrumentos requer atenção na construção dos itens, clareza na abordagem e foco na produção de itens com alto poder discriminatório (RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014). Os instrumentos de coleta de dados devem apresentar validade, confiabilidade, praticabilidade, sensibilidade e responsividade (ALEXANDRE; COLUCI, 2011)

A validade de um instrumento está relacionada à precisão do instrumento em medir o que se propõe medir. O instrumento é válido quando sua construção e

aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que se propõe mensurar. As técnicas mais conhecidas de validação de instrumentos de medida são: validade de conteúdo, validade de aparência, validade de critério e validade de constructo (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012; PAIVA; FIRMINO; ABREU, 2018;).

A validação de instrumentos pode ser considerada como o processo que determina se há base para acreditar-se que um instrumento mede aquilo que tem a intenção de medir e que é útil para a intenção que se propõe (WEISSHEIMER, 2007). Em outras palavras, o termo validar também é definido como o grau em que ele é apropriado para medir o verdadeiro valor daquilo que se propõe a medir possibilitando inferir o quanto os resultados que foram obtidos por meio da utilização do instrumento representam a verdade ou o quanto se afastam dela (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Instrumentos de medição desempenham importante papel na saúde pública, na clínica e na tomada de decisões nos processos de organização dos serviços de saúde. Entretanto, alguns instrumentos não possuem validação metodológica completa ou apresentam diferenças conceituais que dificultam comparações com outros instrumentos (PAIVA *et al.*, 2018).

2.3.1 Validação de conteúdo

Validade de conteúdo é o grau em que os elementos dos instrumentos de validação são relevantes e representativos para avaliar o que se propõe. A relevância de um instrumento de avaliação refere-se à adequação de seus elementos para o constructo alvo e função de avaliação. A validade de conteúdo pode variar entre as populações e a validade deve ser estabelecida para a população que será amostrada para a função. Um instrumento de avaliação pode ter validade de conteúdo para a definição de um construto, mas não para outros. Durante o desenvolvimento inicial do instrumento a finalidade de validação do conteúdo é minimizar a possível variação de erro associado a um instrumento de avaliação e aumentar a probabilidade de obtenção de índices de validade de constructo de suporte em estudos posteriores (HAYNES; RICHARDE KABANY, 1995).

A validade de conteúdo é fundamental no processo de desenvolvimento e adaptação de instrumento de medidas. Apresenta limitações por ser um processo

subjetivo. Sua utilização não elimina a necessidade de aplicação de outras medidas psicométricas. É um processo composto de duas fases: primeiro de desenvolvimento do instrumento e posteriormente a validação do mesmo por análise de especialistas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Ela determina a representatividade de itens que expressam um conteúdo, baseada no julgamento de especialistas em uma área específica. Determina se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para a mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Determina ainda se o conteúdo de um instrumento e medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para a mensuração de determinado fenômeno a ser estudado. Consiste em avaliação subjetiva, baseada no julgamento de peritos na área do conteúdo para se determinar se o instrumento explora todas as dimensões e domínios pertinentes ao conceito do estudo. Refere-se à adequação do conteúdo de um instrumento, em termos do número e amplitude das questões individuais que ele contém. Examina a extensão na qual um instrumento ou questionário representa o universo dos conceitos ou domínios e assim se a medida oferece uma amostra adequada (SILVA *et al.*, 2015; WEISSHEIMER, 2007).

A validade de conteúdo é um fator crucial no desenvolvimento do instrumento, pois aborda se os itens de um instrumento são capazes de medir adequadamente o domínio desejado de conteúdo. Especialistas na temática em questão são frequentemente usados na fase de validação de conteúdo. Os especialistas devem ter experiência e qualificação na área estudada. A solidez do processo de validação é muito influenciada por como os especialistas em conteúdo são escolhidos e utilizados no desenvolvimento do instrumento. Os especialistas avaliam os itens do instrumento bem como o instrumento como um todo (GRANT; DAVIS, 1997; PAIVA; FIRMINO; ABREU, 2018).

Independente do que se deseja validar, é essencial que o pesquisador direcione os critérios de seleção dos especialistas aos objetivos do estudo, bem como observe as limitações da temática em questão. A descrição detalhada dos critérios de seleção dos especialistas configura um passo fundamental para garantir a confiabilidade dos achados da pesquisa, bem como a replicação destes por outros pesquisadores (MELO *et al.*, 2011). Alexandre e Coluci (2011) recomendam, na seleção dos especialistas, os seguintes critérios:

- a) Experiência clínica;
- b) Publicar e pesquisar sobre o tema;
- c) Ser perito na estrutura conceitual envolvida;
- d) Ter conhecimento metodológico sobre construção de questionários e escalas.

Indica-se também a inclusão de leigos potencialmente relacionados à população de estudo. A inclusão destas pessoas assegura a correção de frases e termos que não estão muito claros

2.3.2 Validação semântica

A validação semântica verifica se os itens são inteligíveis para o estrato da população meta que apresenta menor grau de habilidade (HERDMAN; FOX RUSHBY; BADIA, 1997; BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012). Ela possibilita o ajustamento do instrumento, tornando-o mais compreensível aos sujeitos e garante a relevância, a coerência e a compreensão de cada item para a população de referência do estudo (RODRIGUES *et al.*, 2014). Esta fase busca identificar problemas de entendimento e aceitação dos termos inseridos no instrumento proposto por parte dos sujeitos da pesquisa (SILVA *et al.*, 2015).

É necessário, em alguns casos, modificar o instrumento semanticamente para que ele se adeque melhor ao objetivo do estudo. Além disto, é importante considerar o contexto cultural e realizar a validação semântica do instrumento para que o mesmo seja considerado apropriado e confiável (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005; SILVEIRA; OLIVEIRA, 2016).

Um instrumento só pode ser considerado válido se for capaz de captar adequadamente determinado conceito subjacente. O processo de validação semântica proporciona benefícios indiscutíveis ao gerar um instrumento que permite obter informações de fato válidas (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008; PAIVA; FIRMINO; ABREU, 2018).

2.3.3 Grupos focais

Grupo focal é uma técnica de pesquisa qualitativa usada desde 1920 (GATTI, 2012). No Brasil e em outros países, a área da saúde é a que tem usado esta

técnica com maior frequência em trabalhos de pesquisa e de avaliação, mas o seu uso vem sendo ampliado em vários campos como os da psicologia, da educação, do serviço social e da sociologia (GATTI, 2012; BARBOUR, 2009).

Os grupos focais utilizam a interação grupal para produzir dados que seriam dificilmente conseguidos fora de grupos. Um processo de coleta de dados no qual o pesquisador tem a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo, além de observar as interações características do processo grupal. Informações, sentimentos e experiências de pequenos grupos acerca de determinado tema. O grupo focal não pressupõe consenso. O procedimento de análise de grupos focais envolve tanto uma análise temática quanto uma análise das interações, necessariamente interligadas (KIND, 2004). A duração média sugerida na bibliografia varia entre 90 a 180 minutos (KIND, 2004; GATTI, 2012).

Os grupos focais são também conhecidos como entrevistas de grupo, entrevista de grupo focal, discussões de grupo focal, discussões em grupo, nas quais a ênfase recai sobre o aspecto interativo da coleta de dados (FLICK, 2009; MINAYO, 2006; POPE; MAYS, 2009; KIND, 2004; BARBOUR, 2009; MORGAN, 2019). De acordo com Gatti (2012) não se podem confundir grupos focais com entrevistas coletivas, pois os objetivos principais do grupo focal são a discussão e a interação entre os participantes. Para Barbour (2009) qualquer discussão de grupo poderia ser chamada de grupo focal, desde que o pesquisador esteja atendo e estimulando a discussão em grupo.

Os participantes devem ter alguma vivência com o tema a ser discutido, de tal modo que sua participação possa trazer elementos ancorados em suas experiências cotidianas. O grupo focal permite fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados que, com outros meios, poderiam ser difíceis de se manifestarem (BAUER; GASKELL, 2012).

Como técnica de pesquisa o grupo focal tem sua construção e desenvolvimento em função do problema da pesquisa. Esta técnica permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes. Ajuda na obtenção de perspectivas diferentes sobre uma mesma questão (GATTI, 2012).

Não há consenso quanto ao número de participantes para um grupo focal (KIND, 2004; BARBOUR, 2009). No entanto, os autores recomendam que o grupo focal deva ter entre quatro e quinze pessoas. Grupos maiores limitam a participação, as oportunidades de trocas de ideias e elaborações, o aprofundamento no tratamento do tema e também os registros. O processo grupal deve ser flexível, embora sem perder de vista os objetivos da pesquisa (GATTI, 2012).

É um debate aberto e acessível a todos, os assuntos em questão são de interesse comum e a diferença de *status* entre os participantes não são levadas em consideração. O debate é uma troca de pontos de vista, ideias e experiências. Os participantes e o moderador sentam em círculo para que possa haver um contato frente a frente. A primeira tarefa do moderador é a apresentação de si mesmo, do assunto, e a ideia de uma discussão grupal (BAUER; GASKELL, 2010).

Os grupos focais podem ser utilizados em estudos exploratórios, ou nas fases preliminares de uma pesquisa, para apoiar a construção de outros instrumentos (questionários, roteiros de entrevista ou observação) ou para orientar o planejamento em larga escala de um estudo em larga escala com outros instrumentos. Esta técnica pode ser útil em análises por triangulação de métodos (GATTI, 2012; BARBOUR, 2009).

Ressalta-se a importância e a necessidade de bases teóricas para o desenvolvimento e a análise, quando se tratam de pesquisas que usam os grupos focais como técnica de coleta e que cuidados na formação e na condução dos grupos são fundamentais à validade do trabalho (GATTI, 2012).

Se as informações pretendidas em um grupo não forem suficientes para se compreender o problema de pesquisa, devem-se realizar mais grupos até que haja saturação do tema (GATTI, 2012; KIND, 2004).

O valor principal desta técnica fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com os indivíduos (MINAYO, 2006).

3 JUSTIFICATIVAS

Os serviços de saúde devem ser organizados para que consigam acolher o usuário e encaminhá-lo dentro da rede de atenção de maneira resolutiva. A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas sim a gravidade do quadro ou sofrimento do paciente. Neste sentido é que se prioriza o atendimento a qualquer urgência, quando esta estiver ocasionando dor ou sofrimento ao usuário (BRASIL, 2006).

Nem todas as situações identificadas como urgência odontológica, pelos profissionais, podem realmente ser assim classificadas de acordo com a literatura. Observa-se que a demanda espontânea odontológica é confundida com a urgência odontológica, o que sobrecarrega a assistência em saúde bucal na APS e afeta a continuidade e finalização dos tratamentos odontológicos.

Mesmo após a validação do Protocolo de Manchester e da publicação do manual de acolhimento à demanda espontânea do Ministério da Saúde na APS ainda persistem dificuldades no acolhimento, identificação do agravo, direcionamento do usuário dentro da rede e registro nos sistemas de informação devidos.

Apesar de ter sido traduzido para o português e validado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO/USP), na clínica de urgência odontológica de um serviço universitário e de sua utilização ser recomendada pelo Ministério da Saúde, o Protocolo de Manchester ainda necessita ser adaptado e implantado no atendimento de usuários na APS no Brasil. Dessa forma é importante criar e validar um instrumento que consiga classificar e direcionar corretamente os casos de demanda espontânea na atenção primária em saúde bucal, respeitando as particularidades de cada localidade e realizando o atendimento dos casos urgentes.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Realizar a construção e a validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea dos serviços de saúde bucal da atenção primária à saúde.

4.2 Objetivos específicos

- a) Alocar os agravos elencados pelo ministério da saúde de acordo com a CID 10 nos escores do protocolo de Manchester – Validação de Conteúdo;
- b) Realizar a validação semântica do protocolo.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo teórico metodológico (LIMA, 2011) de construção e validação de conteúdo e semântica de um instrumento com o qual, por meio de um fluxograma contendo perguntas sobre os sinais e sintomas apresentados pelos usuários da demanda espontânea da APS, e mensuração da dor por meio da Régua da Dor, pretende-se classificar por ordem de gravidade os agravos demandados como urgência na APS em Saúde Bucal.

5.2 Local e população do estudo

Os grupos focais (MORGAN, 2019) com *experts* (GRANT; DAVIS, 1997; ALEXANDRE; COLLUCCI, 2011) envolveram docentes e profissionais do SUS, e foram realizados na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG), pelo reconhecimento que esta instituição e seus docentes possuem no meio acadêmico.

O estudo envolveu também, um município de médio porte (CALVO *et al.*, 2016), Minas Gerais, e teve como público alvo os usuários de demanda espontânea que procuraram o serviço de saúde bucal na Atenção Primária de uma Unidade Básica de Saúde.

O município possui sete Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Equipe de Saúde da Família (ESF), sendo duas equipes na modalidade um e cinco equipes na modalidade dois, em 2019. Possui área de 61,892km² e pertence à região metropolitana de Belo Horizonte, localizando-se a aproximadamente 30 km da capital. Apresentava, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017), população estimada de 31.037 habitantes em 2017. Este município segue os preceitos da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e foi escolhido por conveniência, pela facilidade de acesso à equipe gestora bem como pela disponibilidade dos profissionais para aplicar o instrumento.

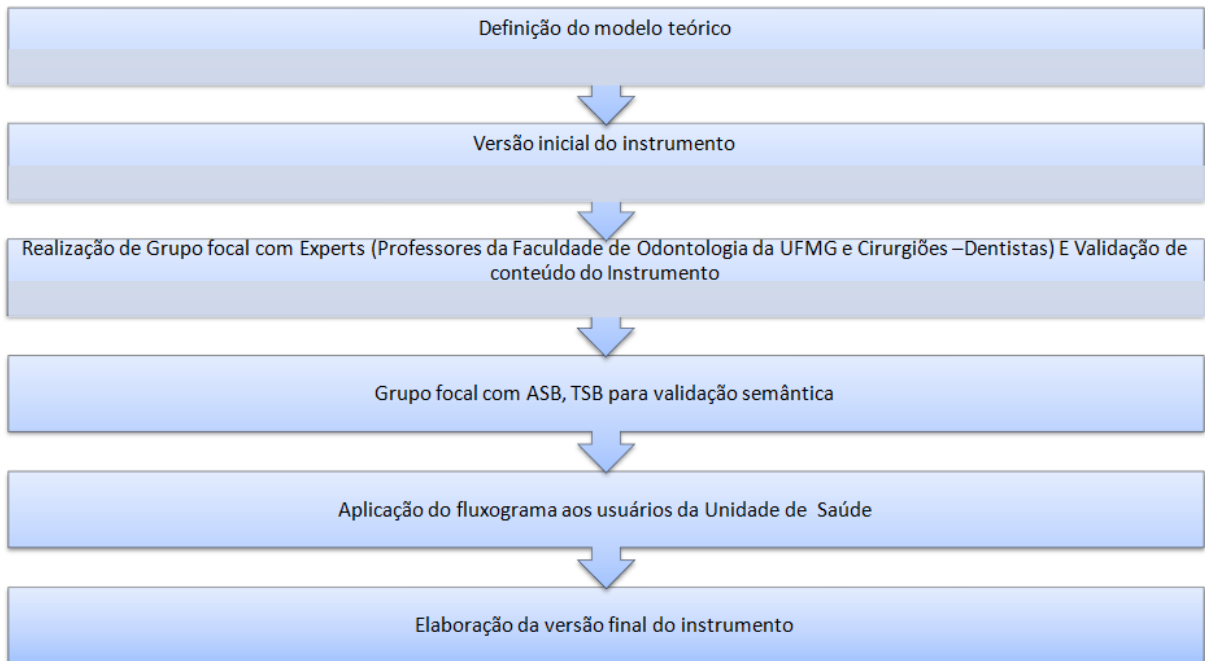
5.3 Aspectos éticos

- a) Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o mesmo foi aplicado aos participantes da pesquisa;
- b) O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais por meio do parecer 3.082.686 de 13 de Dezembro de 2018 e CAAE 98040318700005149, e seguiu os preceitos éticos da resolução 466/2012.

5.4 Procedimentos adotados para construção e validação do instrumento

- a) Delimitação do modelo teórico;
- b) Elaboração da versão preliminar do questionário;
- c) Levantamento e discussão dos agravos caracterizados como urgência odontológica pelo Ministério da Saúde e validação de conteúdo por meio de grupos focais realizados com *experts* (cirurgiões dentistas que trabalham na assistência do município envolvido na pesquisa e professores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais);
- d) Validação semântica através de grupo focal com ASB, TSB do município envolvido na pesquisa a fim de adequar o questionário à realidade do serviço, tornando-o claro e de fácil entendimento pela população alvo;
- e) Aplicação do questionário a 48 usuários do município envolvido na pesquisa;
- f) Elaboração da versão final do instrumento.

Figura 2 - Fluxo de construção e validação semântica e de conteúdo do instrumento



5.4.1 Versão inicial do protocolo

A elaboração do protocolo foi fundamentada no conceito de acolhimento com avaliação e classificação de risco, considerando o Sistema de Triagem de Manchester (STM), a APS, a PNSB. O levantamento e detalhamento, baseado na literatura específica, dos principais agravos apontados pelo Ministério da Saúde, como urgência odontológica também fizeram parte do referencial teórico do presente estudo.

Foi elaborada uma versão preliminar do protocolo pela autora, a partir do referencial teórico, para discussão nos grupos focais. Os agravos foram selecionados a partir do documento do Ministério da Saúde sobre Acolhimento à Demanda Espontânea (BRASIL, 2013).

Quadro 2 - Classificação dos agravos odontológicos baseada na classificação de cores do STM*

Cor	Classificação	Tempo de atendimento	Descrição do agravo
Vermelho	Emergente	Imediato	Quadros nos quais o usuário apresenta perda de consciência, vômito, náuseas, dores de cabeça ou distúrbios de visão que possam indicar traumatismo craniano.
Laranja	Muito urgente	10 min	Avulsão
			Urgência hemorrágica
Amarelo	Urgente	60 min	Pulpite irreversível
			Pericementite apical aguda supurada
			Abscesso periapical agudo
			Abscesso fênix
			Abscesso periodontal
			Doença periodontal necrosante
			Extrusão
			Luxação lateral
			Intrusão
			Luxação condilar bilateral
			Alveolite
Restauração anterior			
Verde	Pouco	120min	Pericementite apical aguda simples
			Pericementite apical aguda traumática
			Pericoronarite
			Subluxação
			Deslocamento de disco sem redução
			infecção de origem viral

	Urgente		infecção de origem fúngica
			Urgências da mucosa (lesões traumáticas, aftosas, queimaduras)
			Urgências do aparelho estomatognático
Azul	Não urgente	Programada	Cárie
			Restauração posterior
			Pulpite reversível
			Hipersensibilidade dentinária
			Mobilidade grau IV
			Concussão
			Disfunção muscular

* Proposta preliminar elaborada pela autora da pesquisa a ser submetida aos especialistas

5.4.2 Realização de grupo focal com *experts* para validação de conteúdo

Neste primeiro grupo focal, composto por oito participantes além da moderadora e de dois relatores, pretendeu-se realizar a validação de conteúdo. Neste momento foram discutidos os agravos levantados pelo Ministério da Saúde como urgência odontológica e o tempo necessário para atendimento. O tempo programado, 180 minutos, não foi suficiente para o esgotamento do assunto e foi então agendado um segundo grupo focal para dar continuidade às discussões. No segundo grupo focal, foi retomada a discussão acerca dos agravos, revisão dos mesmos e adaptação dos escores de cores de acordo com as particularidades destes agravos odontológicos. Inicialmente havia sido proposto um questionário que também foi discutido pelo grupo focal.

Esses dois grupos focais realizados com os *experts* ocorreram na Faculdade de Odontologia da FOUFG e foram compostos por docentes e profissionais do SUS, todos Cirurgiões-dentistas, com experiência no tema tratado e assim qualificados:

Expert A: Doutora em Biologia Celular, professora adjunta da FOUFGM na área de Endodontia e traumatismos dentários;

Expert B: Doutor em Estomatologia e professor associado da FAOUFGM no departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia;

Expert C: Doutor em Periodontia e professor adjunto da FAOUFGM;

Expert D: Doutora em Odontologia, área de pesquisa Epidemiologia e professora adjunta da FAOUFGM no departamento de Odontologia Social e Preventiva;

Expert E: Especialista em Endodontia e integrante do quadro de funcionários do Centro de Especialidades de Sarzedo (CEO) da Prefeitura Municipal de Sarzedo;

Expert F: Especialista em Periodontia e integrante do quadro de funcionários do CEO da Prefeitura Municipal de Sarzedo;

Expert G: Especialista em Saúde Coletiva e integrante do quadro de funcionários da Prefeitura Municipal de Sarzedo;

Expert H: Coordenadora de Saúde Bucal do Município de Sarzedo.

5.4.3 Realização do grupo focal com Auxiliares em Saúde Bucal e Técnicas em Saúde Bucal

O grupo focal com os Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) e Técnicas em Saúde Bucal (TSB) foi realizado no município envolvido na pesquisa. O grupo foi composto por nove pessoas, sendo seis ASB, duas TSB e a coordenadora de saúde bucal, além do moderador e do relator. Neste momento foi realizada a validação semântica do protocolo, cujo objetivo foi verificar se os itens estavam compreensíveis e se a forma de perguntar estava clara para os sujeitos que iriam aplicá-lo.

5.4.4 Aplicação do protocolo aos usuários

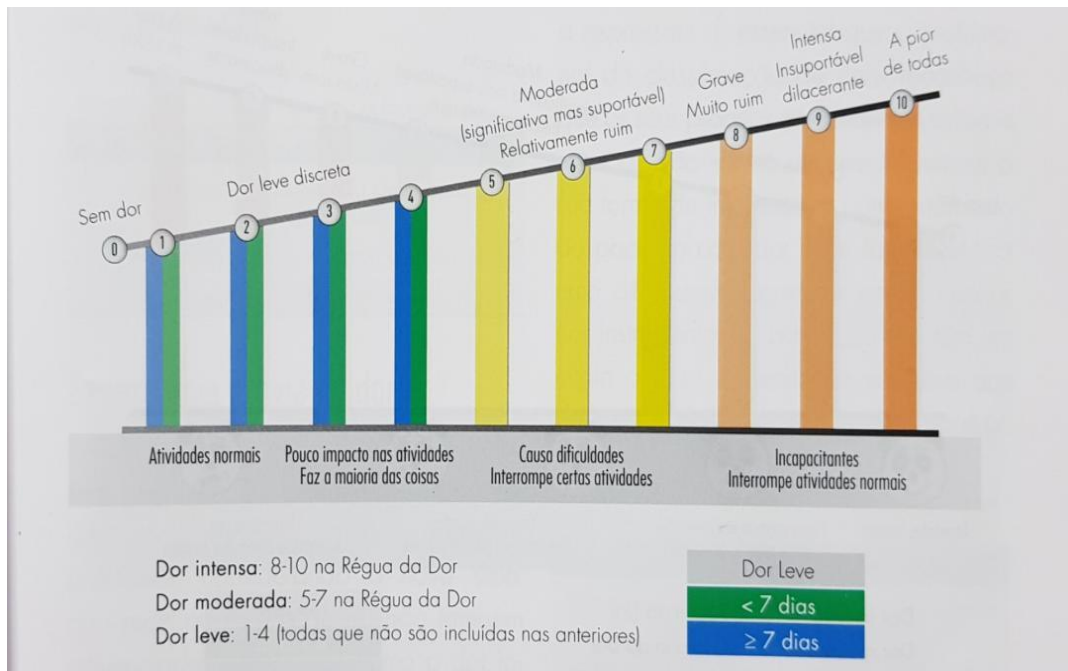
O protocolo, previamente testado, foi aplicado aos usuários da demanda espontânea, no horário de funcionamento na unidade, durante 11 dias. Convém ressaltar que não há um horário específico na unidade de saúde para atendimento das urgências odontológicas, mas usualmente os pacientes com dor procuram este serviço no momento de abertura do mesmo, ou seja, às 7hs da manhã. O usuário que chegava queixando-se de dor era levado para a sala de acolhimento, onde era

aplicado o protocolo pela ASB ou TSB. Em seguida o cirurgião dentista fazia a avaliação clínica do paciente.

No presente trabalho foi utilizada a régua da dor, um instrumento de avaliação reconhecido, que parece prestar-se mais ao uso nos serviços de urgência que as demais alternativas uma vez que mede a intensidade da dor e seus efeitos nas funções normais. Combina o uso de descritivos verbais com uma escala visual analógica, é rápida e fácil de usar, permite ao profissional envolver-se no processo de avaliação da dor do paciente, promove o diálogo e valorização do paciente, produz classificação que permite avaliação contínua. O resultado da avaliação é fácil de documentar e pode ser adaptada para o uso com crianças (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

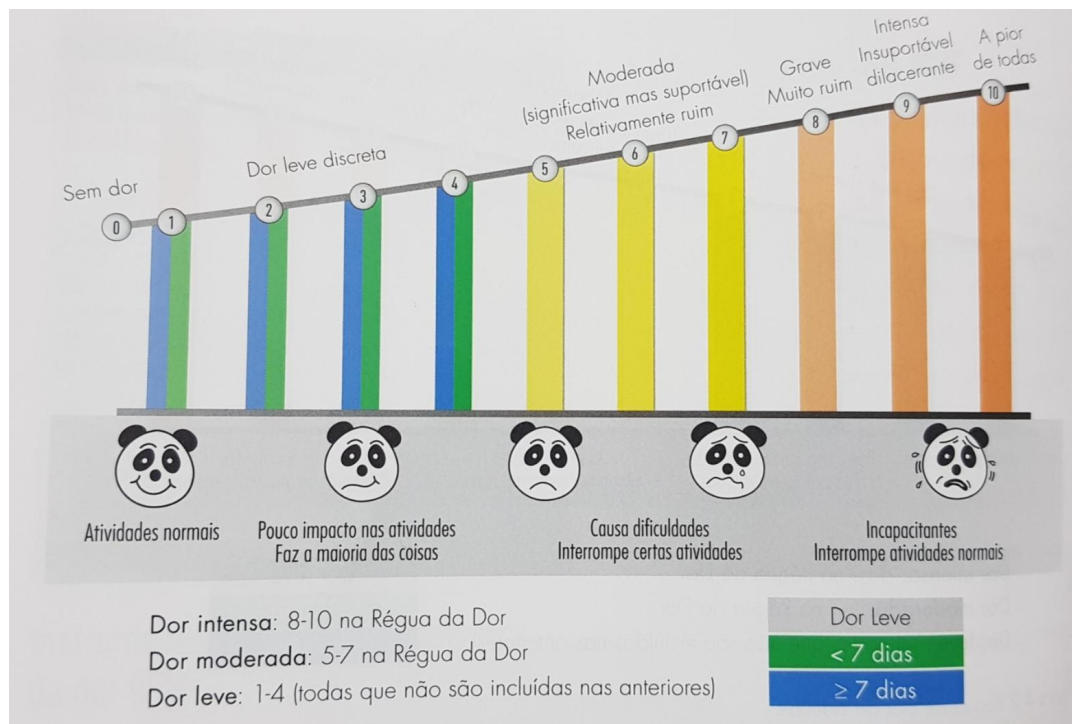
A escala de dor visual era mostrada para o paciente e ele apontava sozinho o nível de dor, entretanto observou-se que mesmo conversando normalmente, sorrindo, brincando e comendo, os pacientes tendiam a marcar na escala sempre os piores graus de dor para “garantir” atendimento. Devido a isso passou-se a aliar a avaliação subjetiva do avaliador na classificação da dor. A percepção do observador na classificação de dor na odontologia é fundamental. Foi utilizada na mensuração da dor a régua da dor tanto adulta quanto pediátrica, a mesma mede a intensidade da dor e seus efeitos nas funções normais, combina os descritivos verbais com uma escala visual analógica, o que a torna mais ampla (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

Figura 3 - Régua da Dor Adulta



Fonte: MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018.

Figura 4 – Régua da Dor Pediátrica



Fonte: MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018.

A versão final do protocolo foi elaborada com base nas informações extraídas dos grupos focais e da aplicação do mesmo. O protocolo continha os agravos, um fluxograma, aplicado no acolhimento; e a escala de dor.

6 RESULTADOS

Construção, validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco em saúde bucal

Development, content and semantic validation of reception and risk classification instrument in oral health

Sarah Silva Osanan¹, Saul Martins Paiva², Rafaela da Silveira Pinto³, Arthur Guilherme Pereira⁴, Simone Dutra Lucas⁵.

1 Aluna do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais

2 Professor Titular do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

3 Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais

4 Aluno de Graduação da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais

5 Professora Aposentada do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo

Este estudo objetiva construir e validar o conteúdo e a semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea odontológica na atenção primária à saúde, baseado no Protocolo de Manchester e nas orientações do Ministério da Saúde. É um estudo metodológico no qual o instrumento contém perguntas sobre os sinais e sintomas apresentados pelos usuários. A delimitação do modelo teórico, validação de conteúdo e alocação dos agravos nos escores, de acordo com o protocolo de Manchester, é fruto de grupos focais realizados com *experts*. A validação semântica se deu por meio de grupos focais, realizados com auxiliares e técnicos em saúde bucal, e aplicação do instrumento a 48 usuários, que procuraram o serviço de urgência em odontologia; juntamente com uma escala de dor. Estes dois instrumentos apresentaram resultados semelhantes discriminando os agravos em urgentes, pouco urgentes e não urgentes. O protocolo se mostrou válido para o acolhimento e classificação de risco nos serviços odontológicos da atenção primária podendo ser utilizado para organizar a demanda de maneira humanizada e eficaz.

Palavras-chave: Protocolos, Acolhimento, Urgência, Saúde Bucal.

Abstract

The aim of this study is to develop and to conduct the content and semantic validation of an instrument to assess the reception and classification of risk of urgency of spontaneous demand in dental services within primary health care according to the Manchester's Protocol and the recommendations proposed by the Ministry of Health. This is a methodological study where the proposed instrument is composed by items concerning the signs and symptoms reported by healthcare users. The rationale of the theoretical model, content validation, and categorization of the conditions into the scores, according to

the Manchester Protocol resulted from focus groups carried out by experts. The semantic validation was conducted through focus groups involving dental hygienists and dental therapists. The instrument as well as the pain scale were completed by 48 healthcare users who sought for emergency dental service. These both instruments showed similar results with regards the differentiation of the health problems into urgent, less urgent and non urgent. The protocol was considered valid for reception and classification of risk in dental services within primary health care. It was also adequate to organize the demand in a humanized and effective way.

Keywords: Protocols. User Embracement. Emergency Relief. Oral Health.

Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS) aborda o indivíduo na sua forma mais complexa, considera as suas particularidades, o meio no qual está inserido e almeja o atendimento integral. Busca a promoção da saúde, a prevenção e a resolução das patologias já instaladas além de preocupar-se com os fatores que interferem no bem-estar físico, mental e social do sujeito¹.

No trabalho em saúde não utiliza-se apenas equipamentos e máquinas, as chamadas tecnologias duras. Aborda-se outros tipos de tecnologia, como as leve duras, representadas pelo conhecimento estruturado na clínica, na epidemiologia e na psicanálise. Na APS destacam-se as tecnologias denominadas leves, relacionais, que se configuram no trabalho vivo, nos encontros entre trabalhadores e usuários, tecnologias estas que modulam inclusive a utilização das outras duas: leve duras e duras².

O processo de utilização dos serviços de saúde é resultado da relação entre o usuário que procura os serviços de saúde e o profissional que o conduz dentro do sistema. O uso efetivo e eficiente dos sistemas de saúde depende de suas características internas e de fatores individuais sendo que ambos interferem na qualidade dos serviços prestados³.

Nos últimos anos houve considerável progresso na incorporação da saúde bucal no sistema público de saúde. A adoção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) implicou em reconhecer a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, como dever do Estado e direito de todos, sendo necessário enfatizar que serviço público de saúde bucal não se limita ao atendimento clínico, mas inclui também a atuação na comunidade⁴.

Apesar de a APS ser considerada a principal porta de entrada da rede de atenção, o serviço de atendimento das urgências odontológicas é, muitas vezes, utilizado pelos usuários como alternativa para resolução de seus problemas de saúde bucal e ingresso no serviço de saúde. Esta realidade pode ser reflexo da oferta e da capacidade de cuidado insuficientes na APS. A utilização da urgência odontológica como porta de entrada para serviço de saúde bucal revela a assistência fragmentada, demanda desorganizada e deficiência no acesso dos usuários aos serviços de saúde. Ainda hoje, na maioria das vezes, o atendimento é realizado por ordem de chegada, um problema organizacional onde não são estabelecidos critérios clínicos de classificação das necessidades dos usuários, ferindo o princípio de equidade do SUS. Este princípio propõe que os serviços tratem desigualmente os desiguais na medida da sua desigualdade¹.

Como tecnologia capaz de melhorar o serviço de saúde propõe-se a organização do acesso por meio do acolhimento com avaliação e classificação de risco, dispositivo de mudança no processo de trabalho e produção de saúde. O acolhimento é a expressão da escuta humanizada e qualificada. Apresenta-se como instrumento capaz de acolher o usuário e garantir acesso aos serviços de saúde. A classificação de risco é a definição da ordem de atendimento em função da queixa apresentada, construindo fluxos de atendimento organizados e gerando acesso, resposta e atendimento seguro, responsável e humanizado. É um processo dinâmico de inclusão organizada do usuário no sistema de saúde, capaz de melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada aos usuários⁵.

A adequação do processo de trabalho e a utilização de ferramentas de planejamento e organização dos serviços são fundamentais para a efetividade da atenção voltada à produção do cuidado e da saúde⁶.

O cenário atual do atendimento às urgências odontológicas ainda não é o desejado. A lógica do serviço de saúde que se baseia na ordem de chegada e não na gravidade do problema é presente no nosso dia a dia e modificá-la exige empenho. É preciso entender e classificar, na demanda espontânea, o que é urgente e o que não é urgente, e o que pode ter o atendimento programado para outro dia. Acolher e classificar a ordem de atendimento, baseando-se no risco que o usuário apresenta, torna o serviço mais humano, mais eficiente e capaz de dar respostas a todos aqueles que o procuram.

É importante elaborar e validar um instrumento de classificação de risco que consiga classificar e direcionar corretamente os casos de demanda espontânea dos serviços de saúde bucal da atenção primária e que se adeque à realidade brasileira, que respeite as particularidades de cada localidade, para realizar o atendimento dos casos urgentes e organizar a demanda de forma mais eficiente.

Métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo teórico metodológico⁷ de construção e validação de conteúdo e semântica^{8,9} de um instrumento com o qual, por meio de um fluxograma com perguntas sobre os sinais e sintomas apresentados pelos usuários da demanda espontânea da APS e mensuração da dor através da Escala da Dor, pretende-se classificar por ordem de gravidade as demandas da urgência na APS em saúde bucal.

Local e população do estudo

Os grupos focais¹⁰ com *experts*^{11,12} envolveram docentes e profissionais do SUS, e foram realizados na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FAO UFMG), pelo reconhecimento que esta instituição e seus docentes possuem no meio acadêmico.

O estudo envolveu também, um município de médio porte¹³, Minas Gerais, e teve como público alvo os usuários de demanda espontânea que procuraram o serviço de saúde bucal na Atenção Primária de uma Unidade Básica de Saúde.

O município possui sete Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Equipe de Saúde da Família (ESF), sendo duas equipes na modalidade um e cinco equipes na modalidade dois, em 2019. Possui área de 61,892km² e pertence à região metropolitana de Belo Horizonte, localizando-se a aproximadamente 30 km da capital. Apresentava, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁴, população estimada de 31.037 habitantes em 2017. Este município segue os preceitos da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)¹⁵ e foi escolhido por conveniência, pela facilidade de acesso à equipe gestora bem como pela disponibilidade dos profissionais para aplicar o instrumento.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, por meio do parecer 3.082.686 de 13 de Dezembro de 2018 e CAAE n. 98040318700005149 e seguiu os preceitos éticos da resolução 466/2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Etapa 1: Construção e validação do protocolo

Versão inicial do protocolo

A elaboração do protocolo foi fundamentada no conceito de acolhimento com avaliação e classificação de risco, considerando o Sistema de Triagem de Manchester (STM)¹⁶, a APS¹, a PNSB¹⁵. O levantamento e detalhamento, baseado na literatura específica, dos principais agravos apontados pelo Ministério da Saúde¹⁶, como urgência odontológica também fizeram parte do referencial teórico do presente estudo.

Foi elaborada uma versão preliminar do protocolo pela autora, a partir do referencial teórico, para discussão nos grupos focais. Os agravos foram selecionados a partir do documento do Ministério da Saúde sobre Acolhimento à Demanda Espontânea¹⁷.

Realização dos grupos focais com *experts* para validação de conteúdo

Neste primeiro grupo focal¹⁰, composto por oito participantes além da moderadora e de dois relatores, pretendeu-se realizar a validação de conteúdo. Neste momento foram discutidos os agravos levantados pelo Ministério da Saúde como urgência odontológica¹⁷ e o tempo necessário para atendimento. O tempo programado, 180 minutos, não foi suficiente para o esgotamento do assunto e foi então agendado um segundo grupo focal para dar continuidade às discussões. No segundo grupo focal, foi retomada a discussão acerca dos agravos, tempo de atendimento e alocação nos escores de cores para estes agravos. Inicialmente havia sido proposto um questionário que também foi discutido pelo grupo focal.

Esses dois grupos focais realizados com os *experts*^{11,12} ocorreram na Faculdade de Odontologia da FAO UFMG e foram compostos por docentes e profissionais do SUS, todos Cirurgiões-dentistas, com experiência no tema tratado e assim qualificados:

Expert A: Doutora em Biologia Celular, professora adjunta da FAOUFGM na área de Endodontia e traumatismos dentários;

Expert B: Doutor em Estomatologia e professor associado da FAOUFGM no departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia;

Expert C: Doutor em Periodontia e professor adjunto da FAOUFGM;

Expert D: Doutora em Odontologia, área de pesquisa Epidemiologia e professora adjunta da FAOUFGM no departamento de Odontologia Social e Preventiva;

Expert E: Especialista em Endodontia e integrante do quadro de funcionários do Centro de Especialidades de Sarzedo (CEO) da Prefeitura Municipal de Sarzedo;

Expert F: Especialista em Periodontia e integrante do quadro de funcionários do CEO da Prefeitura Municipal de Sarzedo;

Expert G: Especialista em Saúde Coletiva e integrante do quadro de funcionários da Prefeitura Municipal de Sarzedo;

Expert H: Coordenadora de Saúde Bucal do Município de Sarzedo.

Etapa 2: Realização do grupo focal com Auxiliares em Saúde Bucal e Técnicas em Saúde Bucal

O grupo focal com os Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) e Técnicas em Saúde Bucal (TSB) foi realizado no município envolvido na pesquisa. O grupo foi composto por nove pessoas, sendo seis ASB, duas TSB e a coordenadora de saúde bucal, além do moderador e do relator. Neste momento foi realizada a validação semântica do protocolo, cujo objetivo foi verificar se os itens estavam compreensíveis e se a forma de perguntar estava clara para os sujeitos que iriam aplicá-lo.

Etapa 3: Aplicação do protocolo aos usuários

O protocolo, previamente testado, foi aplicado aos usuários da demanda espontânea, no horário de funcionamento na unidade, durante 11 dias. Convém ressaltar que não há um horário específico na unidade de saúde para atendimento das urgências odontológicas, mas usualmente os pacientes com dor procuram este serviço no momento de abertura do mesmo, ou seja, às 7hs da manhã. O usuário que chegava queixando-se de dor era levado para a sala de acolhimento, onde era aplicado o protocolo pela ASB ou TSB. Em seguida o cirurgião dentista fazia a avaliação clínica do paciente.

A escala de dor visual era mostrada para o paciente e ele apontava sozinho o nível de dor, entretanto observou-se que mesmo conversando normalmente, sorrindo, brincando e comendo, os pacientes tendiam a marcar na escala sempre os piores graus de dor para “garantir” atendimento. Devido a isso passou-se a aliar a avaliação subjetiva do avaliador na classificação da dor. A percepção do observador na classificação de dor na odontologia é fundamental. Foi utilizada na mensuração da dor a régua da dor tanto adulta quanto pediátrica, a mesma mede a intensidade da dor e seus efeitos nas funções normais, combina os descritivos verbais com uma escala visual analógica, o que a torna mais ampla¹⁶.

A versão final do protocolo foi elaborada com base nas informações extraídas dos grupos focais e da aplicação do mesmo. O protocolo continha os agravos, um fluxograma, aplicado no acolhimento; e a escala de dor.

Resultados

O trabalho produziu dois resultados. O primeiro atribuído ao grupo focal realizado com os *experts* que trata da alocação dos agravos nos escores do Protocolo de Manchester e representa a validação de conteúdo. O segundo trata-se da validação semântica e é o próprio protocolo aplicado aos usuários.

Resultado do grupo focal com os *experts*

O resultado do grupo focal com os *experts* permitiu enquadrar os agravos considerados pelo Ministério da Saúde¹⁷ como urgência odontológica nas cores dos escores, baseado no STM e a validação de conteúdo do protocolo. Os códigos dos agravos foram obtidos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10)¹⁸. Foi realizada uma adaptação dos escores e tempo de atendimento em relação ao STM devido às particularidades da Odontologia.

O atendimento na APS envolve as urgências e a demanda programada ocasionando geralmente sobrecarga de trabalho. Somando-se a isso foi considerado que, do ponto de vista biológico, não haveria mudança no prognóstico de alguns agravos se os mesmos fossem atendidos em 120 ou 240 minutos. Ou seja, os que inicialmente foram categorizados como necessário atendimento em até 120 minutos, do ponto de vista biológico também poderiam ser atendidos em 240, sem piora do prognóstico. Convencionou-se excluir o intervalo de 120 minutos, deixando a cor verde para os agravos que podem ser atendidos de 60 a 240 min e a cor azul para as demandas programadas como pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação dos agravos odontológicos baseada na classificação de cores do STM e CID 10

Cor	Classificação	Tempo de atendimento	Origem	Descrição do agravo	CID 10
Vermelho	Emergente	Imediato	Complicações de infecções odontogênicas	Angina de Ludwig	K12.2
			Complicações de acidentes/traumas	Urgência Hemorrágica	R58
			Acidentes e traumas	Avulsão até 15 min da ocorrência	K08.1

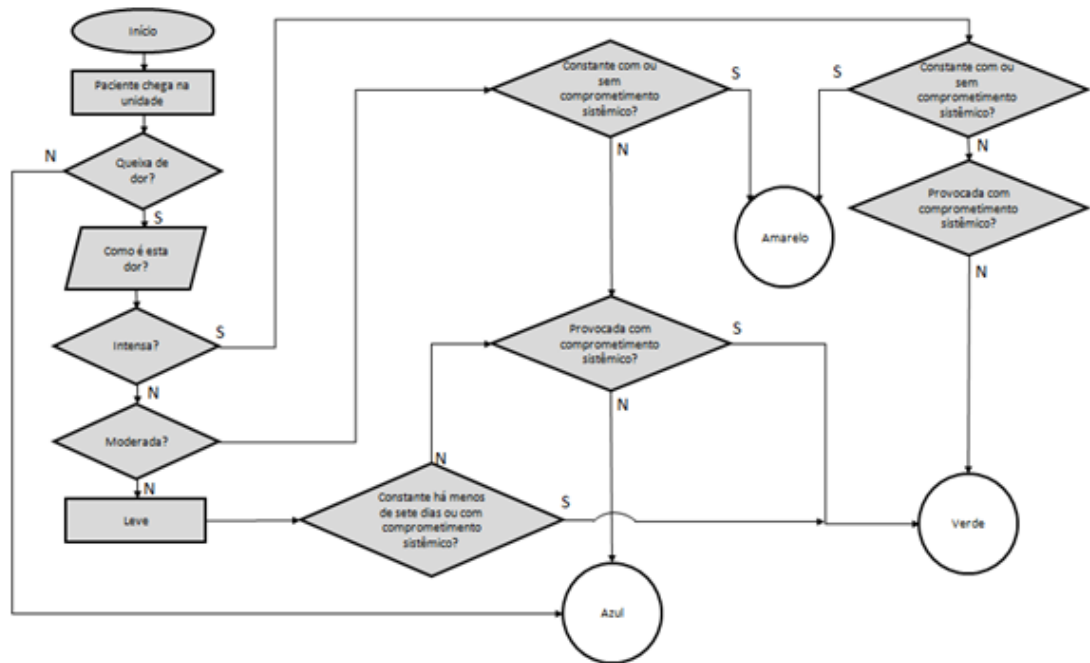
Laranja	Muito urgente	10 min.	Acidentes e traumas	Avulsão de 15 a 60 min em meio de armazenamento apropriado	K08.1
Amarelo	Urgente	60 min	Quadros agudos de origem endodôntica	Pulpite irreversível sintomática	K04.2
				Abscesso periapical sem fístula	K04.7
				Periodontite Apical aguda	K04.4
			Quadros agudos de origem periodontal	Pericoronarite	K05.22
				Abscesso Periodontal	K05.2
			Acidentes e traumas	Avulsão	K08.1
				Urgências da mucosa (lesões traumáticas, queimaduras)	K13
				Fraturas coronárias com comprometimento pulpar	S02.5
			Articulação Têmporo - Mandibular	Luxação da Articulação Têmporo Mandibular	S03.0
			Complicação pós cirúrgica	Alveolite	K10.3
			Quadros de origem periodontal	Doença periodontal necrosante	K05.4

Verde	Pouco Urgente	240 min	Acidentes e traumas	Luxação extrusiva	K05.22
				Luxação lateral	S03.2
				Luxação intrusiva	S03.2
				Subluxação	S03.2
				Fratura Radicular	S02.5
				Fratura Coronoradicular	S02.5
				Fraturas sem exposição pulpar	B00
			Quadros infecciosos	Infecção de origem fúngica	B37
				Infecção de origem viral	S02.5
Articulação têmporo mandibular	Dor, disfunção da ATM	K07.6			
Azul	Não urgente	Programada	Quadros associados a processos dentários	Cárie	K02
				Pulpite Reversível	K04.00
				Hipersensibilidade dentinária	K03.8

*Fonte: Versão construída após a realização do grupo focal com *experts*.

Com base no conteúdo do quadro de agravos foi construído e aplicado, no acolhimento, juntamente com a escala de dor, um fluxograma que direcionava o usuário no serviço levando em consideração a queixa principal, as características da dor e os sinais e sintomas apresentados pelo mesmo.

Figura 1 - Fluxograma de dor



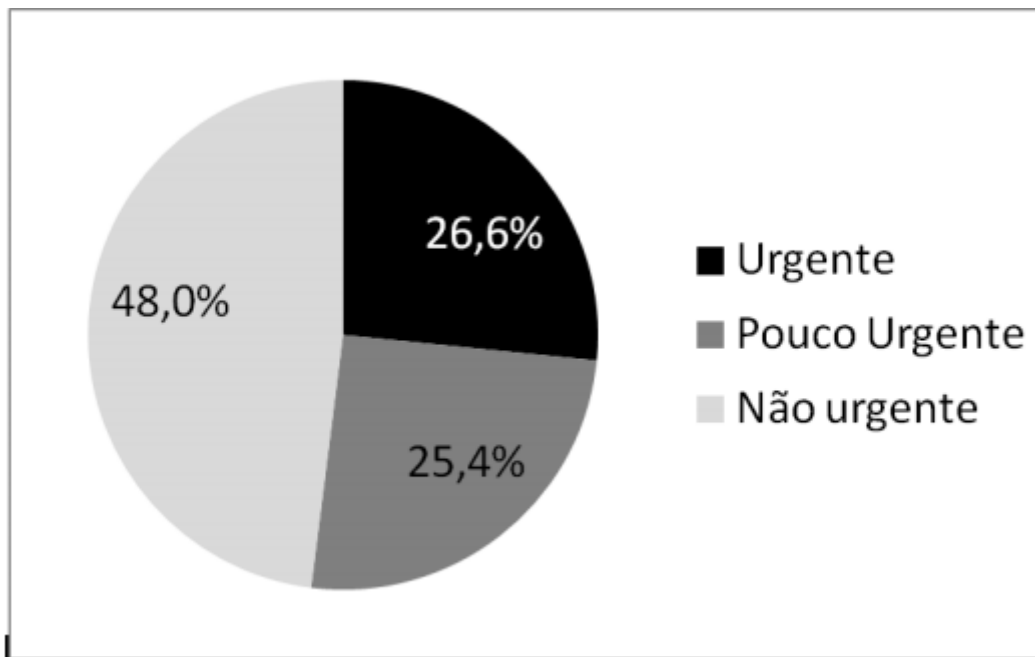
Fonte: Protocolo

Resultado Aplicação teste do protocolo

A versão final do protocolo foi aplicada a 48 usuários na demanda espontânea do serviço de odontologia, em um período de 11 dias.

Após a realização dos grupos focais e aplicação do protocolo observou-se que apenas 26,6% dos usuários que procuraram a demanda espontânea do serviço de saúde bucal apresentavam realmente necessidade de atendimento de urgência com quadros de pulpíte irreversível, abscesso ou alveolite por exemplo, 25,4% apresentavam necessidades pouco urgentes como os quadros de origem periodontal, acidentes e traumas e quadros infecciosos, e 48% não apresentavam necessidade de atendimento urgente, tinham com queixa cárie ou pequena sensibilidade e poderiam, portanto, ter seu atendimento programado para outro dia como pode ser observado no Gráfico 1.

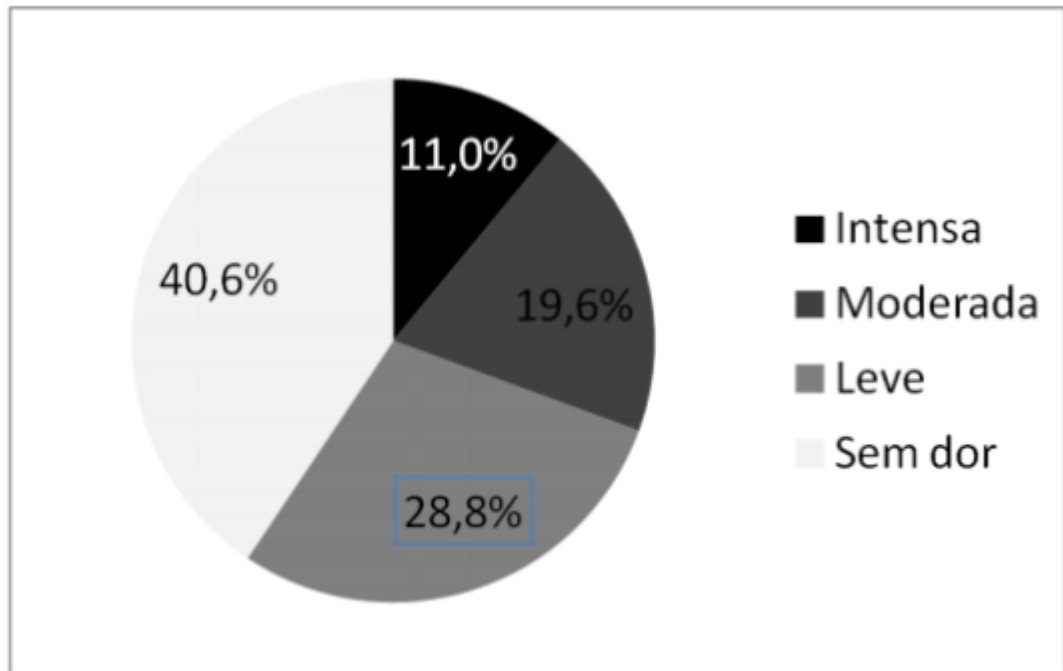
Gráfico 1 – Distribuição dos casos segundo a urgência



Fonte: Fluxograma aplicado aos usuários

Em relação à escala de dor, 11,0% dos usuários apresentavam dor intensa, 19,6% apresentavam dor moderada e 28,8% apresentavam queixa de dor leve e 40,6% não tinham queixa de dor, como pode ser observado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição da dor segundo a intensidade



Fonte: Escala de dor aplicada aos usuários

Os casos de dor intensa identificados na escala de dor estão contidos no fluxograma classificados como urgentes. Os casos de dor moderada identificados na escala de dor se distribuem em urgentes e pouco urgentes no fluxograma. Os casos de dor leve estão contidos na classificação pouco urgente no fluxograma.

A escala de dor e o fluxograma captaram bem os casos não urgentes, pois o percentual de ocorrência de casos sem dor identificados na escala de dor é semelhante ao percentual de casos não urgentes classificados pelo fluxograma.

Discussão

O grupo focal realizado com os *experts*^{11,12} permitiu a padronização da linguagem, a avaliação da relevância das perguntas, a discussão acerca dos agravos tidos como urgência odontológica bem como a alocação dos mesmos nos escores de cores, o que levou à categorização do conteúdo através de nomenclatura própria trazendo um significado comum aos serviços de saúde bucal, compatível com a realidade nacional e com a ciência. Essa

construção coletiva propiciou a elaboração de um material capaz de subsidiar atendimento clínico baseado em conceitos científicos sólidos, promovendo segurança para a prática diária dos profissionais de odontologia. A padronização permite quantificar informações subjetivas que nem sempre são observáveis e determina a representatividade de itens que expressam um conteúdo, baseada no julgamento de especialistas em uma área específica. A validade de conteúdo é um fator crucial no desenvolvimento do instrumento, pois aborda se os itens do mesmo são capazes de medir adequadamente o domínio desejado. O conteúdo de um instrumento de coleta de dados influencia significativamente as inferências que podem ser feitas de seus escores e resultados^{9,11,19,20,21}.

No grupo focal realizado com as ASB e TSB, uma das etapas para a validação semântica, não houve dificuldades. Apesar da diferença do nível de escolaridade entre os cirurgiões dentistas que compuseram o primeiro grupo focal e as ASB e TSB, estas últimas compreenderam semanticamente todos os itens do protocolo. Foi um momento rico de discussão sobre o serviço na perspectiva das mesmas, onde elas expuseram e comentaram suas experiências na urgência odontológica na APS. No presente estudo as ASB e TSB são as responsáveis pela aplicação do protocolo. É fundamental que os profissionais compreendam o mesmo e estejam preparados para atuar de modo adequado. A validação semântica verifica se os itens são inteligíveis para o estrato da população alvo que apresenta menor grau de habilidade e proporciona benefícios indiscutíveis ao gerar um instrumento que permite obter informações de fato válidas^{19,22}.

Apesar da compreensão semântica do protocolo pelas ASB e TSB uma limitação do estudo foi o fato da aplicação ter sido feita pelas mesmas. Observou-se uma dificuldade no momento de explorar os sinais e sintomas dos pacientes porque elas ficavam muito presas ao conteúdo do fluxograma e perdidas quando a resposta não era exatamente a contida no instrumento de acolhimento. No protocolo de Manchester a triagem é realizada por

enfermeiros¹⁶. Acredita-se que o nível de escolaridade influenciou na segurança dos profissionais em aplicar o protocolo. As ASB e TSB tinham dificuldade em interpretar as respostas dos pacientes se elas não fossem exatamente como escritas no protocolo, o que se mostrou um fator limitador. Quando o paciente o respondia, geralmente não relatava fidedignamente o que estava escrito no fluxograma, e isso não acontecia por deficiência semântica, mas por uma questão de diferentes formas de percepção e definição da dor.

O importante para a classificação dos escores do tempo de atendimento era o estado de sofrimento do paciente e não o agravo em si. Para a classificação de tempo não importava se o diagnóstico era de uma pulpíte irreversível ou um abscesso se ambos tinham a mesma característica de dor. Este achado corrobora a literatura quando a mesma afirma que a dor é um fator determinante de prioridade na perspectiva do paciente nos serviços de urgência e deve ser avaliada em toda a sua amplitude. A intensidade e frequência da dor devem ser os norteadores da decisão e o paciente tem a expectativa de que sua dor seja tratada. Por um sintoma de dor relatado pelo usuário é difícil estabelecer diagnóstico, mas é possível estabelecer prioridade de atendimento¹⁶.

Grande parte das pesquisas em saúde envolve a quantificação de variáveis que não podem ser medidas diretamente, são conceitos abstratos. A dor, por exemplo, é reconhecida como uma experiência multidimensional desagradável que envolve não só o componente sensorial, mas também emocional da pessoa que a sofre e o profissional deve ter habilidade para lidar com suas próprias emoções diante do sofrimento do outro^{23,24}. Diante disto foi necessário utilizar uma escala de dor para que a mensuração da mesma se desse de forma mais completa e fidedigna. A partir dessas características subjetivas do fenômeno doloroso acredita-se que provenham as dificuldades de sua avaliação. Os instrumentos de medida são elementos chaves para refinar a relação e comunicação entre quem sente e quem trata a

dor^{25,26,27}. Vale destacar que os resultados da escala de dor e do instrumento de acolhimento apontam um grande percentual de usuários sem dor.

No protocolo, foi criado um campo que contemplasse o paciente que procura o serviço, mas não apresenta dor, ele também precisa ser acolhido e para tanto foi inserido o item avaliação de necessidade de tratamento sem o fator dor envolvido. O propósito do acolhimento e classificação de risco não é julgar se os pacientes deveriam ou não estar num serviço de urgência, mas assegurar que aqueles que precisam de cuidados os recebam de forma rápida e adequada e até mesmo apontar a necessidade de mudança na gestão e organização dos serviços.

O acolhimento propõe garantia do acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado. Oferecer uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da ideia básica do acolhimento. O mesmo deve ser a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade^{28,29}. Há alterações que não estão associadas à dor, mas que geram incômodo e preocupação, afetam o indivíduo não apenas no aspecto biológico, mas também no aspecto social: a estética, a autoestima, a capacidade de relacionar-se ou procurar um emprego.

A urgência odontológica é um grande nó crítico no dia a dia das equipes de saúde bucal. O atendimento diário, programado, pode ser comprometido pelo volume da demanda espontânea. É preciso refletir sobre o fato da demanda programada e a demanda espontânea não serem independentes, a organização de ambas não pode se dar separadamente uma vez que uma reflete a outra. A fila de espera pode não estar registrada, mas está implícita nas condições de vida e panorama social da população sendo refletida na procura por atendimento de forma espontânea. Essa leitura ampliada da realidade pode apontar a deficiência na

organização e gestão dos serviços de saúde^{1,5,6,17}. A prática da integralidade organiza e articula processos de trabalho e tecnologias distintas que resultem em intervenções abrangentes e completas contemplando necessidades de diversas ordens, inclusive socioambientais. O objetivo é uma rede que supere as especificidades odonto-biológicas, que seja capaz de desenvolver ações que considerem o usuário em sua integralidade bio-psico-social^{15,30}.

É um grande desafio classificar o que é uma urgência, principalmente quando há a associação da dor tendo em vista a complexidade e aspecto multifatorial da mesma. Deve-se ter em mente que o instrumento representa um norteador, não pode ser visto como substituto do conhecimento e nem do raciocínio clínico, o conhecimento científico se renova constantemente, novos protocolos são instituídos e assim existe necessidade de atualização permanente do mesmo^{24,31,32}.

Ainda hoje, o acolhimento e a classificação de risco em saúde bucal não são uma realidade, pois os profissionais e os usuários não estão familiarizados com estas propostas. O presente trabalho mostra-se como uma alternativa de organização do serviço para torná-lo mais humano e consoante com os princípios do SUS tendo em vista que o protocolo se mostrou válido para o acolhimento e classificação de risco nos serviços odontológicos da atenção primária podendo ser utilizado para organizar a demanda, melhorar os processos de trabalho e a capacidade resolutive do serviço de maneira humanizada e eficaz.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *PNAB – Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília; 2012. [acessado 2019 Jun 23]. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
- 2 Merhy EE, Chakour M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em

- saúde. In: Merhy EE, Onocko R., organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.p.35-63.
- 3 Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(Supl 2): S190-8.
 - 4 Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(2):360-5.
 - 5 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília; 2009. [acessado 2019 Jun 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
 - 6 Leal DL, Werneck MAF, Oliveira ACB. Validação da versão saúde bucal do Instrumento de Diagnóstico de Estágio de Desenvolvimento da Rede de atenção à Saúde. *Rev Pan-Amaz Saúde*. 2017; 8(4):65-75.
 - 7 Lima DVM. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. *Online Braz J nurs* (Online); 10(2) 2011 abr-ago. [cited 2019 Jun 23]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1414-8145201400040058600010&lng=en
 - 8 Herdman M, Fox- Rushby J, Badia X. Equivalence and translation and adaptation of health – related quality of life questionnaires. *Qual Life Res*. 1997; 6 (3):237-47.
 - 9 Paiva SM, Firmino RT, Abreu LG. Validação de instrumentos para pesquisa odontológica. In: Estrela C, organizador. *Metodologia Científica*. Ciência, Ensino e Pesquisa. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2018.p.315-323.
 - 10 Morgan DL. *Basic and advanced focus groups*. Los Angeles: SAGE, 2019.196 p.
 - 11 Grant JS, Davis LL. Focus on quantitative methods selection and use of content experts for instrument development. *Res Nur Health*, 1997; 20:269-74.
 - 12 Alexandre NMC, oColuci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saúde Colet* 2011; 16(7): 3061-3068.
 - 13 Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi C, Schneide IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25(4):767-76.
 - 14 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2017](https://www.ibge.gov.br/estimativas-da-populacao-residente-no-brasil-e-unidades-da-federa%C3%A7%C3%A3o-sarzedo+2017+ibge&oq=popula%C3%A7%C3%A3o-sarzedo+2017&gs_l=psy-ab.1.0.33i160.1223.7830..10296...0.0..0.193.2968.0j23.....0....1..gws-wiz.....0..35i39j0i67j0j0i131j0i70i251j0i22i30j33i21.hSW5j900e0Q). [Acessado 2019 Jun23]. Disponível em: https://www.google.com.br/search?source=hp&ei=AXQPXamQK_rZ5OUPu9KZmA c&q=popula%C3%A7%C3%A3o+sarzedo+2017+ibge&oq=popula%C3%A7%C3%A3o+sarzedo+2017&gs_l=psy-ab.1.0.33i160.1223.7830..10296...0.0..0.193.2968.0j23.....0....1..gws-wiz.....0..35i39j0i67j0j0i131j0i70i251j0i22i30j33i21.hSW5j900e0Q
 - 15 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília; 2004. [acessado 2019 Jun 23]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
 - 16 Mackway K, Marsden J, Windle J. *Sistema Manchester de Classificação de Risco*. 2ª. ed. Belo Horizonte: Folium, 2018. 207 p.
 - 17 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília; 2013. [acessado 2019 Jun 23]. Disponível em:

- http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf
- 18 Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - [CBCD](#). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10*. [Acessado 2019 Jun 23]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
 - 19 Bellucci Júnior JAB, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Rev Bras Enferm*, 2012;65(5):751-7
 - 20 Silva LMC, Surniche CA, Sicsú NA, Mitano F, Nogueira JA, Santos CB, Cunha FTS, Palha PF. Elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado como política de controle da tuberculose. *Rev Panam Salud Pública*. 2015; 38(2):129-35.
 - 21 Weissheimer AM. *Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento Prenatal Psychosocial Profile*. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem USP; 2007.
 - 22 Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8):1897-909.
 - 23 Chapman CR. Pain measurement: an overview. *Pain*. 1985; 22(1): 1-31.
 - 24 Freitas JS, Silva AE, Minamisava R, Bezerra AL, Sousa MR. Quality of nursing care and satisfaction of patients attendend at a teaching hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(3):454-60.
 - 25 Borges CM, Cascaes AM, Fischer TK, Boing AF, Peres MA, Peres KG. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8):1825-34.
 - 26 Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto contexto - enferm*. [online], 2010;19(2): 283-90.
 - 27 Valera GG, Carezzato NL, Vale FAC, Hortense P. Adaptação cultural para o Brasil da escala Pain Assessment in advanced Dementia – PAINAD. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(3):462-8.
 - 28 Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):345-53.
 - 29 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília; 2004. [acessado 2019 Jun 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
 - 30 Pucca Júnior GA. *Política Nacional de Saúde bucal do Brasil, integralidade e acesso: o caso Brasil Sorridente*. [Tese]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2013.
 - 31 Tolentino GS, Bettencourt ARC, Fonseca SM. Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial. *Rev Bras Enferm* [internet] 2019; 72(2):409-17.

- 32 Cardoso ASF, Muller S, Echer IC, Rabelo-Silva ER, Boni FG, Ribeiro AS. Elaboração e validação de checklist para administração de medicamentos para pacientes em protocolos de pesquisa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019; 40(esp):e20180311.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A urgência odontológica é um grande nó crítico no dia a dia das equipes de saúde bucal. O atendimento diário, programado, pode ser comprometido pelo volume da demanda espontânea. É preciso refletir sobre o fato da demanda programada e a demanda espontânea não serem independentes, a organização de ambas não pode andar separada uma vez que uma reflete a outra. Muitas vezes não existe uma fila de espera registrada, mas a mesma está presente nas condições de vida e sociais da população e aparecem na procura por atendimento de forma espontânea. Essa leitura ampliada da realidade pode nos apontar a deficiência na organização e gestão dos serviços de saúde. É um grande desafio classificar o que é uma urgência, principalmente quando há a associação da dor tendo em vista a complexidade e aspecto multifatorial da mesma.

Ainda hoje, o acolhimento e a classificação de risco em saúde bucal não são uma realidade, pois os profissionais e os usuários não estão familiarizados com estas propostas. O presente trabalho mostra-se como uma alternativa de organização do serviço para torná-lo mais humano e consoante com os princípios do SUS tendo em vista que o protocolo se mostrou válido para o acolhimento e classificação de risco nos serviços odontológicos da atenção primária podendo ser utilizado para organizar a demanda, melhorar os processos de trabalho e a capacidade resolutiva do serviço de maneira humanizada e eficaz.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011.

ALEXANDRE, G. C. *et al.* Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1073-1078, maio 2006.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, abr. 2010.

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENCHACH, V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 4, p.70-75, 2007.

AUSTRESÉGILO, S. C. *et al.* A interface entre a Atenção Primária e os serviços odontológicos de urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de saúde bucal. **Ciência e Saúde coletiva**, Recife, v. 20 n. 10, p. 3111-3120, 2015.

AZAMBUJA, M. P. *et al.* Relato de experiência: o acolhimento em grupo como estratégia para a integralidade. **Psico-USF**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 121-124, jan./jun. 2007.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 216 p.

BAUER, M. W.; GASKELL G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 516 p.

BELLUCCI JUNIOR, J.A.B.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 65, v. 5, p. 751-757, set./out. 2012.

BORGES, C. M. *et al.* Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1825-1834, ago. 2008.

BOTTEGA FH, FONTANA RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto contexto – Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 283-290, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Secretaria-Executiva, **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Humaniza SUS, Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica: saúde bucal, v. 17)

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <HTTP://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/POrt2006/GM/GM648.htm>. Acesso em: 06 nov. 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde, Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde, Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 2)

CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 767-776, 2016.

CARDOSO, A. S. F. *et al.* Elaboração e validação de checklist para administração de medicamentos para pacientes em protocolos de pesquisa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, especial, p. e20180311, 2019.

CARVALHO, E.M.P.; GÖTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G.M.; Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 890-898, 2015.

CARNUT, L.; FIGUEIREDO, N. GOES, P. S. A. Avaliação do nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas da cidade do Recife. **UFES Revista de Odontologia**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-15, set. 2008.

CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10** . Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> Acesso em: 23 jun. 2019.

CHAPMAN, C. R. Pain measurement: an overview. **Pain**, v. 22, p. 1-31, 1985.

CORDEIRO JÚNIOR, W.; MAFRA, A. A. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010. 249 p.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Association between primary dental care and socioeconomic indicators. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, dez. 2005.

FERREIRA, L. L. *et al.* Odontalgia associada a variáveis socioeconômicas, psicossociais e saúde bucal. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 343-349, out./dez. 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FONSECA, D. A. V. **A influência sociodemográfica e da organização do serviço na procura pelo pronto atendimento odontológico no município de Piracicaba**. 2011. 41 f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2011.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 2, p.143-151, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FREIRE, M. C. M. *et al.* Dor dentária e fatores associados em adolescentes brasileiros: a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, Supl., p. S133-S145, 2012.

FREITAS, J. S. *et al.* Quality of nursing care and satisfaction of patients attendend at a teaching hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 454-460, 2014.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro, 2012. 80 p. (Série Pesquisa em Educação)

GABRIEL, M. R. S.; PETIT, J. D.; CARRIL M. L. S. **Fisioterapia em traumatologia, ortopedia e reumatologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 30-37, out. 2014.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Focus on quantitative methods selection and use of content experts for instrument development. **Research in Nursing & Health**, Alabama, v. 20, p. 269-274, 1997.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychological Assessment**, v. 7, n. 3, p. 238-247, 1995.

HERDMAN, M.; FOX- RUSHBY, J.; BADIA, X. Equivalence and translation and adaptation of health – related quality of life questionnaires. **Qual Life Research**, v. 6, n. 3, p. 237-247, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2017**. Disponível em:

https://www.google.com.br/search?source=hp&ei=AXQPXamQK_rZ5OUPu9KZmAc&q=popula%C3%A7%C3%A3o+sarzedo+2017+ibge&oq=popula%C3%A7%C3%A3o+sarzedo+2017&gs_l=psy-ab.1.0.33i160.1223.7830..10296...0.0..0.193.2968.0j23.....0....1..gws-wiz.....0..35i39j0i67j0i131j0i70i251j0i22i30j33i21.hSW5j900e0Q. Acesso em: 23 jun. 2019.

JESUS, W.L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, p. 161-170, 2010.

KANEGANE, K. Tradução para o Português e validação do instrumento para triagem de pacientes “Manchester Triage System” (MTS) e adaptação para o setor de Urgência Odontológica. 2011. 73 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

LACERDA, J. T. *et al.* Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 453-458, 2004.

LIMA, D. V. M. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. **Brazilian Journal Nursing**, v. 10, n. 2, abr./ago. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1414-8145201400040058600010&lng=en. Acesso em: 23 jun. 2019.

LEAL, D. L.; WERNECK, M. A. F.; OLIVEIRA, A. C. B. Validação da versão saúde bucal do Instrumento de Diagnóstico de Estágio de Desenvolvimento da Rede de atenção à Saúde. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 8, n. 4, p. 65-75, 2017.

LUCAS, S. D. *et al.* Uso de metáforas para expressar a dor de dente: um estudo na área de antropologia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1933-1942, 2014.

LUCENA, E. H. G.; PUCCA JR., G. A.; SOUZA, M. F. A política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema único de Saúde. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva- Saúde Bucal*, Brasília, v. 5, n. 3, 2011.

MACKWAY, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. Sistema Manchester de Classificação de Risco. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2018. 207 p.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MELO, R. P. *et al.* Critérios de Seleção de Experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, n. 12, v. 2, p. 424-431, abr./jun. 2011.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 51, n. 4, p. 299-308, 2011.

MERHY, E. E.; CHAKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-112

MERHY, E.E.; CHAKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 35-63.

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

MOYSES, S. J. *et al.* Avanços e desafios à política de vigilância à saúde bucal no Brasil **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p.161-7, dez. 2013.

MORGAN, D. L. **Basic and advanced focus groups**. Los Angeles: SAGE, 2019. 196 p.

NORO, L. R. A. *et al.* Dor de dente e condições socioeconômicas entre adolescentes no Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 105-113, 2014.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 33, p. 307-314, 2005.

PADILHA, R. Q. *et al.* Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online].. 2018, vol. 23, n. 12, pp.4249-4257, 2018.. ISSN 1413-8123. .

PAIVA, S. M., FIRMINO, R. T., ABREU, L. G. Validação de instrumentos para pesquisa odontológica. In: ESTRELA, C. (Org.). **Metodologia científica: ciência, ensino e pesquisa**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018. p. 315-323.

PAIVA, S. M. *et al.* How to Select a Questionnaire with a Good Methodological Quality? **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 1, p. 3-6, 2018.

PEREIRA, L. V. *et al.* Intensidade da dor em idosos institucionalizados: comparação entre as escalas numérica e de descritores verbais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 804-810, 2015.

PERES, M. A. *et al.* Desigualdades contextuais e individuais da prevalência de dor dentária em adultos e idosos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 Sup:S114-S123, 2012.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172 p.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião dentista no Programa Saúde da Família **Interface-Comunicação, Saúde Educação Online**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 185-98, 2011.

PINTO JUNIOR, D.; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Validade preditiva do protocolo de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1041-7, nov./dez. 2012.

PUCCA JUNIOR, G. A. **Política Nacional de Saúde bucal do Brasil, integralidade e acesso: o caso Brasil Sorridente**. 2013. 100 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília 2013.

PUCCA JUNIOR, G. A. A política Nacional de Saúde Bucal como demanda social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.

PUCCA JUNIOR, G. A. Oral Health Policies in Brazil. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 23, suppl 11, p. 9-16, 2009.

RAMOS, F. R. S. et al. Construção da Escala Brasileira de Distresse Moral em enfermeiros: um estudo metodológico. **Texto contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017.

RIBEIRO, M. A. S. et al. Estudos de validação na Enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, n. 14, v. 1, p. 218-28, 2013.

RODRIGUES, L. B. B. R. et al. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1385-1390, jul. 2014.

RODRIGUES, M. T. P.; MOREIRA, T. M. M.; ANDRADE, D. F. Elaboration and validation of instrument to assess adherence to hypertension treatment. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 232-239, 2014.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

SANTOS, D. L. C.; SUPERTI, L.; MACEDO, M. S. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 30-51, 2002.

SANTOS JUNIOR, E.A.S. et al. **Acolhimento com Classificação de Risco**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde, área de Saúde Bucal. **Diretrizes da atenção à saúde bucal do município de São Paulo**. São Paulo: 2006.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, nov./dez. 2004.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P, Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 14-17, 2011.

SILVA, F. C.; DELIBERATO, P. C. P. Análise das escalas de dor: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 7, n. 19, jan./mar. 2009.

SILVA, L. M. C. et al. Elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado como política de controle da tuberculose. **Revista Panamericana Salud Pública**, Washington, v. 38, n. 2, p.129-135, 2015.

SILVEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, R. G. Semantic validation of the ISPCAN Child Abuse Screening Tools (ICAST) in Brazilian Portuguese. **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 105-110, 2016.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da Classificação de Risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

SOUZA, C. C. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo de Manchester. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p.1318-1324, 2013.

SOUZA, C. C.; ARAÚJO, F.; CHIANCA, T. C. M. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p.144-151, 2015.

SOUZA, F. A. E. F. *et al.* A dor desde a perspectiva do ciclo de vida: avaliação e medição através de métodos psicofísicos de estimação de categoria e magnitude. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 24; e2769, 2016.

SOUZA, F. V. S.; PEREIRA, L. V.; HORTENSE, R. C. P. Escala Multidimensional de avaliação de Dor (EMADOR). **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, jan./fev. 2010.

SOUZA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 446-447, maio/jun. 2002.

SOUZA, L. F. A. E. F.; SILVA, J. A. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. **Revista da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor**, v. 5, n. 4, p. 408-429, out./nov./dez. 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESCH, F. C.; OLIVEIRA, B. H.; LEÃO, A. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Early Childhood Oral Health Impact Scale*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1897-1909, ago.2008.

TOLENTINO, G. S.; BETTENCOURT, A. R. C.; FONSECA, S. M. Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 409-4017, 2019.

TOLEDO, M. E. **A interface da urgência em saúde bucal no SUS: um estudo de caso de um Pronto Socorro, no município de São Paulo, no ano 2006**. 2008. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

TORRES, Diego de F. M. **Fisioterapia: guia prático para a clínica**. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, suppl.2, p. S190-S198, 2004.

TURCI, M. A. Acolhimento e demanda espontânea. In: **Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

VALERA, G. G. V. *et al.* Adaptação cultural para o Brasil da escala Pain Assessment in advanced Dementia – PAINAD. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 462-468, 2014.

WEISSHEIMER, A. M. **Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento Prenatal Psychosocial Profile**. 2007. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

WERNECK, M. A. F.; FARIA H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de Cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO

PARECER CONSUBSTANCIADO

HISTÓRICO

Em 25 de maio de 2017, recebi do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da FO-UFMG o projeto de pesquisa intitulado "CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E SEMÂNTICA DE UM INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA URGÊNCIA NA DEMANDA ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", da mestrande Sarah Silva Osanan e orientado pela Professora Simone Dutra Lucas, para análise e elaboração de parecer consubstanciado final emitido após sugestões e comentários realizados em parecer anterior.

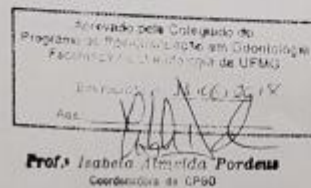
MÉRITO

O projeto passou por ampla reformulação, adequando-se às sugestões e comentários apresentados em parecer anterior bem como ao calendário proposto para o curso de Mestrado Profissional da FO-UFMG.


PARECER

Em vista do exposto acima e considerando sua importância científica e aplicabilidade em saúde pública, s.m.j., sou favorável à aprovação do projeto de pesquisa em questão, a ser desenvolvido sob a orientação da Professora Simone Dutra Lucas.


Belo Horizonte, 29 de maio de 2018



[Signature]
 Prof. Saul Martins de Paiva
 Relator

ANEXO B – PROJETO DE PESQUISA - APROVAÇÃO FINAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha
Belo Horizonte – MG – 31.270-901 – Brasil
Tel. (31) 3409-2470 – Fax: (31) 3409-2472
Site: www.odonto.ufmg.br – posgrad@odonto.ufmg.br




Ref. Projeto de Pesquisa-aprovação final

Em 20 de junho de 2018.

Prezado(a) Professor(a),

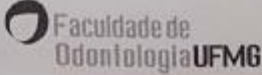
Vimos por meio desta, informar a V. Sa. que o projeto de **Dissertação** intitulado **"CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E SEMÂNTICA DE UM INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA URGÊNCIA NA DEMANDA ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"**, apresentado pela aluna **Sarah Silva Osanan**, do curso de **Mestrado**, área de concentração em **Saúde Pública**, sob sua orientação, foi apreciado e aprovado pelo CPGO em **11 de junho de 2018**.

Atenciosamente,



Profa. Isabela Almeida Pórcus
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação
Faculdade de Odontologia

À Professora
Simone Dutra Lucas
FOUFMG



ANEXO C - PARECER CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E SEMÂNTICA DE UM INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA URGÊNCIA NA DEMANDA ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO

Pesquisador: Simone Dutra Lucas

Área Temática:

Versão: 2

CAA E: 98040318.7.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.082.686

Apresentação do Projeto:

A Atenção primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do sistema de saúde, organizadora da rede de atenção. Ela abrange o conjunto de ações e serviços de saúde, no âmbito individual e coletivo, contemplando a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Trata-se de um estudo teórico metodológico de construção e validação de conteúdo e semântica de um instrumento com o qual, através de um questionário contendo perguntas sobre os sinais e sintomas apresentados pelos usuários da demanda espontânea da APS, pretende-se classificar por ordem de gravidade os agravos demandados como urgência na APS. O estudo será realizado no município de Sarzedo, Minas Gerais, e terá como público alvo a demanda espontânea que procura o serviço de Odontologia na Atenção Primária da Unidade de Saúde ANTÔNIO AFONSO. O município possui sete ESB inseridas na ESF e apresenta, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), população estimada de 31.037 habitantes em 2017. O município de Sarzedo segue os preceitos da PNSB e foi escolhido por conveniência, pela facilidade de acesso à gestão bem como pela disponibilidade dos profissionais para aplicar o instrumento. O estudo será realizado no município de Sarzedo, Minas Gerais, e terá como público alvo a demanda espontânea que procura o serviço de Odontologia na Atenção Primária da Unidade de Saúde ANTÔNIO AFONSO. O município possui sete ESB inseridas na ESF e apresenta, segundo o Instituto Brasileiro

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6527 2ª Ad. Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

Email: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer - 9.032.030

de Geografia e Estatística (IBGE), população estimada de 31.037 habitantes em 2017. O município de Sarzedo segue os preceitos da PNSB e foi escolhido por conveniência, pela facilidade de acesso à gestão bem como pela disponibilidade dos profissionais para aplicar o instrumento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar a construção e a validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda

espontânea dos serviços de saúde bucal da atenção primária à saúde.

Objetivo Secundário:

a) Analisar se o registro das urgências para os Códigos Brasileiros de Ocupação de dentistas nos sistemas de informação corresponde a casos de urgência odontológica;

b) Identificar o Código Internacional de Doenças (CID) mais prevalente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa envolve riscos mínimos aos participantes, de acordo com a resolução 466/2012, já que serão utilizados apenas grupos focais e questionários e estão previstos esclarecimentos prévios aos participantes com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os serviços de saúde devem ser organizados para que consigam acolher o usuário e encaminhá-lo dentro da rede de atenção de maneira resolutiva. Um instrumento que consiga classificar e direcionar corretamente os casos de demanda espontânea na atenção primária em saúde bucal, respeitando as diferenças e necessidades do sujeito na realização do atendimento dos casos urgentes, é fundamental. Nesse sentido o acolhimento com classificação de risco pode ser considerado como uma ferramenta importante na organização da demanda, pois, além de visar a extinção das conhecidas triagens por profissionais não qualificados e atendimento por ordem de chegada, qualifica a escuta levando ao atendimento prioritário dos usuários com problemas mais graves. Esse estudo contribuirá para o avanço na proposta de acolhimento, identificação dos agravos, direcionamento dos usuários dentro da rede de atenção à saúde e registro nos sistemas de informação.]

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - 2ª Ad - 31205

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@pqq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer - 3.032.838

Assentimento / Justificativa de Ausência	tclenovo.pdf	08:08:38	Simone Dutra Lucas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	sarzedo.pdf	27/11/2018 08:08:15	Simone Dutra Lucas	Aceito
Outros	cartacep.pdf	27/11/2018 08:07:21	Simone Dutra Lucas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaraçaoesquisadora.pdf	10/09/2018 18:25:28	Simone Dutra Lucas	Aceito
T/CLÉ / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle.pdf	10/09/2018 15:55:57	Simone Dutra Lucas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetosarah.pdf	10/09/2018 15:53:43	Simone Dutra Lucas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecerdepartamento.pdf	10/09/2018 15:43:44	Simone Dutra Lucas	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	10/09/2018 15:42:37	Simone Dutra Lucas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 13 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 Email: coep@pqg.ufmg.br

APÊNDICE A - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Grupos focais

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Construção, validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde” que está sendo realizada na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Os serviços de saúde devem ser organizados para que consigam acolher o usuário e encaminhá-lo dentro da rede de atenção de maneira resolutiva. Um instrumento que consiga classificar e direcionar corretamente os casos de demanda espontânea na atenção primária em saúde bucal, respeitando as diferenças e necessidades dos sujeitos na realização do atendimento dos casos urgentes, é fundamental. Nesse sentido o acolhimento com classificação de risco pode ser considerado como uma ferramenta importante na organização da demanda, pois, além de visar a extinção das conhecidas triagens por profissionais não qualificados e atendimento por ordem de chegada, qualifica a escuta levando ao atendimento prioritário dos usuários com problemas mais graves. Esse estudo contribuirá para o avanço na proposta de acolhimento, identificação dos agravos, direcionamento dos usuários dentro da rede de atenção à saúde e registro nos sistemas de informação. O objetivo principal do estudo é realizar a construção e a validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea dos serviços de saúde bucal da atenção primária à saúde já que a ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas sim a gravidade do quadro ou sofrimento do paciente.

Você atuará em um grupo focal, que consiste de uma discussão em grupo sobre um tema de pesquisa. No início da reunião o projeto de pesquisa será apresentado pela sua coordenadora. O primeiro grupo focal será constituído por *experts* (cirurgiões dentistas que trabalham na assistência do município de Sarzedo e professores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais e tem como objetivo levantar e discutir os agravos caracterizados como urgência odontológica pelo Ministério da Saúde e validar o conteúdo. O segundo grupo focal será composto por Auxiliares em Saúde Bucal, Técnicos em Saúde Bucal e dois usuários do município de Sarzedo e tem como objetivo fazer a validação semântica para verificar se os itens estão compreensíveis, se a forma de perguntar está clara para os sujeitos que irão aplicar e para os que irão responder o questionário.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento sem que isso lhe traga qualquer prejuízo ou penalidade. Você não terá nenhuma despesa nem receberá nenhum dinheiro para participar dessa pesquisa. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese.

Estão previstos riscos mínimos relativos à sua participação nessa pesquisa, já que a confidencialidade será assegurada, não divulgando os seus dados em nenhuma hipótese. Os possíveis riscos são o desconforto e constrangimento ao expor suas opiniões durante a realização dos grupos focais. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. As gravações, após transcritas, serão armazenadas pela coordenadora da pesquisa, em local seguro, e serão destruídas após cinco anos da conclusão do trabalho. Nas publicações sobre esta pesquisa as análises não farão referência aos participantes da pesquisa e os benefícios que você terá serão indiretos e ajudarão muito os serviços de saúde a se organizarem para que consigam acolher o usuário e encaminha-lo dentro da rede de atenção de maneira a resolver o seu problema.

Você ficará com uma via desse Termo e toda dúvida que tiver a respeito dessa pesquisa poderá perguntar diretamente para a coordenadora dessa pesquisa.

Eu, _____ (nome por extenso do participante da pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido (a) sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da mesma nos termos acima descritos.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Responsável pela pesquisa:

Professora Dra. Simone Dutra Lucas
Departamento de Odontologia Social e Preventiva

Caso seja do seu interesse, você poderá fazer mais perguntas relacionadas a esta pesquisa e estarei à sua disposição para respondê-las, pelo telefone 0xx31-999739239 ou por e-mail: simonedlucas@gmail.com. Você poderá obter mais informações sobre os aspectos éticos referentes a esta pesquisa junto ao Comitê de Ética na Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6.627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, /MG CEP: 31270-901 ou pelo telefone: 34094592.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Questionário para usuários

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Construção, validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde” que está sendo realizada na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Os serviços de saúde devem ser organizados para que consigam acolher o usuário e encaminhá-lo dentro da rede de atenção de maneira resolutiva. Um instrumento que consiga classificar e direcionar corretamente os casos de demanda espontânea na atenção primária em saúde bucal, respeitando as diferenças e necessidades dos sujeitos na realização do atendimento dos casos urgentes, é fundamental. Nesse sentido o acolhimento com classificação de risco pode ser considerado como uma ferramenta importante na organização da demanda, pois, além de visar a extinção das conhecidas triagens por profissionais não qualificados e atendimento por ordem de chegada, qualifica a escuta levando ao atendimento prioritário dos usuários com problemas mais graves. Esse estudo contribuirá para o avanço na proposta de acolhimento, identificação dos agravos, direcionamento dos usuários dentro da rede de atenção à saúde e registro nos sistemas de informação. A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas sim a gravidade do quadro ou sofrimento do paciente. Neste sentido é que se prioriza o atendimento a qualquer urgência, quando esta estiver ocasionando dor ou sofrimento ao usuário. O objetivo principal do estudo é realizar a construção e a validação de um questionário para ser usado no acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea dos serviços de saúde bucal da atenção primária à saúde. O estudo será realizado no município de Sarzedo, Minas Gerais, e terá como público alvo os usuários que procuram o serviço de Odontologia na Atenção Primária da Unidade de Saúde Antônio Afonso.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento sem que isso lhe traga qualquer prejuízo ou penalidade. Você não terá nenhuma despesa nem receberá nenhum dinheiro para participar dessa pesquisa. Sua participação na pesquisa consistirá em responder ao questionário. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese.

Estão previstos riscos mínimos relativos à sua participação nessa pesquisa, já que a confidencialidade será assegurada, não divulgando os seus dados em nenhuma hipótese. Os possíveis riscos são o desconforto e constrangimento ao responder o questionário. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os questionários serão armazenados pela coordenadora da pesquisa, em local seguro, e serão destruídos após cinco anos da conclusão do trabalho. Nas publicações sobre esta pesquisa as análises não farão referência aos participantes da pesquisa e os benefícios que você terá serão indiretos e ajudarão muito os serviços de saúde a se organizarem para que consigam acolher o usuário e encaminhá-lo dentro da rede de atenção de maneira a resolver o seu problema.

Você ficará com uma via desse Termo e toda dúvida que tiver a respeito dessa pesquisa poderá perguntar diretamente para a coordenadora dessa pesquisa.

Eu, _____ (nome por extenso do participante da pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido (a) sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da mesma nos termos acima descritos.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Responsável pela pesquisa:

Professora Dra. Simone Dutra Lucas
Departamento de Odontologia Social e Preventiva

Caso seja do seu interesse, você poderá fazer mais perguntas relacionadas a esta pesquisa e estarei à sua disposição para respondê-las, pelo telefone 0xx31-999739239 ou por e-mail: simonedlucas@gmail.com. Você poderá obter mais informações sobre os aspectos éticos referentes a esta pesquisa junto ao Comitê de Ética na Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6.627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, /MG CEP: 31270-901 ou pelo telefone: 34094592.

APÊNCIDE B - CARTAS AOS PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA
MESTRADO PROFISSIONAL DE ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA

Belo Horizonte, 10 de janeiro de 2019.

Prezado (a) professor (a)

Em primeiro lugar gostaríamos de lhe agradecer pelo aceite em colaborar com a nossa pesquisa participando do grupo de *experts*, na categoria dos docentes. Temos certeza de que a sua experiência profissional lhe capacita para o aprimoramento do estudo em desenvolvimento pela aluna SARAH SILVA OSANAN intitulado “CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E SEMÂNTICA DE UM INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA URGÊNCIA NA DEMANDA ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, orientado por mim, co-orientado pelo Professor Doutor Saul Martins Paiva, tendo como colaboradora a Professora Doutora Rafaela da Silveira Pinto.

Para que possa se inteirar da pesquisa, gostaríamos que você lesse o projeto antes da realização do grupo focal, que contará com a sua participação, mesmo estando prevista uma discussão das dúvidas sobre o mesmo; no início desta atividade.

Após trabalho exaustivo de seleção dos agravos elencados pelo Ministério da Saúde e descritos como mais prevalentes, na literatura, persistem dúvidas quanto à sua inclusão neste estudo. Os agravos foram pesquisados na CID 10 e CID 11 sendo que alguns elencados pelo Ministério não possuem CID. Gostaríamos que você apreciasse o Quadro de Agravos para que, no momento de realização do grupo focal, esta questão já estivesse mais amadurecida.

Seguem anexos o Projeto de pesquisa, o Quadro de agravos, a CID 10, a CID 11 e o Questionário a ser aplicado aos usuários.

Atenciosamente,



Profa. Dra. Simone Dutra Lucas (Orientadora)

simonedlucas@gmail.com 9.9973-9239

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA
MESTRADO PROFISSIONAL DE ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA

Belo Horizonte, 10 de janeiro de 2019.

Prezado (a) Cirurgião Dentista,

Em primeiro lugar gostaríamos de lhe agradecer pelo aceite em colaborar com a nossa pesquisa participando do grupo de *experts*, na categoria de profissionais de saúde, cirurgiões dentistas, do Sistema Único de Saúde do município de Sarzedo. Temos certeza de que a sua experiência profissional lhe capacita para o aprimoramento do estudo em desenvolvimento pela aluna SARAH SILVA OSANAN intitulado “CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E SEMÂNTICA DE UM INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA URGÊNCIA NA DEMANDA ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, orientado por mim, co-orientado pelo Professor Doutor Saul Martins Paiva, tendo como colaboradora a Professora Doutora Rafaela da Silveira Pinto.

Para que possa se inteirar da pesquisa, gostaríamos que você lesse o projeto antes da realização do grupo focal, que contará com a sua participação, mesmo estando prevista uma discussão das dúvidas sobre o mesmo; no início desta atividade.

Após trabalho exaustivo de seleção dos agravos elencados pelo Ministério da Saúde e descritos como mais prevalentes, na literatura, persistem dúvidas quanto à sua inclusão neste estudo. Os agravos foram pesquisados na CID 10 e CID 11 sendo que alguns elencados pelo Ministério não possuem CID. Gostaríamos que você apreciasse o Quadro de Agravos para que, no momento de realização do grupo focal, esta questão já estivesse mais amadurecida.

Seguem anexos o Projeto de pesquisa, o Quadro de agravos, a CID 10, a CID 11 e o Questionário a ser aplicado aos usuários.

Atenciosamente,



Profa. Dra. Simone Dutra Lucas (Orientadora)

simonedlucas@gmail.com 9.9973-9239

**APÊNDICE C - PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
DA URGÊNCIA NA DEMANDA ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

SARAH SILVA OSANAN

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA
URGÊNCIA NA DEMANDA ESPONTÂNEA DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Odontologia

Belo Horizonte

2019

COLABORADORES

Profa. Dra. Simone Dutra Lucas

Profa. Dra. Rafaela da Silveira Pinto

Profa. Dra. Juliana Vilela Bastos

Prof.Dr. Luis Otávio de Miranda Cota

Prof. Dr. Marcelo Drummond Naves

Equipe de Saúde Bucal do Município de Sarzedo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	105
2 PROTOCOLO	107
2.1 Objeto	107
2.2 População alvo	108
2.3 Fluxo do usuário na unidade de saúde	108
ANEXOS	109

1 INTRODUÇÃO

O processo de utilização dos serviços de saúde é resultado da relação entre o usuário que procura os serviços de saúde e o profissional que o conduz dentro do sistema. (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Nos últimos anos houve considerável progresso da incorporação da saúde bucal no sistema público de saúde, (ANTUNES e NARVAI, 2010) entretanto, ainda hoje o serviço de atendimento das urgências odontológicas é, muitas vezes, utilizado pelos usuários como alternativa para resolução de seus problemas de saúde bucal e ingresso no serviço de saúde. Esta realidade pode ser reflexo da oferta e da capacidade de cuidado insuficientes na Atenção Primária à Saúde. A utilização da urgência odontológica como porta de entrada para serviço de saúde bucal revela a assistência fragmentada, demanda desorganizada e deficiência no acesso dos usuários aos serviços de saúde. Ainda hoje, na maioria das vezes, o atendimento é realizado por ordem de chegada, um problema organizacional onde não são estabelecidos critérios clínicos de classificação das necessidades dos usuários, ferindo o princípio de equidade do SUS. Este princípio propõe que os serviços tratem desigualmente os desiguais na medida da sua desigualdade (BRASIL, 2012).

Como tecnologia capaz de melhorar o serviço de saúde propõe-se a organização do acesso por meio do acolhimento com avaliação e classificação de risco. A classificação de risco é a definição da ordem de atendimento em função da queixa apresentada, construindo fluxos de atendimento organizados e gerando acesso, resposta e atendimento seguro, responsável e humanizado. É um processo dinâmico de inclusão organizada do usuário no sistema de saúde, capaz de melhorar a qualidade da assistência prestada. A organização da demanda

programada e espontânea acontece ao mesmo tempo. Quando a demanda programada está organizada, as agudizações das doenças bucais, que são doenças crônicas em sua maioria, diminuem, diminuindo as urgências (BRASIL, 2009).

É preciso entender e classificar, na demanda espontânea, o que é urgente e o que não é urgente e pode ter o atendimento programado. Acolher e classificar a ordem de atendimento, baseando-se no risco que o usuário apresenta, torna o serviço mais humano, mais eficiente e capaz de dar respostas a todos aqueles que o procuram. Diante disto foi elaborado um protocolo de acolhimento e classificação de risco que consiga classificar e direcionar corretamente os casos de demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária e que se adeque à realidade brasileira respeitando as particularidades de cada localidade, realizando o atendimento dos casos urgentes e organizando esta demanda.

2 PROTOCOLO

Os protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. A utilização de protocolos oferece respaldo legal para atuação dos profissionais, mas não podemos deixar de acolher e classificar. Nesse processo a escuta e a disposição para escutar são importantes para estabelecer uma relação acolhedora com o usuário e sermos capazes de oferecer uma classificação de risco humanizada, com maior acesso dos usuários aos serviços de saúde (TOLEDO *et al.* 2008, Werneck *et al.* (2009, p.9)

2.1 Objeto

O presente documento propõe um protocolo de acolhimento e classificação de risco das urgências nos serviços de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde e é fruto das discussões dos resultados da pesquisa “Construção, validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde”

2.2 População alvo

Demanda espontânea dos serviços de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde.

2.3 Fluxo do usuário na unidade de saúde

O usuário chega à unidade de saúde é acolhido e, caso necessário, encaminhado à equipe de Saúde Bucal. A Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) ou a Técnica em Saúde Bucal (TSB) faz a aplicação e preenchimento da ficha de acolhimento odontológico. Nesta ficha consta, além dos dados do paciente, a queixa principal do mesmo. Cada queixa possui um fluxograma correspondente. Após a seleção do fluxograma e aplicação do mesmo, a ASB ou a TSB fará a classificação de risco, determinando o tempo inicial para atendimento, baseado no sistema de cores do Protocolo de Manchester sendo:

- a) cor vermelha, atendimento imediato para os casos emergentes,
- b) cor laranja, atendimento em 10 minutos para os casos muito urgentes;
- c) cor amarela, atendimento em 60 minutos para os casos urgentes;
- d) cor verde, atendimento em 240 minutos para os casos pouco urgentes;
- e) cor azul, programação de atendimento para outro dia para para os casos não urgentes.

Quando a queixa principal é dor, há a aplicação da escala de dor associada ao fluxograma para a classificação tendo em vista que, segundo a literatura, a dor é um fator determinante de prioridade na perspectiva do paciente e toda classificação de risco deve incluir uma avaliação de dor. É uma questão chave para os pacientes nos serviços de urgência, o grau de dor influencia na prioridade (MACKWAY-JONES, MARSDEN E WINDLE, 2018). A escala ajuda o profissional na avaliação

subjetiva da dor e a percepção do observador na classificação de dor na odontologia é fundamental.

Neste protocolo é utilizada a régua da dor adulta e pediátrica, as mesmas medem a intensidade da dor e seus efeitos nas funções normais e combina os descritivos verbais com uma escala visual analógica, o que a torna mais ampla (MACKWAY JONES, MARSDEN E WINDLE, 2018).

ANEXOS

Ficha de acolhimento da urgência odontológica

PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nome completo: _____
 Data de nascimento: _____ Sexo: Masculino () Feminino () Data de exame: _____
 Nome da mãe: _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____ Hora de Chegada à Unidade Básica de Saúde _____

QP: Qual é o principal motivo que te trouxe aqui hoje?

Dor () Cada tipo de dor implica em um tipo de tratamento

Hemorragia ()

Acidentes e traumas ()

Dificuldade de engolir e respirar ()

Dificuldade de abrir e fechar a boca ()

Avaliação()

Escala de dor: _____

Diagnóstico final de acordo com o CID: _____

Marque um X na cor que melhor classifica o caso

Cor	VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
Classificação	Emergente	Muito Urgente	Urgente	Pouco urgente	Não urgente
Tempo de atendimento	Imediato	10 minutos	60 minutos	240 minutos	Programada

Nomes dos profissionais que realizaram o atendimento

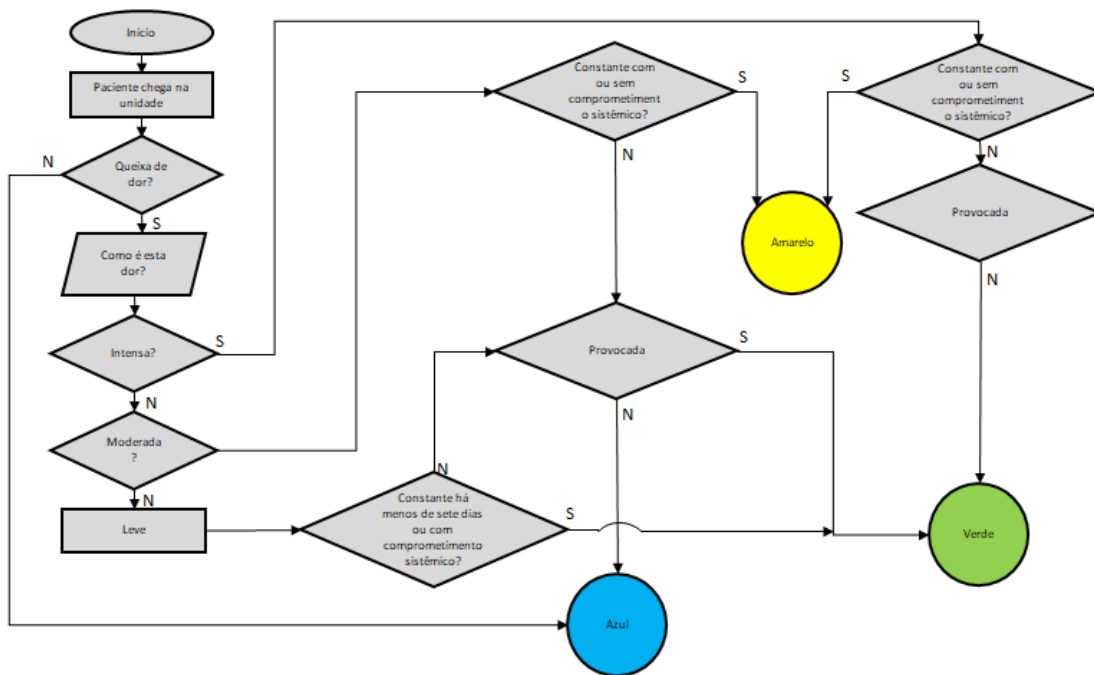
• CD: _____

ASB: _____

TSB: _____

• Observações: _____

Fluxograma de dor



Escala de dor:

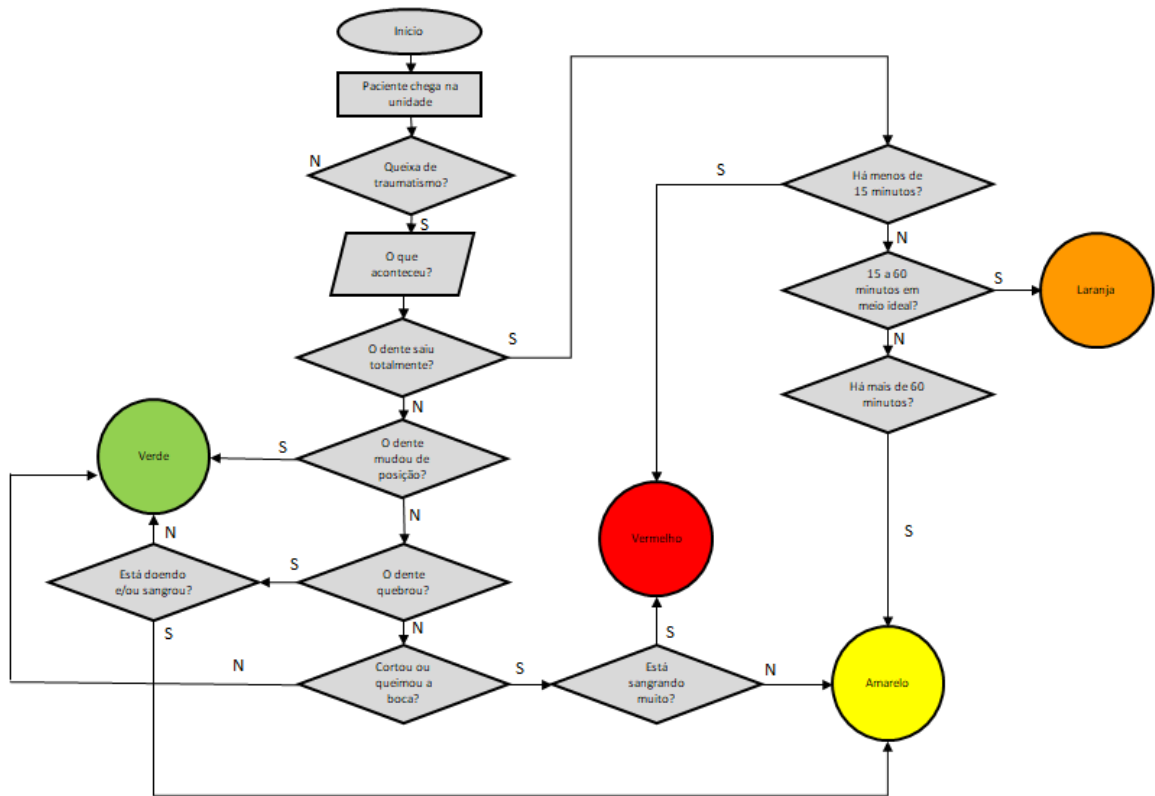
Sem dor: Desenvolvimento normal das atividades

Dor leve: Pouco impacto nas atividades de rotina

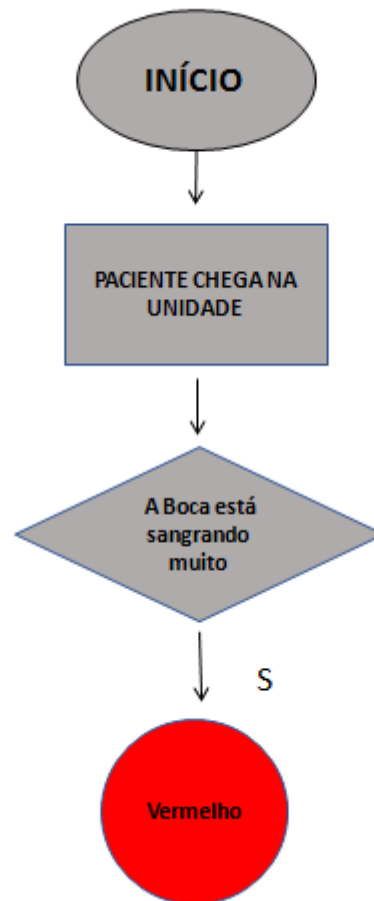
Dor moderada causa dificuldades no desenvolvimento das atividades

Dor intensa: Incapacitante

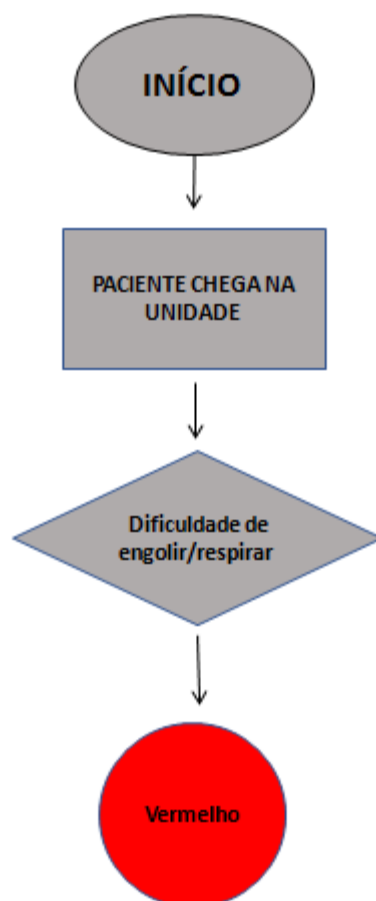
Fluxograma de traumatismo



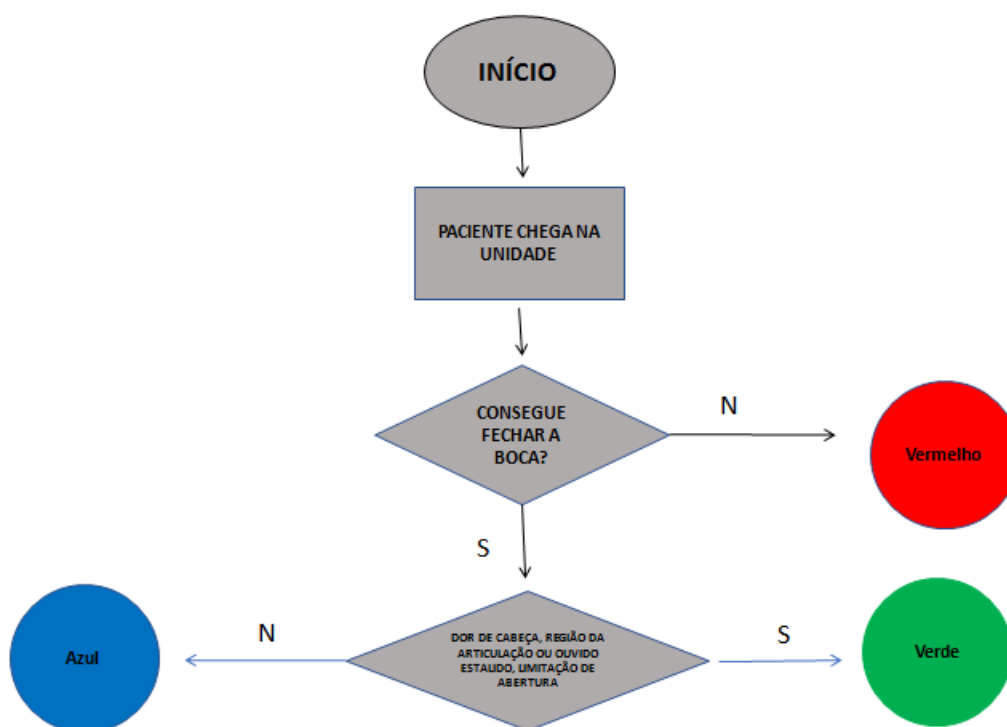
Fluxograma de hemorragia



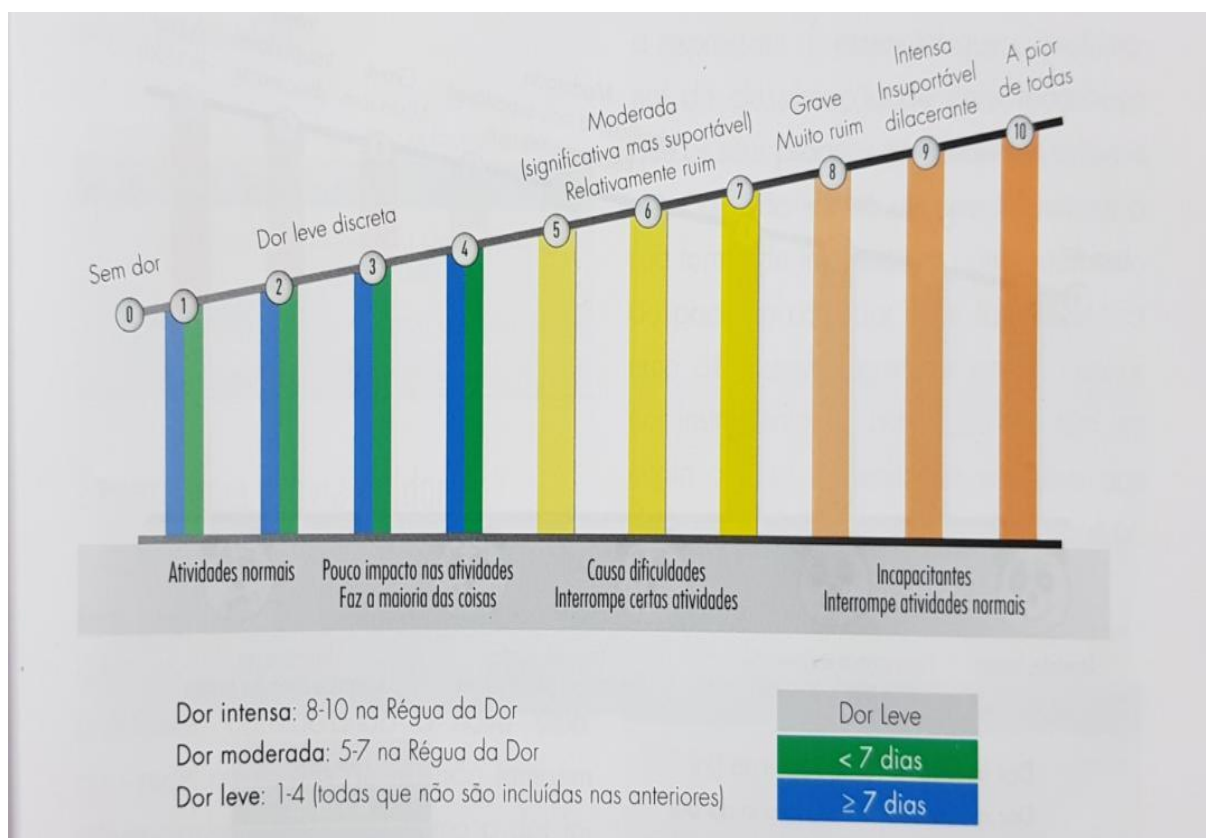
Fluxograma da dificuldade de engolir ou de respirar



Fluxograma da dificuldade de abrir e de fechar a boca

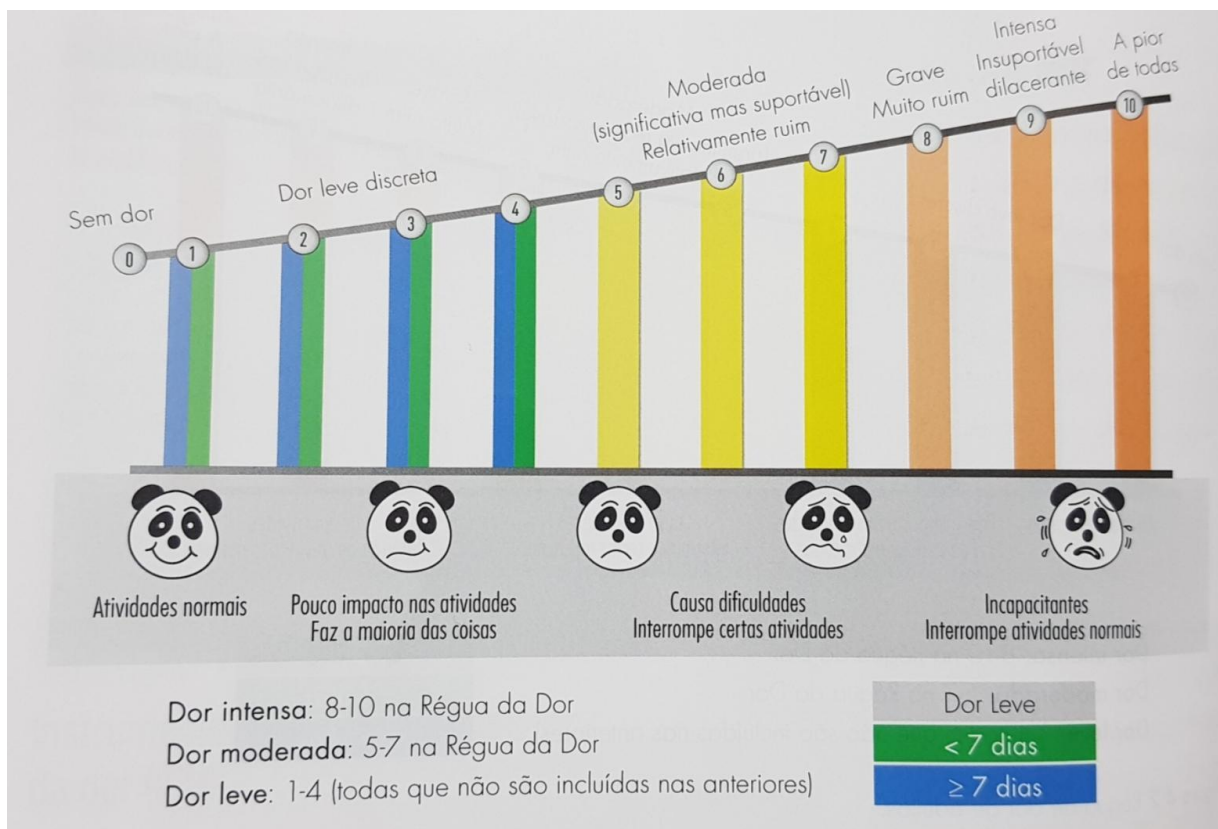


Escala de dor em adultos



Fonte: Mackway Jones, Marsden e Windle, 2018.

Escala de dor em crianças



Fonte: Mackway Jones, Marsden e Windle, 2018.

Quadro de classificação dos agravos

Cor	Classificação	Tempo de atendimento	Origem	Descrição do agravo	CID 10
Vermelho	Emergente	Imediato	Complicações de infecções odontogênicas	Angina de Ludwing	K12.2
			Complicações de acidentes e traumas	Urgência Hemorrágica	R58
Laranja	Muito urgente	10 min.	Acidentes e traumas	Avulsão até 15 min da ocorrência	K08.1
				Avulsão de 15 a 60 min em meio de armazenamento apropriado	K08.1
Amarelo	Urgente	60 min	Quadros agudos de origem endodôntica	Pulpite irreversível sintomática	K04.2
				Abscesso periapical sem fístula	K04.7
				Periodontite Apical aguda	K04.4
			Quadros agudos de origem periodontal	Pericoronarite	K05.22
				Abscesso Periodontal	K05.2
			Acidentes e traumas	Avulsão	K08.1
				Urgências da mucosa (lesões traumáticas, queimaduras)	K13
Fraturas coronárias com comprometimento pulpar	S02.5				
Articulação Têmporo mandibular	Luxação da Articulação Têmporo Mandibular	S03.0			
Complicação pós cirúrgica	Alveolite	K10.3			
Verde	Pouco Urgente	240 min	Quadros de origem periodontal	Doença periodontal necrosante	K05.4
			Acidentes e traumas	Luxação extrusiva	K05.22
				Luxação lateral	S03.2
				Luxação intrusiva	S03.2
				Subluxação	S03.2
				Fratura Radicular	S02.5
				Fratura Coronaradicular	S02.5
				Fraturas sem exposição pulpar	B00
			Quadros infecciosos	Infecção de origem fúngica	B37
			Articulação Têmporo Mandibular	Infecção de origem viral	S02.5
Dor, disfunção da ATM	K07.6				
Azul	Não urgente	Programada	Quadros associados a processos dentários	Cárie	K02
				Pulpite Reversível	K04.00

REFERÊNCIAS

1. ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.2, p. 360-365, abr. 2010.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, 2012.
4. MACKWAY, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2018. 207 p.
5. TOLEDO, M. E. **A interface da urgência em saúde bucal no SUS: um estudo de caso de um Pronto Socorro, no município de São Paulo, no ano 2006**. 2008. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.
6. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, suppl.2, p. S190-S198, 2004.
7. WERNECK, M.A.F.; FARIA H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolos de Cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

ANEXO E - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID CSC-2019-1820

Title Construção, validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolh
classificação de risco em saúde bucal

Authors Osanan, Sarah
Paiva, Saul
Pinto, Rafaela
Pereira, Arthur
Lucas, Simone

Date Submitted 23-Jun-2019