

Atenção secundária em Odontologia e a articulação no processo de referência na Rede de Atenção em Saúde Bucal

Julia Schlichting Azevedo*; Aydée Dupret Leite Martins*; Heverton Siqueira Silva*; Willian Silveira da Costa*; Marilene da Cruz Magalhães Buffon**; Eduardo Pizzatto**

* Residente, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Paraná

** Professor, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná

Recebido: 13/07/2021. Aprovado: 22/11/2021.

RESUMO

Os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) atuam em um município da região Sul, sendo a Odontologia uma das áreas que compõem o programa. Esses possuem campo prático diversificado, estando inseridos tanto na Atenção Primária à Saúde (APS), primeiro nível de atenção e coordenadora do cuidado, quanto na atenção secundária, atuando no serviço de cirurgia oral menor, inserido no Centro de Especialidades de Piraquara (CESP) no Paraná, uma vez que não há possibilidade de estruturação de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Dessa forma, é possível acompanhar o processo de referência e contra referência dos pacientes no serviço. Essa realidade também é observada em outras regiões do Brasil, consequência da falta de condições logísticas, estruturais e de recursos humanos, o que demanda aprimoramento do planejamento, orientação e consolidação de políticas públicas em saúde bucal. O objetivo desse estudo é relatar a experiência dos residentes cirurgiões-dentistas do PRMSF da UFPR em um Centro de Especialidades de um município da região metropolitana de Curitiba, capital do estado do Paraná, que mesmo não se qualificando nos parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde brasileiro para implementação do CEO, apresentou a iniciativa de incorporar especialidades odontológicas mais urgentes para a população. Portanto, é importante o enfrentamento de problemas específicos, como ausência de levantamento epidemiológico municipal, tempo de espera, distância geográfica entre os serviços e comunicação entre profissionais da atenção básica e especializada.

Descritores: Atenção Secundária à Saúde. Integralidade em Saúde. Saúde Bucal.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a assistência odontológica pública no Brasil se encontra restrita principalmente aos serviços básicos¹, centrados na Atenção Primária à Saúde (APS), que se define como o primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e de maior contato entre os usuários e a equipe, e que considera o sujeito em sua

integralidade e na inserção sociocultural, promovendo maior qualidade de vida². Os serviços odontológicos especializados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), correspondem a não mais que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos, evidenciando essa grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados³.

O último levantamento epidemiológico em saúde bucal, SB Brasil 2010, apontou urgência de organização da rede de saúde bucal, uma vez que seus indicadores demonstraram uma precocidade na perda dentária. Esse estudo evidenciou a iniquidade no acesso aos serviços odontológicos, além de ressaltar a expressiva taxa de edentulismo na população, principalmente no grupo de idosos. Isso demonstra a importância do fortalecimento da atenção odontológica especializada⁴.

Apesar da resolutividade dos principais problemas de saúde bucal e, considerando o quadro de desigualdade no acesso da população brasileira aos serviços odontológicos e às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, observa-se a necessidade de ofertar procedimentos de maior complexidade pelo SUS⁵.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada à época de Brasil Sorridente, composta por medidas que visam garantir a cobertura de ações de melhoria da saúde bucal brasileira, fundamental para a qualidade de vida da população. A PNSB propõe que para ocorrer mudanças na prática odontológica são necessários processos que visem ampliar e qualificar a assistência, desde a efetiva inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde de Família (ESF) como forma de garantir o acesso à atenção básica, bem como dos demais níveis de atenção¹.

A prestação de assistência odontológica em atenção secundária não acompanhou a expansão das ações e serviços na APS, devido ao aumento da procura por serviços odontológicos no sistema público. Observa-se que uma maior resolutividade em todos os níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) propicia uma perspectiva de integralidade do cuidado⁵.

Essa rede é uma organização assistencial odontológica promovida pela PNSB composta por diferentes níveis de complexidade, utilizados de acordo com as necessidades do usuário⁶, a fim de

estabelecer ações com impactos em esferas individuais e coletivas, visando, principalmente, expandir o acesso aos tratamentos odontológicos a todos brasileiros, garantindo a resolução das demandas em saúde bucal e inclusão social⁷.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) atuam como uma das frentes da PNSB, oferecendo à população, no mínimo, cinco serviços especializados: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais⁸.

Para o encaminhamento para essas especialidades são exigidos meios de regulação do acesso que se fundamentam no mecanismo de referência e contra referência adotado pelo SUS em todas as áreas de atenção, incluindo a Odontologia. Para isso, são necessários protocolos de encaminhamento, subsídios essenciais para a tomada de decisões no cotidiano de atenção à saúde, para uma adequada organização da demanda, avaliação, monitoramento e planejamento de ações⁹.

Magalhães *et al.* (2015)¹⁰ ainda ressaltam a importância da implementação dos CEO como estratégia de assegurar a integralidade e aumentar a resolubilidade da APS. Apesar das vantagens que um CEO proporciona, devido às exigências feitas pelo Ministério da Saúde para seu reconhecimento, a alternativa criada por alguns municípios para não deixar sua população desassistida, é estruturar seus próprios centros de especialidades, sem a obrigatoriedade de ofertar todas as especialidades ofertadas pelo CEO, adequando assim o serviço para a realidade local.

No contexto dos diferentes níveis de atenção, foi realizada análise da interação entre a presença de CEO e a cobertura superior a 80% de equipes de saúde bucal (ESB) no Brasil, em que foram encontradas menores proporções de exodontias em relação aos procedimentos odontológicos

preventivos e curativos. Nesse estudo, foi demonstrado que municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre 0,6-0,7, Produto Interno Bruto (PIB) per capita maior que 20 mil reais e maior população residente em zona urbana apresentaram menor proporção de exodontias em relação aos procedimentos odontológicos preventivos e curativos em 2015/2016¹¹.

Uma grande parte dos municípios brasileiros encontram dificuldades em atender às normativas para implementação de serviços odontológicos especializados na atenção secundária. Apesar de não apresentarem condições logísticas, estruturais e de recursos humanos capazes de abranger o estabelecimento CEO propriamente dito, é possível gerir serviços similares com qualidade de treinamento e organização¹².

O estudo se justifica pela necessidade de identificar e avaliar o processo de referência à atenção secundária odontológica e sua importância na articulação dos setores da RASB.

Portanto, tem como objetivo relatar a experiência dos residentes cirurgiões-dentistas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) em um município da região metropolitana de Curitiba, que mesmo não se qualificando para os parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde para implementação do CEO, apresentou a iniciativa de incorporar especialidades odontológicas mais urgentes para a população.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O município de Piraquara, campo prático do PRMSF da UFPR, que inclui os residentes cirurgiões-dentistas, compõe o G100, grupo de municípios populosos com baixa receita per capita e alta vulnerabilidade socioeconômica¹³. Em seu Plano Municipal, apresenta IDH municipal geral de 0,749, referente ao ano de 2010, PIB per capita de

10.679 reais e maior parte da população residente em zona urbana. Também foi possível observar um decréscimo da proporção de exodontias em relação a outros procedimentos, no período de 2012 a 2015¹⁴.

A RASB do município está estruturada em serviços de atenção primária, ofertando as equipes de saúde bucal na APS, incluídas nas UBS e fornecimento de serviços de média complexidade por meio do CESP, que presta assistência nas áreas de psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, ginecologia e também dispõe atendimentos odontológicos especializados de cirurgia oral menor e próteses totais e parciais ofertadas à população pelo Laboratório Regional de Prótese Dentária, procedimentos incorporados ao CESP.

A manutenção desse canal de encaminhamento é possibilitada por meio de um esforço conjunto entre a gestão municipal e os profissionais cadastrados na RASB do município, os quais foram realocados neste estabelecimento de saúde para exercer suas especialidades.

O referenciamento para esse serviço é realizado pelas UBS em que o cirurgião-dentista responsável pelo atendimento deve realizar uma avaliação da necessidade do referenciamento, estratificar o risco do paciente entre baixo, médio ou alto para a organização do fluxo e realizar a evolução no prontuário com as observações clínicas e intervenções prévias. Uma fragilidade exposta nesse processo é a manutenção da referência por meio de guias físicas, geradas pelo sistema de informações do usuário do município. Estes documentos possuem informações pessoais dos usuários e por esse mecanismo de funcionamento também podem ser extraviadas.

Além disso, no que tange aos serviços não ofertados, foi identificada, no levantamento de dados do sistema G-MUS (tabela 1) estabelecido em março de 2020, crescente procura por procedimentos de média complexidade, caracterizando alta demanda reprimida,

principalmente para as especialidade de Endodontia e Prótese Dentária. Também foram observadas inconsistências no cruzamento de dados como quantitativo de acessos à polpa dentária e a respectiva subnotificação do encaminhamento para o tratamento endodôntico.

Tabela 1. Dados epidemiológicos do sistema de informação do município de Piraquara no período de março de 2020 a setembro de 2021

Dados do g-MUS		Março a setembro de 2020	Outubro de 2020 a março de 2021	Abril a setembro de 2021
Produção		3598	6007	8210
Acessos à polpa dental		369	892	1203
Encaminhamentos	Endodontia	120	298	399
	Cirurgia Bucomaxilofacial	27	73	236
	Prótese Dentária	20	52	96

Fonte: SMS Piraquara

É importante estar atento aos números apresentados como reflexo da pandemia e considerar as variáveis limitantes como a inserção de um novo sistema de informação e consequente necessidade de capacitação dos profissionais para alimentá-lo. O aumento de números de encaminhamentos também pode ser atribuído à maior divulgação da oferta de serviços pelos profissionais da APS.

Assim, observa-se que os residentes do PRMSF da UFPR vivenciam esse processo iniciado na UBS em que estão inseridos, realizando os procedimentos supracitados. No campo de atividades práticas desenvolvidas no CESP, também ocorre a organização do acolhimento aos pacientes referenciados. Além disso, realizam e acompanham os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, sendo supervisionados por seus preceptores de campo e participam do processo de contrarreferência, em que é oportunizada continuidade do cuidado, avaliação pós-cirúrgica do paciente e de outras demandas necessárias ao usuário.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos principais desafios atuais da saúde

pública brasileira é a busca pela integralidade no atendimento dos seus usuários. Favorável a isso, a saúde bucal já vem apresentando grandes avanços, por meio do investimento na atenção secundária à saúde com a implantação dos CEO, que quando bem estruturados e articulados com a APS, atingem uma melhora significativa nos indicadores em saúde bucal.

Sendo assim, apesar do município de Piraquara não possuir um CEO, a inserção da Odontologia no CESP vem trazendo vários benefícios à população. No entanto, é necessário programar a implementação de outras especialidades, por meio de um processo avaliativo do fluxo de atendimento e diagnóstico de necessidades dos usuários, essencial para planejamento, orientação e consolidação das políticas públicas, considerando desafios inerentes ao SUS como o subfinanciamento e a escassez de recursos humanos.

Portanto, mesmo em um contexto de emergência da saúde pública, a experiência permitiu aos residentes aprimorar a técnica cirúrgica da profissão, impactando positivamente na qualificação dos profissionais de atenção básica, e reconhecer estratégias alternativas aos

pressupostos ideais, pela incorporação de especialidades odontológicas mais urgentes à população.

ABSTRACT

Secondary care in Dentistry and the articulation of the referral process in the Oral Health Care Network

Residents of the Multiprofessional Residency Program in Family Health (MRPFH) at the Federal University of Paraná (UFPR) work in a city in the South region, where Dentistry is one of the areas included in the program. These have a diversified practical field, inserted both in Primary Health Care (PHC), first level of care and care coordinator; and in secondary care, working in the minor oral surgery service at the Piraquara Specialty Center (CESP) in Paraná, since there is no possibility of structuring a Center of Dental Specialties (CEO). Thus, it is possible to monitor the referral and counter-referral process of patients in the service. This reality is also observed in other Brazilian regions, as a result of the lack of logistical and structural conditions and human resources, which demands improvement in planning, guidance and consolidation of public policies in oral health. This study aimed to report the experience of dental professionals, residents of MRPFH at UFPR in a Specialty Center in a city in the metropolitan region of Curitiba, capital of the state of Paraná, which, despite not qualifying in the parameters proposed by the Brazilian Ministry of Health for the implementation of CEO, presented the initiative to incorporate the most urgent dental specialties for the population. Therefore, it is important to consider specific problems, such as the absence of a municipal epidemiological survey, waiting time, geographical distance between services and communication between primary and specialized care professionals.

Descriptors: Secondary Health Care. Health Integrality. Oral Health.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [Acesso em 22 mar. 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.248 de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011; 21 out.
3. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM (orgs). A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67p.
4. Cortellazzi KL, Balbino EC, Guerra LM, Vazquez FLBulgareli JV, Ambrosano GMB, et al. Variables associated with the performance of Centers for Dental Specialties in Brazil. Rev Bras Epidemiol. 2014;17(4):978-88.
5. Silva HEC, Gottes LBD. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em Odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. Ciênc Saúde Colet. 2017; 22(8): 2645-57.
6. Brasil. Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: MS; 2018.
7. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. Ciênc Saúde Colet. 2015;20(4):1149-63.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599 de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu

- credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.
9. Souza GC, Lopes MLDS, Roncalli A, Medeiros Jr A, Costa ICC. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. Rev Salud Pública. 2015; 17(3):416-28.
10. Magalhães BG, Oliveira RS, Góes PSA, Figueiredo N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. Cad Saúde Colet. 2015;23(1):76-85.
11. Stein C, Santos KW, Condessa AM, Celeste RK, Hilgert JB, Hugo FN. Presença de Centros de Especialidades Odontológicas e sua relação com a realização de exodontias na rede de atenção de saúde bucal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2020;36(1):e00054819.
12. Celeste RK, Moura FRR, Santos CP, Tovo MF. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. Cad. Saúde Pública. 2014;30(3):511-21.
13. Brasil. Frente Nacional de Prefeitos. Nota Técnica 03/12/20: g100 – um grupo formado pelas fragilidades do sistema federativo do Brasil. Brasília: FNP; 2020. 12 p.
14. Piraquara. Secretaria Municipal de Saúde. Gestão 2017/2020. Plano Municipal de Saúde 2018-2021, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de Piraquara (COMUSP) na 9ª Reunião Ordinária, de 18 de outubro de 2017, Resolução nº 12, de 19 de outubro de 2017 e Decreto nº 6.251, de 23 de outubro de 2017.339p.

Correspondência para:

Eduardo Pizzatto

e-mail: eduardo.pizzatto@ufpr.br

Departamento de Saúde Coletiva – UFPR

R. Padre Camargo, 280 – 7º Andar

Alto da Glória

80060-240 Curitiba/PR