

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESFSUS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

IOLANDA SOUZA MOREIRA

**FORMAS DE ACESSO AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Salvador

2017

IOLANDA SOUZA MOREIRA

**FORMAS DE ACESSO AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Residência Multiprofissional em Saúde da Família da
FIOCRUZ/FESF-SUS como requisito para a
obtenção do título de Especialista em Saúde da
Família.

Orientadora: Dejanilda Luz Paulo

Co-orientadora: Inamari Souza de Almeida

Salvador

2017

IOLANDA SOUZA MOREIRA

**FORMAS DE ACESSO AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Trabalho de conclusão de residência apresentado como requisito para obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, FESFSUS/Fiocruz

Aprovado em: ____ de _____ de 2017

Dejanilda Luz Paulo – Orientadora _____

Preceptora de Odontologia Residência Multiprofissional em Saúde da Família
FESFSUS/Fiocruz

Especialista em Saúde da Família

Cirurgiã Dentista graduada na Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Inamari Souza de Almeida – Co-orientadora _____

Preceptora de Odontologia Residência Multiprofissional em Saúde da Família
FESFSUS/Fiocruz

Especialista em Saúde da Família

Cirurgiã Dentista graduada na Universidade Federal da Bahia

Banca convidada:

MOREIRA, Iolanda Souza. Formas de Acesso em uma unidade de Saúde da Família – Relato de experiência. 18f. 2017. Apresentado como trabalho de conclusão de residência a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Fundação Estatal em saúde da família FESF e Fundação Oswaldo Cruz. Salvador 2017.

RESUMO

O atendimento coletivo e o acolhimento com classificação de risco a demanda espontânea são diferentes formas de acesso dos usuários ao serviço odontológico e podem ser usadas como estratégias para organizar, racionalizar e atender um maior número de usuário/família em uma Unidade de Saúde da Família. O presente trabalho descreve a experiência vivenciada a partir do acolhimento e atendimento coletivo implantados em uma Unidade de Saúde da Família, pelos residentes da Equipe de Saúde Bucal da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com objetivos de reorganização do processo de trabalho da equipe e ampliação do acesso dos usuários aos serviços. Foi feito o relato da experiência no período de 2015- 2016, com a consolidação das atividades desenvolvidas e reflexões sobre as mesmas. Para demonstração da forma de acesso foram elaborados fluxogramas referentes ao primeiro e segundo ano. Considera-se que o acolhimento e o atendimento coletivo em todas as suas etapas são um processo dinâmico que se molda segundo a realidade vivenciada pela equipe. Espera-se com esse relato contribuir para os profissionais que atuam nessa área.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Acolhimento, Saúde da família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. METODOLOGIA	6
2.1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	6
3. CONTEXTUALIZANDO A EXPERIÊNCIA	7
4. DISCUSSÃO/RESULTADO	9
4.1. MODELAGEM INICIAL e FINAL.....	9
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
REFERÊNCIAS	15
ANEXOS	17

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), proposta em 1994 como programa de saúde da família (PSF) pelo Ministério da Saúde, propõe a reorientação do modelo assistencial a partir da reorganização dos serviços na atenção básica segundo os preceitos do SUS. Possui responsabilidade sobre uma área adstrita com uma abordagem familiar, ofertando serviços preponderantes de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos além dos serviços assistenciais. (BRASIL, 1997; SANTANA; CARMAGNANI, 2001)

A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na estratégia de saúde da família ocorreu conforme a Portaria N.º 1.444, de 28 de dezembro de 2.000, considerando a necessidade de reorganização do programa de saúde bucal na atenção básica e ampliação do acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal bem como a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos.

Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal do programa Brasil Sorridente teve como principal meta a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, representando um importante incentivo à Saúde Bucal no Brasil, principalmente pela ampliação significativa das ESB, aumentando conseqüentemente a assistência às demandas odontológicas da população. (BOARETO, 2011; MS, 2004) É notável as muitas conquistas alcançadas mas, ainda é observado nos serviços uma grande demanda reprimida, fruto de uma desigualdade no acesso e na utilização do serviço em nível nacional. (BARROS; BERTOLDI, 2002)

O Ministério da Saúde (2013) em suas diretrizes de assistência, definiu acolhimento como prática presente em todas as relações de cuidado, onde ocorre os encontros dos trabalhadores de saúde e usuários, nas suas diferentes dimensões constitutivas. Com este processo desdobra-se em: mecanismo de ampliação com facilitação do acesso, tanto a demanda agendada como espontânea; postura, atitude e a tecnologia de cuidado que se enquadram no âmbito das tecnologias leves e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização, com grande relevância no campo ético no que se refere a empatia com o próximo, estética porque traz para as relações invenções de estratégias que dignificam a vida e política pelo compromisso de potencialização do protagonismo dos sujeitos. Deve também ser entendido como uma ferramenta tecnológica, nesse sentido pressupõe uma análise do processo de trabalho em saúde, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, visando o cumprimento

dos princípios do SUS, considerando o usuário como participante ativo na produção da saúde. (BRASIL, 2010)

Considera-se procedimento coletivo como um conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade que dispensam o uso de equipamentos odontológico e envolve (exame epidemiológico, educação em saúde, bochechos fluorados, higiene bucal supervisionada, em um grupo previamente identificado, esse conceito é o que mais se assemelha para atendimento coletivo em saúde bucal, sendo então adotado para o mesmo. (CARVALHO et al, 2009)

A escolha do tema foi pela necessidade identificada de organização do processo de trabalho da equipe e para ampliação/facilitação da forma de acesso dos usuários ao serviço odontológico visando com isso o fortalecimento do vínculo com a comunidade.

Assim, o presente estudo objetiva relatar a experiência da implantação do acolhimento e atendimento coletivo como formas de acesso ao serviço odontológico, pelos residentes da Equipe de Saúde Bucal, em uma Unidade de Saúde da Família, localizada em Camaçari/Ba, ressaltando a relevância desses dispositivos na reorganização do processo de trabalho da equipe.

2. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, com a consolidação das atividades desenvolvidas e reflexões sobre as mesmas, fundamentadas na revisão bibliográfica disponível. Foi vivenciado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em uma Unidade de Saúde da Família, no campus de Camaçari-Ba, no período de março de 2015 a fevereiro de 2016. A metodologia utilizada é a descritiva, com uma abordagem qualitativa, com a observação direta, intensiva e participante em equipe na realidade do serviço.

Para melhor visualização e análise do processo foram elaborados fluxogramas com a representação gráfica do processo de trabalho da equipe. Os fluxos apresentados, são usuário-centrado, e representam um olhar sobre como acontece a operacionalização do trabalho cotidianamente. (FRANCO; MERHY, 2004) No relato da forma de acesso foi apresentado um breve histórico do processo como também a apresentação e descrição da modelagem em duas versões sendo que a inicial refere-se ao primeiro ano de residência e a final com modificações e adequação à nova realidade do segundo ano de residência.

2.1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

Camaçari é um município da Bahia, que faz parte da Região Metropolitana de Salvador, localizado a 41 km da capital, apresenta uma população urbana de 231.973 e rural de 10.997 de

acordo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010. O relato de experiência que será descrito foi vivenciado na Unidade de Saúde da Família, localizada em um bairro de zona urbana de Camaçari e que tem responsabilidade sanitária pelos 6246 camaçarienses residentes de sua área adstrita. Essa unidade, conta com duas equipes cadastradas, composta por odontólogos, enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, gerente, recepcionista, vigilante e serviços gerais. Vale ressaltar que com a inserção do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a unidade adquiriu o Núcleo de apoio a saúde da família (NASF) composto por nutricionistas, fisioterapeutas e educadores físicos. Quanto à capacidade instalada, a unidade conta com 01 farmácia, 01 auditório, 01 sala de arquivos, 01 sala da gerencia, 01 sala de espera, 01 sala de curativo, 01 sala de triagem, 01 sala de vacina, 02 consultórios de enfermagem, 02 consultórios médicos, 01 consultório odontológico, 01 copa, 01 cozinha, 02 banheiros para pacientes e 02 para funcionários, 01 sala de esterilização de instrumental e garagem

No que tange a Equipe de Saúde Bucal, a unidade conta com uma cadeira odontológica, para atender as duas equipes. A equipe 01 faz a cobertura de aproximadamente 3.204 pessoas e a equipe 02 abrange 3.042 pessoas. Dispõe de 4 cirurgiões dentistas, sendo 3 residentes e 01 preceptora. No segundo ano, a partir de março de 2016 contou com 02 residentes e 01 preceptora. E, possui uma auxiliar de saúde bucal que participa das atividades assistenciais e coletivas de promoção e prevenção de ambas as equipes.

3. CONTEXTUALIZANDO A EXPERIÊNCIA

Como integrante da primeira turma da Residência Multiprofissional de Saúde, participei como odontóloga de saúde da família, onde iniciou-se essa modalidade de formação profissional em serviço no campus de Camaçari. O que me trouxe inquietações determinantes, referente a forma de acesso, para relatar todo o processo da modelagem em duas etapas. Houveram muitas discussões para elaboração pela equipe e mesmo resistência em experimentar o novo a partir da implantação que demandou tempo para ser ajustada ao ambiente de trabalho da equipe.

Quando as atividades da residência tiveram início, a Unidade de Saúde encontrava-se sem ofertar atendimento clínico odontológico por um longo período, pela falta de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e insumos. Com isso, existia uma grande demanda reprimida, o que enfraquecia a relação com os usuários que necessitavam de atendimento. Nos primeiros meses, ainda sem ASB e insumos, a equipe propôs o reconhecimento do território, realização de

atividades extramuros de promoção de saúde bucal em escolas da área adstrita tanto particular como públicas e participação em salas de espera. Assim, composta inicialmente por 3 residentes e uma preceptora, a equipe se dividia de modo a sempre ficar um no consultório caso surgisse alguma urgência que necessita-se de prescrição ou encaminhamentos para atenção especializada ou UPAs, enquanto os demais se inseriam em atividades coletivas, acolhimento da unidade, grupos ou turnos pré-determinados pela residência para atividade específica. Nesse início foi muito importante pois me inseri em atividades as quais pude aprender muito, como trabalhar em comunidade e distintos grupos usando diferentes abordagens em cada situação. Além disso, pude participar de grupos de outras categorias, como ouvinte servindo de apoio ou palestrante ambas as formas foram de muito crescimento pessoal e profissional.

Ao iniciar o acolhimento á demanda espontânea da unidade os residentes odontólogos foram envolvidos no processo de primeira e segunda escuta, sendo capacitados a acolher os casos que ultrapassavam o saber do núcleo da odontologia. Entretanto, a capacitação de Saúde Bucal da equipe multiprofissional pelos dentistas, no primeiro ano só ficou em discussão, tendo em vista a conjuntura: primeira turma de residência o programa se iniciou e houveram alguns conflitos interpessoais com a equipe de servidores que necessitaram ser gerenciados; houve um período grande de greve o que dificultou o acontecimento das reuniões com a presença de toda a equipe um e a dois; quando retornou as reuniões, existiam assuntos que necessitavam de uma certa urgência para serem postos em pauta, incluindo o acolhimento da unidade que necessitou de muitos ajustes até se consolidar como prática. A capacitação da equipe envolvida, também denominada matriciamento, ocorreu no segundo ano, modificando a dinâmica que será relatada posteriormente.

O atendimento coletivo, denominado inicialmente de acolhimento odontológico, foi implementado na USF de Piaçaveira em julho de 2015. Houve um conflito conceitual quanto a utilização do termo acolhimento odontológico utilizado no primeiro ano e passando a se chamar no segundo ano como atendimento coletivo. Toda a discussão suscitou-me muita inquietação e os intensos debates com a categoria foram muito importante para que eu conseguisse aprender e consolidar conceitos inerentes a saúde pública.

4. DISCUSSÃO/RESULTADOS

Na análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008, quanto a utilização dos serviços odontológicos, observou-se que 11,7% da população nunca foi ao dentista, sendo esse dado elevado quando se leva em conta o número absoluto da população brasileira no ano, e das que acessam observa-se uma maior utilização da rede particular em detrimento dos serviços públicos. A Pesquisa Nacional de Saúde feita em 2013, apesar de metodologicamente um pouco distinta da PNAD, apontou também desigualdade na utilização dos serviços conforme as diferentes classes sociais, segundo o nível de escolaridade. Através dos dados coletados em inquéritos epidemiológicos, incluindo o mais recente 2010, apontou para desigualdades loco-regionais para a severidade da doença cárie nas regiões norte e nordeste. (CHAVES et al, 2016)

Aliado aos fatos supracitados, ainda complica a situação pois mesmo com a atualização na Portaria N.º 673, de 03 de junho de 2003, orientando que a proporção da ESB e médica sejam equiparadas, muitas realidades dos municípios revelam uma ESB cobrindo 2 ou mais equipes de saúde da família ou mesmo estratégias de saúde da família sem ESB implantadas.

Com isso, é grande a demanda aos serviços odontológicos e se faz necessário, utilizar de estratégias para que a Unidade de saúde consiga atender o máximo de usuários/famílias. Propostas como o atendimento coletivo como forma de entrar para o atendimento, através de agendamento e o acolhimento com classificação de risco á demanda espontânea são diferentes formas do usuário acessar o serviço e devem estar bem inseridas no processo de trabalho da equipe.

Considera-se o acolhimento e atendimento coletivo, como formas de acesso, em todas as suas etapas são processos dinâmico que se moldam segundo a realidade vivenciada pela equipe. Portanto, será apresentada duas modelagens a versão inicial referente ao primeiro ano e a versão final do segundo ano, aperfeiçoada e modificada para se adequar ao momento confrontando com a literatura.

4.1. MODELAGEM INICIAL E FINAL

As modelagens da forma de acesso, representadas nos fluxogramas da figura 1 e 2, são desenvolvidas em várias etapas, iniciadas sempre na escuta do usuário que adentra a USF, realizada pela equipe multiprofissional escalada para o acolhimento à demanda espontânea da

unidade. Ambas apresentam similaridades no fluxo, descritas a seguir em tópicos. Em suma ocorre:

- Usuários com consulta ou atividade de saúde bucal agendada são direcionados pela recepção;
- Demandas que surgem espontaneamente, sem agendamento prévio, são analisadas por profissionais escalados para o acolhimento da unidade no dia;
- Usuários que apresentem condição aguda (que demandem atendimento de urgência) é realizada a classificação de risco das urgências odontológicas e o atendimento é realizado de imediato/mediato ou marcado para outro dia;
- Em casos de necessidades não agudas, deve-se investigar se o usuário é da área de abrangência, uma vez que não pertença a área de abrangência deverá ser orientado e encaminhado para sua unidade de referência. Pertencendo a área de abrangência da USF, receberá orientações sobre os serviços de saúde bucal da unidade e como se inserir na marcação agendada.

FIGURA 01 – Fluxograma da modelagem inicial do acolhimento odontológico realizado no primeiro ano de residência.

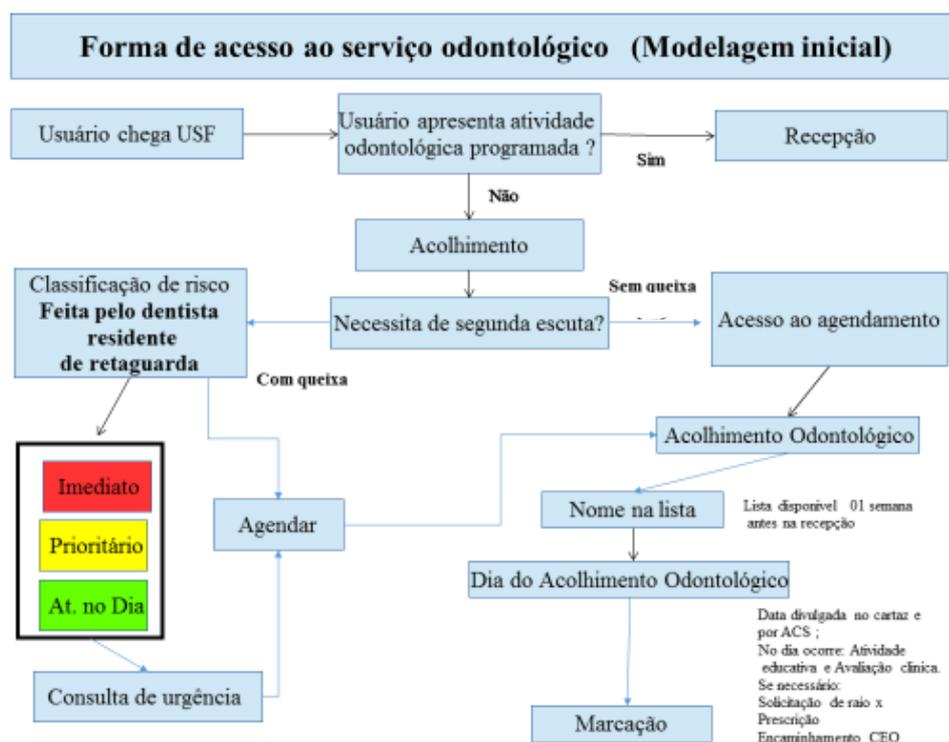
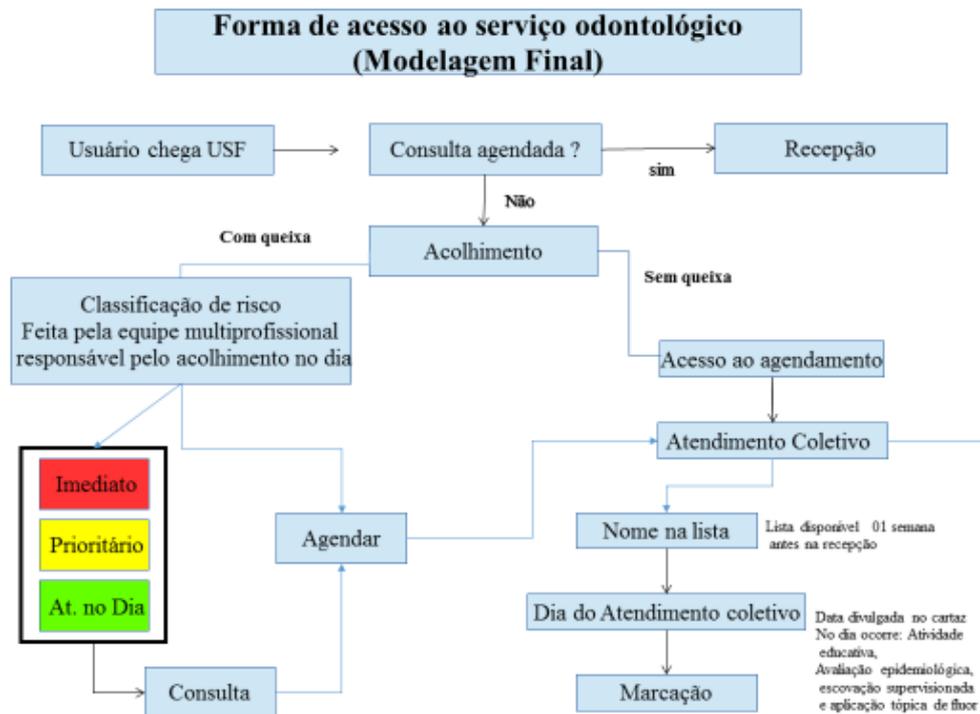


FIGURA 02 – Fluxograma da modelagem versão final do acolhimento odontológico realizado no segundo ano de residência.



Na sequência do texto destaca-se as diferenças do acesso para agendamento (paciente sem queixa) e do acolhimento com classificação de riscos (paciente com queixa).

Na modelagem inicial, caso o paciente não apresentasse queixa era orientado sobre a forma de acesso para marcação na agenda, através do Acolhimento odontológico. O acolhimento odontológico ocorria em um dia específico, previamente divulgado através dos Agentes Comunitários, salas de espera e em cartaz exposto na unidade. Uma semana antes era liberada uma lista para que os usuários se inscrevessem. No dia do acolhimento odontológico, inicialmente eram feitos informes para a população, mostrando como é o fluxo do atendimento odontológico na unidade e após isso ocorria a educação em saúde, através de uma atividade educativa de promoção e prevenção de saúde bucal. Enquanto acontecia, os usuários eram chamados individualmente, segundo a lista e por ordem de chegada, considerando-se as prioridades, para que fosse avaliado clinicamente no consultório e se necessário adiantava-se prescrição e solicitação de raio x. Sequia-se, após avaliação clínica, com a marcação na agenda realizada segundo a principal necessidade e com o auxílio da Auxiliar de Saúde Bucal. Na marcação ponderava-se o tipo de procedimento (extrações, restaurações...) por turno, segundo quantidade de kits estéreis disponíveis. Também na primeira modelagem era realizada uma dinâmica de avaliação popular, onde os usuários descreviam seu nível de satisfação, e sugestões

para aprimoramento do processo. O que contribuiu para que fossemos aperfeiçoando e adaptando assim para o ano subsequente.

Na modelagem final ocorreram mudanças como o acréscimo no dia da atividade da escovação bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor e exame epidemiológico. Com a inserção da escovação bucal supervisionada, tivemos dificuldades, pois ficávamos na dependência do escovodromo do município, visto que a unidade não tinha espaço específico para realização de tal atividade, devendo sempre proceder com a reserva prévia do mesmo. No exame epidemiológico era avaliado fluorose, segundo o índice de Dean, presença ou ausência de placa, segundo o índice de biofilme visível e cariados perdidos e obturados segundo o índice de CPOD e Ceo-d para cada paciente (Figura – 4 Anexo). Essas coletas realizadas no atendimento coletivo ainda não foram analisadas pela equipe, o que destaco como uma dificuldade tendo em vista a grande demanda, e sugiro que proteja-se um espaço na agenda para realização de tal atividade, dando valor de uso aos dados. A marcação para atendimento agora não era mais segundo principal necessidade e sim para primeira consulta, possibilitando maior tranquilidade para o preenchimento completo e melhor utilização do prontuário, priorizando o preenchimento do odontograma e plano de tratamento na primeira sessão. No que tange a atividade de caráter educativo, adicionamos no momento dos informes a explanação da sala situacional de odontologia, como forma de controle social, a qual passou a ficar exposta no formato de cartaz na unidade. Houve a mudança do nome acolhimento odontológico para atendimento coletivo, diante do novo entendimento fruto de diversas discussões, envolvendo vários atores (preceptores, tutores e orientadoras) que resultou na desconstrução conceitual, resignificando o entendimento, o que teve impacto não somente nos residentes, mas também na população já acostumada com o termo utilizado a um ano.

Na literatura e na prática observa-se o uso do termo “acolhimento odontológico” como apresentado na modelagem inicial, conforme relato de Nuto e colaboradores (2010) que inferi que tal prática tem contribuído para tratamentos resolutivos, consolidando uma assistência odontológica eficaz, caracterizando efetivamente a clínica como a porta de entrada da atenção primária, com um fluxograma claro para os usuários, o que diminuiu consideravelmente as queixas dos pacientes

Entretanto, porque diferenciar o “acolhimento odontológico” se o acolhimento às demandas odontológicas ocorre no próprio acolhimento da unidade? O acolhimento aos pacientes que demandam de queixas odontológicas ocorre todos os dias e não em um dia como pressupõe. Assim, o termo que mais se adequou a esse dia específico onde ocorre o exame epidemiológico, atividade de educação em saúde, em um grupo previamente identificado foi

atendimento coletivo. O entendimento conceitual de atendimento coletivo em saúde bucal, não é explanado em artigos de odontologia. Sendo encontrado o seu significado em artigos de outras categorias que utilizam essa prática.

Assim, no âmbito da saúde bucal o termo que mais se assimila ao pensamento adotado é o conceito de procedimento coletivos, conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade que dispensam o uso de equipamentos odontológico, devendo ser mais estimulado como prática nas ESF pelas ESB. (CARVALHO et al, 2009) Nessa direção, visa ofertar serviços além do atendimento clínico interventivo, como a prevenção de agravos e promoção de saúde, através da oferta de atividades de caráter educativo, objetivando o empoderamento do sujeito na realização da higiene oral e o protagonismo no cuidado de sua saúde o que contribui para melhores condições de saúde bucal. (SANTOS; ASSIS, 2006) Levando em consideração que é atribuição das equipes das ESF, desenvolver processos educativos para a saúde visando o autocuidado dos indivíduos, ofertar assistência integral, direcionando de forma racionalizada às demandas tanto espontânea quanto agendada, com ênfase nas ações de promoção à saúde. (BRASIL, 1997)

O acolhimento, visa organizar a demanda espontânea, através de uma escuta qualificada das necessidades da população, provocando mudanças na agenda, fortalecendo o vínculo com a comunidade e melhorando o acesso ao serviço. (DINIZ, 2012) Objetiva, racionalizar o serviço para ofertar uma melhor cobertura assistencial.

Na primeira modelagem a classificação de riscos do acolhimento era feita pelos dentistas residentes que ficavam escalados de retaguarda, na segunda versão a equipe multiprofissional foi matriciada para realizar a escuta qualificada com classificação de risco. Considera-se a impossibilidade de ficar sempre um dentista para escuta dos casos de odontologia, visto que no segundo ano houve saída de dois residente dentistas deixando a equipe reduzida e pela necessidade de empoderamento da equipe multiprofissional. Onde a equipe tem conhecimento na forma de atenção no mesmo nível de comprometimento. Leva-se em consideração também que tivemos muita dificuldade no primeiro ano, pois era constante a necessidade de um dentista auxiliar para classificar o risco, sendo estes requisitados constantemente.

A inserção na modelagem dois da equipe multiprofissional previamente capacitada pela ESB, para classificar o risco avaliando a necessidade de atendimento imediato, prioritário e no dia, integrou mais a equipe e fez com que os demais profissionais tivessem um olhar mais diferenciado para as demandas de saúde bucal. Foi notado que esses passaram a avaliar a condição de saúde bucal dos seus pacientes em suas consultas, pois os dentistas começaram a

ser mais requisitados para realização de interconsultas e demandados para realização de avaliações em consultório. Além disso, houve uma melhor utilização da mão de obra do dentista, visto que esses passaram a se inserir em outras atividades diferentemente do primeiro ano onde havia a obrigatoriedade de um dentista reservado para a segunda escuta no acolhimento às demandas odontológicas. Assim foi executado o que o caderno de atenção básica número 28, volume II prevê:

Os demais profissionais da Atenção Básica, quando no espaço de escuta, devem estar atentos também às necessidades de saúde bucal do usuário e ter ciência da classificação de risco das urgências odontológicas quanto do fluxo de encaminhamento desse usuário para a equipe de retaguarda para necessidades odontológicas. (BRASIL, 2013, p.20)

Destaca-se que tivemos muitos desafios para realizar o matriciamento com a equipe. Visto que, as demandas do serviço eram intensas, constantes, e ocorreu longos períodos de greve.

Em todo esse processo o apoio da Auxiliar de Saúde Bucal foi essencial para o bom andamento, principalmente no dia do atendimento coletivo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento e o atendimento coletivo são formas de acesso, em todas as suas etapas são processos dinâmicos que se moldam segundo a realidade vivenciada pela equipe. O Atendimento coletivo, conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, é importante porque oferece atividades educativas e promove o empoderamento do sujeito valorizando a realização da higiene bucal. É escassa a literatura acerca do atendimento coletivo em Saúde Bucal, constituindo-se uma limitação ao presente trabalho. O termo Acolhimento odontológico usado na prática em USFs, deve ser reavaliado tendo em visto que atendimento coletivo é o que mais se adequa ao entendimento conceitual. O acolhimento às demandas odontológicas é importante por ser um meio de acesso á demanda espontânea e organizar o fluxo das urgências através da classificação de risco, o que é preconizado pelo ministério da saúde. O matriciamento da equipe multiprofissional para acolher essas demandas e realizar a classificação de risco, possibilita uma abordagem diferenciada, deixando esses profissionais mais atentos ás demandas de saúde bucal. A melhoria do atendimento permite a ampliação da cobertura assistencial vivenciada pela equipe de trabalho. Espera-se com esse relato contribuir para os profissionais que atuam nessa área e que sirva de subsidio para a USF da vivência analisar e aprimorar esse intenso processo de formas de acesso á população.

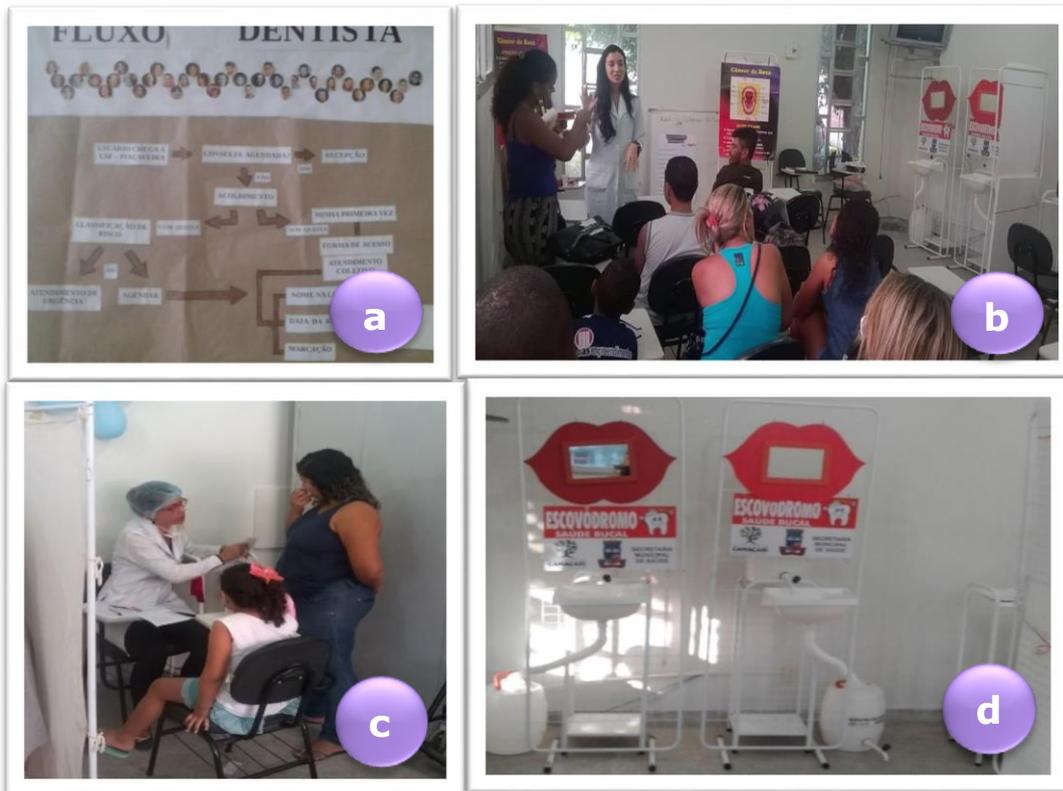
REFERÊNCIAS

1. BARROS, A.J.D; BERTOLDI, A.D. **Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional**, *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7,n.4, p. 709-717, 2002
2. BOARETO, P.P. **Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, Minas Gerais**, 2011, Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para especialização em atenção básica em saúde da família.
3. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação nacional de saúde bucal; **A política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir**; acessado em 23/10/2016 no link http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/folder_brasil_sorridente.pdf
4. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Portaria N.º 1.444, de 28 de dezembro de 2.000**, Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário oficial da união. Brasília,DF, 2000.
5. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N.º 673, de 03 de junho de 2003**, Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB, Diário oficial da união. Brasília,DF, 2003.
6. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**; Brasília 2004.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**, 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, n. 28, v. 1, 2013.
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério,2010.
10. CARVALHO, L.A.C. et al. **Procedimentos Coletivos de Saúde Bucal: gênese, apogeu e ocaso da Saúde**, *Saúde Soc. São Paulo*, v.18, n.3, p.490-499, 2009.

11. CHAVES, S. et al. **Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados.** Ciências & Saúde coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva / ISSN 1413-8123 , 0104/ 2016.
12. DINIZ, D.G. **Acolhimento em saúde bucal: ferramenta facilitadora na organização do acesso às ações em odontologia no serviço público.** [tese] - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba 2012.
13. FRANCO TB, MERHY EE. **O Uso de Ferramentas Analisadoras para Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP** (Campinas, SP). São Paulo: Hucitec; 2004.
14. GUERRERO, P. et al. **O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde** Texto Contexto Enferm, Florianópolis,; v. 22, n.1, p.132-40, Jan-Mar, 2013.
15. MERHY, E.E; ONOCKO, R. **Em busca do tempo: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, organizadores. Agir em saúde um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec;. p. 71-112, 1997.
16. MOTA, P.P. **O Acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do processo de trabalho no programa de saúde da família: Relato de Experiência;** TCC apresentado ao curso de especialização em atenção básica; Minas Gerais; 2009.
17. NUTO, S.A.S. et al. **O Acolhimento em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, Fortaleza-Ce:Um Relato De Experiência,** Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 505-509, out./dez. 2010
18. SANTANA M.L; CARMAGNANI M.I, **Programa Saúde Da Família No Brasil: Um Enfoque Sobre Seus Pressupostos Básicos, Operacionalização E Vantagens,** Saúde E Sociedade, v.10, n.1, p33-53, 2001.
19. 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; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.75-85, jan, 2007.
20. SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas,** BA.Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.11, n.1, p.53-61, mar.2006.
21. VASCONCELOS, E.M.; FRATUCCI, M.V.B.; **Práticas de saúde Bucal,** UNA-SUS | UNIFESP – Apostila do curso de especialização;http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15o/unidade15o.pdf acessado em 09/08/2016.

ANEXOS

Anexo 1- Figura ilustrativa do passo a passo do atendimento coletivo realizado no segundo ano de residência. a) Cartaz de divulgação do Atendimento coletivo b) Atividade educativa, dinâmica Mitos e Verdades de Saúde Bucal c) Avaliação epidemiológica d) Escovodromo usado para a escovação bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor.



Anexo 2 - Figura ilustrativa do acolhimento odontológico realizado no primeiro ano. Dinâmica Mitos e Verdades de Saúde Bucal.



