

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ORTOPEDIA

PROPOSTA PILOTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA ORDENAR O
ATENDIMENTO EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL NO
HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE-HCPA

Porto Alegre

2015

LUÍSA COMERLATO JARDIM

PROPOSTA PILOTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA ORDENAR O
ATENDIMENTO EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL NO
HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE-HCPA

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização em Atenção Especializada
em Saúde- ênfase em Cirurgia e
Traumatologia Buco-maxilo-facial.

Orientador: Prof. Drº. Carlos Eduardo
Baraldi

Coorientadora: Profª. Drª. Aline Blaya
Martins

Porto Alegre

2015

CIP- Catalogação na Publicação

Jardim, Luísa Comerlato

Proposta piloto de classificação de risco para ordenar o atendimento em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HCPA / Luísa Comerlato Jardim. – 2015.

38 f. : il.

Trabalho de Conclusão (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

Orientador: Carlos Eduardo Baraldi

Coorientadora: Aline Blaya Martins

1. Cirurgia bucal. 2. Saúde pública. 3. Triagem. I. Baraldi, Carlos Eduardo. II. Martins, Aline Blaya. III. Título.

RESUMO

JARDIM, L.C. BLAYA, A.; BARALDI, C.E. **Proposta piloto de classificação de risco para ordenar o atendimento em Cirurgia e Traumatologia buco-maxilo-facial do Hospital de Clínicas-HCPA.** 2012. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação em Atenção Especializada em Saúde-ênfase Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Introdução: O itinerário que os usuários percorrem ao buscar resultados resolutivos para os seus problemas de saúde, dentro da complexidade de atendimentos necessários para cada pessoa, deve ser respeitado e bem manejado para que haja um bom funcionamento da rede de atenção em saúde. Esse correto andamento diminui custos, otimiza tempo e torna mais eficiente e eficaz o atendimento ao usuário.

Objetivo: Descrever um modelo para classificação de risco e sugerir critérios para sua implantação no Centro Cirurgico Ambulatorial (CCA) onde ocorrem os atendimentos cirúrgicos por parte da unidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Metodologia: A partir da análise parcial da demanda do ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofaciais, estabelecer modelo de classificação de risco dos usuários dentro da matriz de classificação de risco, sabendo que a grande maioria dos pacientes são de caráter eletivo.

Resultados: Foram avaliados prontuários de 40 pacientes de 12/12/2014 à 10/04/2015, onde a média de idade encontrada foi de 40,5 anos, 27 eram mulheres e 13 homens. Quando observada a cidade de origem, 18 pacientes eram provenientes de Porto Alegre, 11 da região metropolitana e 11 do interior do estado do Rio Grande do Sul. Em relação à condição sistêmica do paciente, 20 pacientes referiram apresentar alguma comorbidade sistêmica e 16 referiram fazer uso de pelo menos uma medicação diariamente.

Conclusão: Após a avaliação dos perfis dos pacientes submetidos a cirurgia no Centro Cirurgico Ambulatorial, pode-se concluir que existem alguns movimentos necessários para a qualificação do fluxo de agendamento e dos sistemas de apoio e logística, do município e do estado, que conduzem os usuários até o CCA do HCPA.

Palavras-chave: Cirurgia bucal, Saúde pública, Triagem.

ABSTRACT

JARDIM, L.C. BLAYA, A.; BARALDI, C.E. **Proposed risk classification rider to order the attendance in Oral and Maxillofacial Surgery at Clinics Hospital-HCPA 2012.** 36f. Final paper (Graduate: Atenção Especializada em Saúde-ênfase Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Introduction: The itinerary that users roam to seek resolute results for their health problems, in the complexity of care required for each person, must be respected and well managed so there is a good functioning of the health care network.

The correct progress decreases costs, optimizes time and makes more efficient and effective service to users.

Objective: To describe a model for risk classification and suggest criteria for its implementation in Ambulatory Surgical Center where there are the calls from the Oral Surgery team at the Clinical Hospital of Porto Alegre

Methodology: From the analysis of the demand of ambulatory oral surgery, establish risk classification model of users within the risk rating matrix, knowing that the vast majority of patients are elective.

Results: We evaluated medical records of 40 patients from 12/12/2014 to 04/10/2015, where the average age was 40,5 years, 27 were women and 13 men. When observed the city of origin, 18 patients were from Porto Alegre, 11 of the metropolitan area and 11 in the interior of Rio Grande do Sul state. In relation to the systemic condition of the patient, 20 patients referred having some systemic comorbidity and 16 mentioned make use of at least one medication daily.

Conclusion: After assessing the profiles of patients undergoing surgery in the Ambulatory Surgical Center, it can be concluded that there are some movements needed to qualify the scheduling flow and support and logistics systems, the municipality and the state, which leading users to the CCA HCPA.

Keywords: Oral Surgery, Public health, Triage.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	6
2.1 REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE.....	6
2.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM ODONTOLOGIA.....	8
2.3 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR ODONTOLÓGICA.....	12
2.4 MODELOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	13
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 OBJETIVO GERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	18
4.1 DELINEAMENTO.....	18
4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO.....	18
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	19
5 RESULTADOS.....	20
5.1 PERFIL DO USUÁRIO.....	20
5.2 MODELO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	25
5.3 SUGESTÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DE USO DO MODELO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO CCA DO HCPA.....	25
5.4 ANÁLISE DO CENÁRIO ATUAL DE CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO RIO GRANDE DO SUL.....	27
5.5 PROPOSTA DE ESTRUTURAÇÃO DE CEOS REGIONAIS.....	29
5.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	30
5.7 ESTABELECIMENTO DE PROTOCOLO PARA FLUXO DO PACIENTE NA REDE DE ATENÇÃO..	30
6 DISCUSSÃO.....	32
7 CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

A equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre realiza atendimentos ambulatoriais e em bloco cirúrgico. Os pacientes são encaminhados via sistema AGHOS-Sistema de Gestão e Regulação Assistencial e Financeira de Saúde, e tem suas consultas agendadas para atendimento no ambulatório, onde são examinados, e havendo necessidade, solicitamos exames para posterior agendamento do procedimento.

Contudo, diante da atuação da pesquisadora junto a tal equipe, o que parece acontecer, é que muitos pacientes estão sendo encaminhados para o nível terciário, devido à ausência de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) dentro da rede ou até mesmo por desconhecimento do profissional que realiza o encaminhamento. Além disso, não há uma classificação de risco para o agendamento dos pacientes a nível cirúrgico ambulatorial, levando ao agendamento no nível terciário procedimentos que poderiam ser realizados no nível secundário.

Para um bom funcionamento da rede de atenção em saúde, o itinerário terapêutico do usuário dentro das complexidades de atendimentos deve ser respeitada e bem manejada. Esse correto andamento diminui custos, otimiza tempo e torna mais eficiente e eficaz o atendimento ao usuário.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A estruturação da política de atenção ocorre em níveis de complexidade, a saber: atenção primária ou atenção básica e atenção de média e de alta complexidade. O que reflete a oferta de serviços segundo a inter-relação de três níveis de atenção, originados desde a medicina previdenciária, a efetivação das ações de saúde focadas em agravos e, em algumas situações, para recortes populacionais, não levando em conta o marco da atenção integral. Ocorrendo assim a fragmentação da atenção, baixa resolutividade do primeiro nível de atenção e a dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade. A estruturação da assistência à saúde em especialidades e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, efetivada por meio de procedimentos de média e de alta complexidade, possibilita a ocorrência de estrangulamentos na rede de serviços de saúde (MENDES,2010).

O acesso aos serviços de atenção secundária tem sido, portando, apontado como um dos entraves para a efetivação da integralidade no SUS. Esse nível de atenção é caracterizado como o "gargalo" na efetivação da RAS. O mapeamento da rede de serviços de saúde, por gestores e profissionais da saúde, constitui o primeiro passo para o estabelecimento de referência para população adscrita, seguida pela definição de critérios de fluxos e contrafluxos de atendimento. Na modelagem da RAS, esses elementos correspondem aos componentes população/território e sistema operacional que representam a definição dos limites de acesso e fluxos aos pontos de atenção (SILVA, 2011).

Esta revisão de literatura visa reforçar conceitos sobre as redes de atenção, suas complexidades e modelos de classificação de risco para melhor condução de casos dos usuários do Sistema Único de Saúde e seus diversos caminhos.

2.1 REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas

por esta população. A partir desta definição, pode-se compreender que os conteúdos da rede apresentam missão e objetivos comuns, operam de forma cooperativa e interdependente, sem hierarquia entre os diferentes componentes, de forma que todos os pontos são igualmente importantes e devem se relacionar horizontalmente, focando no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde (MENDES, 2010).

A reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de rede de atenção, é uma estratégia de superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde. No Brasil, o modelo de atenção à saúde vem sendo continuamente ajustado para o atendimento integral ao usuário, com inclusão e ampliação de serviços. Para seu desenvolvimento, busca-se horizontalidade nas relações entre pontos de atenção, que se encontram articulados, tanto para a recuperação da saúde quanto em medidas preventivas e de promoção. Rede de atenção à saúde (RAS) é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado. Essas organizações interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (MENDES,2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A operacionalização da RAS deve acontecer através da inter-relação três elementos: população e região de saúde definidas, estrutura operacional e sistema lógico de funcionamento, determinado pelo modelo de atenção (MENDES,2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para o melhor funcionamento dos programas e serviços de saúde, além da aplicação de conhecimento em situações e contextos específicos, sua realização deve ser feita com o emprego adequado de recursos para o alcance de resultados. Efetividade prática, eficácia e eficiência devem contribuir para o desenvolvimento e implementação de soluções adaptadas a problemas de saúde semelhantes em outras situações ou contextos (BRASIL, 2004).

Eugenio Vilaça Mendes (2010) citado logo acima, após conceituar a rede de atenção em saúde, também descreve a situação real de grande parte do cenário atual como os sistemas fragmentados de atenção à saúde. São aqueles que se organizam a partir de um conjunto de pontos isolados e sem comunicação, acabando por não serem eficientes na atenção intergral da população. Desse jeito, a atenção primária em saúde não estabelece comunicação com a atenção secundária,

e ambos não se comunicam com a atenção terciária, bem como os sistemas de apoio da rede. Nesses casos o sistema está estabelecido de forma hierárquica, caracterizando-se por manter a concentração no tratamento de agravos agudos, passividade do usuário, ênfase nas atividades curativas e reabilitadoras, modelo fragmentado e sem estratificação do risco, atenção centrada no cuidado profissional e financiamento por procedimentos.

Conforme descrito na Política Nacional de Saúde Bucal, a assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido aos serviços básicos mesmo assim, com grande demanda reprimida. Os dados apresentados na política, os serviços odontológicos especializados presentes no SUS correspondem a 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Esta baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometem o funcionamento dos sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na maior parte das regiões de saúde. É notável que o aumento da cobertura da atenção básica não foi acompanhada pelo desenvolvimento em maior porte da rede assistencial de atenção secundária e terciária odontológica (BRASIL, 2004).

Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

2.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM ODONTOLOGIA

Conforme demonstrado anteriormente, ao revisar as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a atenção secundária e terciária não estão disponíveis na mesma escala que atenção básica, o que dificulta o correto funcionamento da rede e a integralidade de atenção.

Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde com a criação do programa Brasil Sorridente contribuiu para a implantação e/ou melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e devem estar integrados ao processo

de planejamento, ofertando procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica (BRASIL, 2004).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os Centros de especialidades Odontológicas estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços:

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.
- Periodontia especializada
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros
- Endodontia
- Atendimento a portadores de necessidades especiais (DAB, 2014).

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos.

Cada Centro de Especialidade Odontológica credenciado recebe recursos do Ministério da Saúde. A implantação de Centros de especialidades funciona por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal, isto é o Ministério da Saúde faz o repasse de uma parte dos recursos e Estados e municípios contribuem com outra parcela. O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO poderá ser suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Além dos Centros de Especialidades Odontológicas, compõem a atenção secundária em odontologia os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LPRD),

vista a demanda pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral em saúde bucal. O LRPD é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas. Município com qualquer base populacional pode ter o LRPD e não há restrição quanto sua natureza jurídica, ou seja, a Secretaria Municipal/Estadual de Saúde pode optar por ter um estabelecimento próprio (público) ou contratar a prestação do serviço (privado).

O Ministério da Saúde repassa um recurso mensal aos municípios/estados para confecção de próteses dentárias, de acordo com uma faixa de produção e este recurso financeiro é repassado para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC), após publicação em Portaria específica do Ministério da Saúde. A produção de prótese da dentária é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelo município/estado através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011).

Uma pesquisa realizada por Erdmam e colaboradores (2013) buscou avaliar qualitativamente de que modo as ações e serviços no âmbito da atenção secundária contribuem para o desenvolvimento de melhores práticas em saúde, além de, procurar analisar de que modo as ações e serviços nesse nível de atenção vêm contribuindo para o desenvolvimento de melhores práticas em saúde. O estudo foi desenvolvido em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Policlínicas, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), espaços de práticas de saúde que integram a atenção secundária, no município de Florianópolis, Brasil, bem como setor de regulação em saúde da gestão municipal.

O processo de análise dos dados permitiu elaborar um modelo teórico identificando a estrutura e organização da atenção secundária na rede de atenção à saúde; elencando dificuldades na organização das práticas de saúde no nível da atenção secundária; caracterizando melhores práticas no nível da atenção secundária para estruturação da rede de atenção à saúde e contribuição da atenção secundária para melhores práticas em saúde (ERDMANN, et. al. 2013).

No primeiro item podem-se identificar os tipos de atendimentos realizados, consultas ambulatoriais de especialidades médicas e odontológicas, atendimentos de urgência e emergência, atendimentos em saúde mental, certos tipos de exames laboratoriais e de imagem e cirurgias; e organização da demanda dos usuários a esse nível de atenção se caracterizou com uma demanda livre para atendimentos de urgência, utilizando classificação de risco e atendimentos ambulatoriais, referenciados pela atenção básica. Os atendimentos dentro da atenção secundária podem ser contratados, conveniados e/ou, ainda, pactuados com outros municípios, organizada de acordo com a demanda de cada região (ERDMANN, et. al. 2013).

Dentro do modelo de atenção as contribuições desse nível para melhores práticas na rede elencadas foram descritas nessa pesquisa qualitativa como articulação interna (entre os diferentes pontos de atenção nesse mesmo nível), articulação externa (entre a atenção secundária e os demais níveis de atenção) e ampliação do acesso a consultas e procedimentos especializados (DAB, 2013). As principais estratégias para a integração dos níveis assistenciais incluem a criação e fortalecimento de estruturas regulatórias no interior das Secretarias Municipais de Saúde, com descentralização de funções em nível local, organização dos fluxos, implantação de sistema de informação com prontuário eletrônico e ampliação da oferta de serviços especializados municipais. Em um sistema integrado de saúde, o fornecimento dos serviços especializados deve-se dar no lugar mais apropriado, preferencialmente em ambientes extra-hospitalares (GONZALEZ, et al. 2011).

Voltando ao estudo de Erdmann e colaboradores (2013), a boa relação entre a atenção primária e secundária é um dos fatores condicionantes da resolutividade do sistema de saúde. Investimentos em atenção secundária potencializam a resolubilidade da atenção primária, bem como, a baixa resolubilidade da atenção primária aumenta a demanda para a atenção secundária, o que também foi relatado pelos entrevistados desta pesquisa.

Portanto, para o bom funcionamento da rede e da atenção secundária envolve o uso de prontuário eletrônico, sistema de regulação em funcionamento e classificação de risco comum aos serviços de saúde que compõem a rede. A oferta de consultas com horário agendado e em maior nível de densidade tecnológica constitui boa prática no âmbito das atividades assistenciais, assim como o estabelecimento de normas de funcionamento e cumprimento de diretrizes

organizacionais são assim consideradas nas atividades de gestão. Finalmente, em relação aos processos incluem-se os fluxos de referência e contrarreferência, garantia de retorno, transporte eficiente de pacientes, planejamento das ações e serviços e a resolubilidade na atenção primária (ERDMANN, et al., 2013).

2.3 ASSISTENCIA HOSPITALAR ODONTOLÓGICA

No âmbito da Assistência hospitalar, o Ministério da Saúde possibilitou, em 2005, a emissão pelo cirurgião-dentista da Autorização de Internação Hospitalar - AIH e instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, buscando garantir o acesso das pessoas com diagnóstico de câncer aos estabelecimentos públicos de saúde para tratar e cuidar da patologia, assegurando a qualidade da atenção. Ainda em 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a atenção aos doentes com afecções das vias aéreas e digestivas superiores da face e do pescoço em alta complexidade, mediante a implantação de rede estadual/regional de atenção através de unidades de assistência e centros de referência.

Em relação ao atendimento na especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, e da sua área de atuação o tratamento de pacientes politraumatizados, portadores de complexas infecções extensivas à região da cabeça e pescoço, tratamento das lesões patológicas da região maxilofacial, diagnóstico e tratamento das deformidades dentofaciais, cirurgias pré-protéticas, reconstrução dos maxilares, tratamento das dores orofaciais e desordens temporomandibulares.

Além disso, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 1.032/GM, de 05/05/2010, que inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS voltados aos pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar. Esta Portaria foi formulada na construção de uma política para dar resposta a um problema de saúde que afligia os gestores de saúde e um determinado grupo populacional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, entre outras. É importante destacar que pacientes com necessidades especiais têm conceito e classificação amplos, que

abrangem situações que requerem atenção odontológica diferenciada. Até a publicação da portaria, as Unidades Básicas e/ou os Centros de Especialidades Odontológicas tinham muita dificuldade para encaminhar pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo para atendimento hospitalar sob anestesia geral e os hospitais e profissionais não tinham como registrar o procedimento e nem recebiam pela prestação do serviço. Por meio da publicação da portaria, os hospitais e profissionais que prestam serviço para a SUS passaram a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos de atenção primária e atenção secundária em ambiente hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Hoje em dia sabe-se que a atuação do cirurgião dentista vai muito além da cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, compondo também o serviço de odontologia hospitalar, que seria responsável pelo: diagnóstico de lesões bucais e auxílio no tratamento de manifestações bucais oriundas de doenças sistêmicas, diagnóstico e tratamento de condições bucais que possam acarretar complicações infecciosas, hemorrágicas, neurológicas ou cardiovasculares, seja em condições locais e sistêmicas, seja em decorrência de tratamento ao qual o paciente será submetido; diagnóstico e tratamento das condições bucais que possam colaborar para a manutenção ou piora de desordens sistêmicas graves; atuação prévia a terapias que possam acarretar complicações orofaciais ou sistêmicas futuras; atendimento a pacientes internados que apresentam dor e/ou infecção de origem odontológica; e atendimento de quaisquer condições que justifiquem intervenção em ambiente hospitalar em função do risco de complicação infecciosa ou hemorrágica tanto em nível local, quanto sistêmico (MANUAL DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR, 2012). Mas este tipo de serviço nem sempre está presente na realidade dos hospitais brasileiros, cabendo ao cirurgião buco-maxilo-facial a realização dessas atividades.

2.4 MODELOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificação de risco é um processo que deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento

(BRASIL 2002).

Além de visar à melhoria do fluxo de pacientes, a classificação de risco tende a acolher e atender mais humanizadamente os pacientes que buscam os atendimentos, principalmente nas portas de urgência e emergência (SILVA, 2011). É importante salientar que esses sistemas de estratificação de riscos podem ser direcionados para pesquisa, atenção individual ou coletiva de pacientes, mas também para racionalização do uso de recursos em hospitais. Estes devem ser reavaliados periodicamente, porque as características dos pacientes e os recursos diagnósticos e terapêuticos sofrem mudanças ao longo dos anos. (STRABELLI, et al., 2008)

O modelo ainda muito utilizado em nível hospitalar é de atendimento à urgência e emergência, servindo como porta de entrada para o sistema de um número expressivo de pacientes no sistema. Dentro desse modelo entende-se por prioridade no atendimento cirúrgico a própria ordem em que estes pacientes serão atendidos, isto é, submetidos à cirurgia. Mesmo em casos de cirurgia eletiva, pacientes com casos mais graves devem ser operados antes daqueles com casos menos graves, independente do tempo de acompanhamento no serviço. É preciso, todavia, que estes critérios de prioridade sejam claros e bem estabelecidos para um bom funcionamento do serviço (SANTOS JUNIOR, 2014).

Segundo Sarmiento e colaboradores (2005) alguns critérios devem ser destacados:

1. História de complicações:

- a. Complicações sistêmicas.
- b. Complicações em órgãos e estruturas adjacentes.
- c. Complicações locais.

2. Pacientes com comorbidades graves:

- a. Pacientes com sinais clínicos ou radiológicos de doença avançada.
- b. Menores de idade e idosos.
- c. Fatores socioeconômicos.

Segundo os autores supracitados, comorbidade são outras afecções sistêmicas com ou sem relação com a necessidade cirúrgica e que a revestem de maior gravidade ou possibilidade de complicação pela interação mútua das duas

condições. Outra prioridade está no estatuto da criança e do adolescente e pelo estatuto do idoso, ambos já em vigor em nosso país, estes grupos etários devem sempre ser priorizados no atendimento em qualquer hospital público e na implantação de qualquer política de saúde, portanto, também devem ser considerados casos prioritários (BRASIL, 1990; BRASIL, 2007).

Em relação aos fatores socioeconômicos, não se tem dúvidas de que são de fundamental importância, mas a sua consideração no estabelecimento dos critérios de prioridade é bastante controversa. Alguns exemplos priorizam a cirurgia de pacientes que moram em municípios distantes ou mesmo em outros estados, por entenderem que o acompanhamento prolongado em hospital tão distante de suas residências causa transtorno e sofrimento maiores, outros podem considerar relevantes questões como o impacto da doença na vida do paciente. Por isso é necessário que haja abertura para ampla discussão dos critérios a serem estabelecidos e também para casos particulares (SANTOS JUNIOR, 2014).

Quando observada a intervenção de acordo com a complexidade da condição crônica, o modelo da pirâmide de risco criado pela Kaiser Permanente descreve três níveis de classificação. Os usuários são classificados segundo as complexidades, permitindo a orientação das intervenções em relação aos grupos de risco e melhor utilização dos recursos humanos e financeiros. Sua lógica está em promover saúde dentro de toda a população, fortalecer ações de autocuidado dentro do grupo com condições de saúde mais simples, de ofertar a gestão da condição de saúde para o grupo com condição estabelecida, bem como manejar os portadores de condições de saúde muito complexas por meio da tecnologia da gestão do caso. Há evidências de que quando aplicado este modelo houve melhora na qualidade de vida dos usuários, reduziu as internações hospitalares e as taxas de permanência nos hospitais.

Eugenio Vilaça Mendes (2010) propõe um modelo de atenção às condições crônicas especificamente para o SUS, que foi chamado de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), conforme demonstrado na figura abaixo (Figura 1).

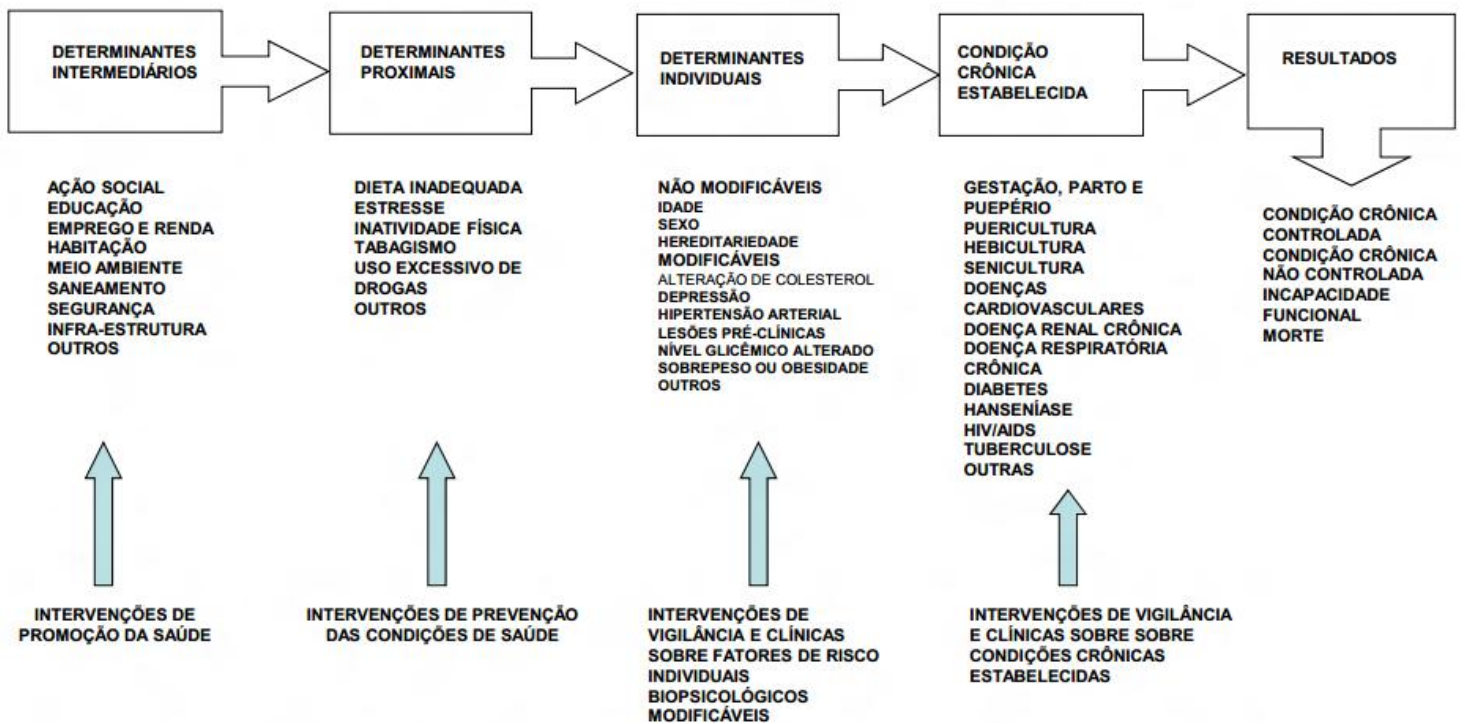


Figura 1. Modelo de atenção às condições crônicas.

Fonte: MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

O modelo descrito visa à melhoria na qualidade de vida do usuário, reduzir internações hospitalares, reduzir as taxas de permanência em hospitais, melhora a situação dos fatores de risco associados aos comportamentos e aos estilos de vida e reduz os custos da atenção em saúde (MENDES, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Desenvolvimento de proposta piloto de modelo de classificação de risco para ordenar o atendimento em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFIOS

-Sugerir como deveria ser implantado o modelo de classificação de risco, com vistas a estabelecer fluxo de agendamento dos pacientes conforme as suas necessidades dentro do HCPA e articulado a rede de atenção de saúde do estado do Rio Grande do Sul.

-Descrever o cenário atual dos Centros de Especialidade Odontológica no RS;

-Propor rede de CEOs regionais e o uso da Educação Permanente em Saúde como forma de melhoria no itinerário terapêutico do usuário da atenção secundária de saúde bucal no Rio Grande do Sul.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

A partir da análise da demanda do ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais, estabelecer protocolo de classificação de risco dos usuários dentro da matriz de classificação de risco, sabendo que a grande maioria dos pacientes são de caráter eletivo.

Estabelecer melhoria no fluxo de pacientes classificados dentro do protocolo da atenção secundária, para atendimento no nível correspondente na rede de atenção em saúde já estabelecida no estado e, além disso, desenvolver atividades de educação permanente, para que os profissionais da atenção básica sejam capazes de melhor direcionar o usuário, ponto fundamental para o correto funcionamento da rede.

4.1 DELINEAMENTO

Observacional transversal retrospectivo

Análise retrospectiva dos prontuários de pacientes agendados no Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) durante 3 meses, ou máximo de 40 pacientes, pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Amostra definida por conveniência pelos pesquisadores, por ser um projeto piloto.

Foram analisadas as seguintes variáveis a partir dos prontuários eletrônicos (dados secundários): sexo, idade, comorbidades sistêmicas, uso de medicação, local de origem do paciente, complexidade do procedimento dentro do nível especializado de atenção, tempo de espera entre a última consulta ambulatorial e a realização do procedimento cirúrgico.

A partir da análise inicial foram descritos os perfis dos usuários do serviço para posterior desenvolvimento de um Modelo de Classificação de Risco.

Além disso este estudo também desenvolveu uma análise crítica a partir de documentos institucionais e literatura vigente visando ampliar o entendimento da temática abordada.

4.2 LOCAL DA REALIZAÇÃO

Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e à Plataforma Brasil (nº CAAE 39148614.8.0000.5327)

O presente trabalho apresenta risco mínimo de quebra de confidencialidade.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL DO USUÁRIO

Foram avaliados retrospectivamente os prontuários dos pacientes submetidos à cirurgia no Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial entre as datas 12/12/2014 à 10/04/2015, conforme a tabela abaixo (tabela 1). As informações sobre presença de comorbidade sistêmica e uso de medicação foram autorreferidas pelo paciente.

A média de idade encontrada foi de 40,5 anos, onde 27 (67,5%) eram mulheres e 13 (32,5%) homens. Quando observada a cidade de origem, 18 pacientes eram provenientes de Porto Alegre (45%), 11 da região metropolitana (27,5%) e 11 do interior do estado do Rio Grande do Sul (27,5%).

Em relação à condição sistêmica do paciente, os dados todos foram obtidos a partir da anamnese realizada na primeira consulta com a equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial. Vinte pacientes (50%) referiram apresentar alguma comorbidade sistêmica e 16 (40%) referiram fazer uso de pelo menos uma medicação diariamente.

Dentre as comorbidades, a hipertensão arterial sistêmica foi referida por sete pacientes, cinco apresentaram alguma alteração respiratória, quatro eram pacientes oncológicos, quatro eram pacientes com alterações cardíacas, quatro referiram alterações gástricas, quatro referiram hipercolesterolemia, dois pacientes apresentaram HIV, um era paciente com alterações psiquiátricas, um apresentava crises epiléticas, um referiu ter esclerose (obs.: cada paciente poderia referir mais de uma alteração sistêmica).

Dos pacientes que referiram fazer uso de alguma medicação diariamente, oito fazem uso de algum anti-hipertensivo ou diurético, cinco faziam uso de algum anticoagulante ou antiagregante plaquetário, quatro estavam sob efeito de quimioterápicos para tratamento oncológico, quatro fazem uso de inibidor do suco gástrico, quatro usam algum antipsicótico ou antidepressivo e apenas um referiu usar antialérgico e corticoide.

Tabela 1: perfil do usuário do serviço de Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial ambulatorial do HCPA (continua)

Paciente/ idade	Sexo	Comorbidade siste mica- qual?	Uso de medicação- qual?	Cidade de origem	Procedimento	Tempo de espera
R.M.P.D., 63	Fem.	HAS e hipercolesterolemia	Hidroclorotiazida, Sinvastatina	Carlos Barbosa	Biópsia em mandíbula	0,5 mês
M.I.P., 59	Fem.	HAS e hipercolesterolemia	Nifedipina, Sinvastatina	Paverama	Biópsia em maxila	0,5 mês
H.L.M., 39	Fem.	Não refere	Não refere	Viamão	Biópsia em maxila	0,5 mês
F.G.M., 24	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
M.S.F., 20	Fem.	Depressão e bipolaridade	Fluoxetina, lítio, Ácido Valpróico, Aristab.	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
J.F.O., 64	Masc.	Câncer intestino.	Quimioterapia	Viamão	Dentes inclusos e impactados (sisos)	0,5 mês
L.R., 49	Masc.	Câncer em garganta	Quimioterapia e Radioterapia	POA	Extrações simples Pré-radioterapia	0,5 mês
J.F.F., 15	MAsc	Não refere	Não refere	Teutonia	Dentes inclusos e impactados (canino)	7 meses
M.D., 61	Fem.	Válvula aórtica (internada)	AAS, anlodipina, atenolol.	Cachoeira do Sul	Extrações simples	0,5 mês
C.M., 43	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	7 meses
J.B., 28	Fem.	Não refere	Não refere	Novo Hamburgo	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
S.I., 68	Masc.	HAS, ponte de safena	Atenolol, losartana, AAS	Novo Hamburgo	Extração simples	7 meses
A.N.B., 79	Fem.	HAS, miocardiopatia hipertrófica	AAS, captopril, sinvastatina, digoxina, furosemida, omeprazol	POA	Extrações simples	7 meses
S.G.G., 17	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	8 meses
L.O.B., 70	Masc.	Câncer em tireoide	Amitriptilina, Calcitriol, Metadona, Cálcio.	Portão	Extração simples Pré-radioterapia	0,5 mês

Tabela 1: perfil do usuário do serviço de Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial ambulatorial do HCPA (continuação)

Paciente/ idade	Sexo	Comorbidade siste- mica- qual?	Uso de medicação- qual?	Cidade de origem	Procedimento	Tempo de espera
S.F.G., 25	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	8 meses
C.L.C., 23	Fem.	Asma, rinite	Aerolin, Predinisona, meticorten	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
E.F., 53	Masc.	Cardiopatia	Não refere	Caçapava do Sul	Biopsia boca	1 mês
J.A., 55	Masc.	AVC, HAS, gastrite	Hidroclorotiazida, enalapril, atorvastatina, amitriptilina, AAS, clopidogrel	Araricá	Extrações simples	8 meses
K.L.R.S., 34	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	8 meses
M.F., 24	Fem.	Não refere	Não refere	Bom Príncipe	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
N.M., 30	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	0,5 mês
A.R.B., 25	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
F.C., 18	Fem.	Não refere	Não refere	Bom Príncipe	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
G.C., 19	Masc.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
M.I.A., 53	Fem.	Epilepsia, trombose, embolia pulmonar.	Fenobarbital, carbamazepina, diazepam, imipramina, varfarina, omeprazol, sinvastatina, aloperidol, clorpromazina.	POA	Extração simples	1 mês

Tabela 1: perfil do usuário do serviço de Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial ambulatorial do HCPA (conclusão)

Paciente/ idade	Sexo	Comorbidade siste mica- qual?	Uso de medicação- qual?	Cidade de origem	Procedimento	Tempo de espera
M.A.Z., 61	Fem.	HAS, hipercolesterolemia	Lozartana, amitriptilina, omeprazol	Estância Velha	Dentes inclusos e impactados	6 meses
T.A., 19	Fem.	Bronquite	Não refere	Viamão	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
M.P.S., 49	Masc.	Não refere	Não refere	Bom Princípio	Dentes inclusos e impactados (sisos)	7 meses
M.M.G., 30	Fem.	Bronquite, asma	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (extranumerario)	7 meses
L.S.B., 22	Masc.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	7 meses
M.T.L.N., 50	Fem.	Linfoma, HIV	Antiretrovirais, quimioterapia	Osório	Biópsia de boca	0,5 mês
M.M.A., 31	Fem.	Não refere	Não refere	Sapiranga	Biópsia de boca	3 meses
M.E., 30	Fem.	Não refere	Não refere	Venâncio Aires	Biópsia de boca	1 mês
C.B.L.D., 17	Fem.	Não refere	Não refere	São Jerônimo	Dentes inclusos e impactados (sisos)	4 meses
S.R.M., 32	Masc	HIV	Antiretrovirais	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	2 meses
D.P.S., 31	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	1 mês
L.A.O., 79	Masc.	Não refere	Não refere	Sapiranga	Biópsia de boca	4 meses
D.S., 29	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
M.L., 64	Fem.	HAS	Enalapril, atenolol, diosmina.	Palmares do Sul	Dentes inclusos e impactados (canino)	1 mês

Em relação ao tempo de espera, a média encontrada foi de cinco meses entre a última consulta com a equipe, onde o paciente estava em condições clínicas e com os exames laboratoriais e radiográficos já avaliados, e a realização do procedimento.

Quando analisados os procedimentos pelos quais os pacientes foram encaminhados para atendimento no serviço, 25 foram referenciados para extração de dentes retidos (inclusos ou impactados) correspondente à 62,5% dos encaminhamentos, sete foram referenciados para extrações simples (17,5%) e oito para biópsia de boca ou língua (20%), conforme o gráfico abaixo (Figura 2).

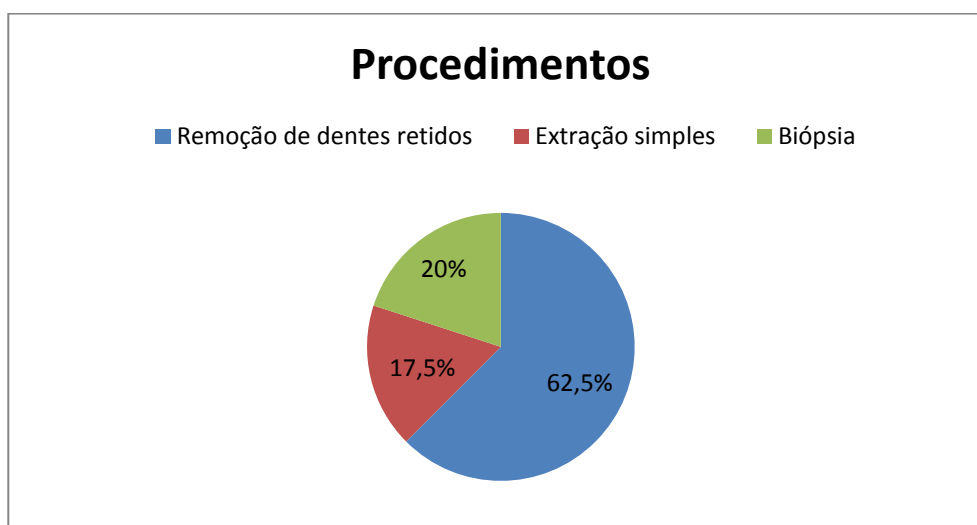


Figura 2: relação de procedimentos referenciados para a Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial ambulatorial do HCPA.

A fim de propor o modelo de classificação de risco, o estudo, além de descrever e analisar os prontuários, também revisou literatura e documentos institucionais. Desta forma, vale destacar a importância do Caderno de Atenção Básica- Saúde Bucal - nº 17 (BRASIL,2006) que refere os procedimentos que devem ser realizados no CEO de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial são os seguintes: correção de bridas musculares, correção de hipertrofia de rebordo alveolar, redução incruenta de luxação da articulação têmporo-mandibular, reimplante e transplante dental por elemento, remoção de dente retido (incluso ou impactado), remoção do foco residual, retirada de material de síntese (fios, pinos, arcos e placas), apicectomia com ou sem obturação retrograda, aprofundamento de vestíbulo por hemi-arcada, alveolotomia por arcada, cirurgia com finalidade ortodôntica, correção de tuberosidade, curetagem periapical, enxerto ósseo, excisão de cálculo de glândula salivar, excisão de fenômenos de retenção salivar, exodontia

múltipla com alveoloplastia por hemi-arco, marsupialização de cistos, marsupialização de lesões, reconstrução de sulco gengivo-labial., reconstrução parcial do lábio traumatizado, remoção de cisto, remoção de tórus e exostoses, selamento de fístula cutânea odontogênica, sinusotomia maxilar unilateral. Tratamento cirúrgico de fístula intra-oral, tratamento de emergência, fratura alvéolo dentária redução, apicetomia com obturação retrograda, laçada, tunelização, contenção (splintagem), redução cruenta de fratura alvéolo-dentária, redução incruenta de fratura alvéolo-dentária, tratamento clínico das nevralgias faciais, aparelho para bloqueio maxilo-mandibular, biópsia de tecido da cavidade bucal, biópsia de língua, biópsia de lábio, excisão e sutura de lesão na boca, excisão em cunha do lábio, incisão e drenagem de hematoma, incisão e drenagem de abscesso da boca e anexos, incisão e drenagem de celulite, incisão e drenagem de fleimão, biópsia da boca, exérese de lipoma .

5.2 MODELO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Após a revisão de literatura realizada pelo presente estudo e a partir da análise do perfil do usuário do serviço, pode-se observar a importância de um meio de regulação no agendamento desses pacientes (SANTOS JUNIOR, 2014; SARMENTO JUNIOR, 2005). As formas de regulação devem ser conhecidas e colocadas em prática por toda equipe, que inclui professores, residentes e estagiários, visando a institucionalização desta classificação.

Para isso desenvolvemos uma divisão dos pacientes em 3 grupos de prioridade de atendimento diferenciados pela cor, assemelhando-se a classificação de Manchester (MACKAWAY-JONES, 2006), conforme a tabela 2.

5.3 SUGESTÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DE USO DO MODELO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO CCA DO HCPA

Seria recomendável que os pacientes, quando aptos a serem submetidos à cirurgia fossem incluídos em um dos grupos acima, por um profissional regulador, o qual teria um controle contendo os dados e telefones de contato por onde seriam feitas, posteriormente, as notificações para os pacientes sobre data que foi agendada a realização do procedimento. De acordo com o grupo do paciente seriam

estabelecidos os critérios de priorização da agenda da equipe de Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial no Centro Cirúrgico Ambulatorial.

Tabela 2: Modelo de Classificação de Risco para pacientes atendidos na Especialidade de CTBMF à nível ambulatorial do HCPA

Grupo Vermelho	<p>Paciente com comorbidade sistêmica onde o procedimento cirúrgico odontológico é determinante para andamento do tratamento de tal comorbidade e/ou paciente referenciado para realização de biópsia de lesão com sinais de malignidade ou com potencial destruição dos tecidos adjacentes.</p> <p>Ex.: extração dentária prévia a radioterapia, quimioterapia, transplante ou uso de fármacos imunossupressores ou bifosfonatos.</p>
Grupo Amarelo	<p>Paciente com comorbidade sistêmica de difícil controle com risco de complicações transcirúrgicas</p> <p>Ex.: pacientes cardiopatas em uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, onde os testes de coagulação se mostram alterados e com avaliação médica favorável a realização de procedimento cirúrgico odontológico descrito no Caderno de Atenção Básica nº 17.</p>
Grupo Verde	<p>Paciente sem comorbidade sistêmica ou com comorbidade controlada, referenciado para procedimento cirúrgico odontológico citado no caderno de atenção básica nº17 (BRASIL, 2006).</p>

O tempo máximo de espera para o grupo vermelho deveria ser de duas semanas, a ser agendado no turno disponível para a equipe de CTBMF no ambulatório do HCPA que possui condições adequadas para a realização de tais procedimentos, atualmente a equipe dispõe das sextas-feiras a tarde para a realização de três procedimentos/dia.

Ao agendar a semana seguinte, o regulador deveria conferir a ocorrência de casos do grupo Vermelho a serem agendados e, se houvesse ele realizaria o agendamento. Caso não houvesse, passaria para o grupo Amarelo e realiza o contato para agendamento. Se ainda houvesse vagas, faria contato com paciente do grupo Verde. A lista de espera em cada grupo deve se dar de forma cronológica. Pacientes incluídos no Grupo Verde deveriam estar cientes do tempo médio de espera de cinco meses, calculado pelo presente estudo.

O cadastramento do paciente em um grupo de risco deveria ser feito, preferencialmente em um dispositivo digital com capacidade de armazenamento seguro de informações e de fácil acesso a todos os membros da equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial aptos a realizar o agendamento.

5.4 ANÁLISE DO CENÁRIO ATUAL DE CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO RIO GRANDE DO SUL

Atualmente o mapa dos Centros de Especialidade Odontológica no Rio Grande do Sul se apresenta da seguinte forma (Tabela 3):

Tabela 3: CEOs em Dezembro/14 no Rio Grande do Sul

CRS	Município	REGIÃO DE SAÚDE	MACRO REGIÃO	CEO	RPCD CEO	tipo 1	tipo 2	tipo 3
10	ALEGRETE	03 ALEGRETE URUGUAIANA	CENTRO OESTE	TIPO 2			x	
1	ALVORADA	10 PORTO ALEGRE	METROPOLITANA	TIPO 1		x		
7	BAGÉ	22 BAGÉ	SUL	TIPO 1		x		
2	CACHOEIRINHA	10 PORTO ALEGRE	METROPOLITANA	TIPO 1		x		
3	CANGUÇU	21 PELOTAS RIO GRANDE	SUL	TIPO 2	X		x	
2	CANOAS	08 CANOAS VALE DO CAI	METROPOLITANA	TIPO 1	X	x		
5	CAXIAS DO SUL	23 CAXIAS E HORTÊNSIAS	SERRA	TIPO 3	X			x
11	ERECHIM	16 ERECHIM	NORTE	TIPO 1	X	x		
1	GRAVATAÍ	10 PORTO ALEGRE	METROPOLITANA	TIPO 1	X	x		
17	IJUÍ	13 IJUÍ	MISSIONEIRA	TIPO 1 (3)	X cisa	XXX		
16	LAJEADO	29 LAJEADO	VALES	TIPO 1		x		
2	MONTENEGRO	08 CANOAS VALE DO CAI	METROPOLITANA	TIPO 1		x		
18	OSÓRIO	05 BONS VENTOS	METROPOLITANA	TIPO 1	X	x		
17	PANAMBI	13 IJUÍ	MISSIONEIRA	TIPO 1		x		
3	PELOTAS	21 PELOTAS RIO GRANDE	SUL	TIPO 1 (2)	X	XX		
1	PORTO ALEGRE	10 PORTO ALEGRE	METROPOLITANA	TIPO 2 (4)			XXXX	
10	ROSÁRIO DO SUL	03 ALEGRETE URUGUAIANA	CENTRO OESTE	TIPO 2			X	
4	SANTA MARIA	01 SANTA MARIA	CENTRO OESTE	TIPO 2			x	
4	SANTIAGO	02 SANTIAGO	CENTRO OESTE	TIPO 1		x		
12	SANTO ÂNGELO	11 SANTO ANGELO	MISSIONEIRA	TIPO 1		x		
12	SÃO BORJA	11 SANTO ANGELO	MISSIONEIRA	TIPO 1		x		
12	SÃO LUIZ GONZAGA	11 SANTO ANGELO	MISSIONEIRA	TIPO 1		X		
3	SÃO LOURENÇO DO SUL	21 PELOTAS RIO GRANDE	SUL	TIPO 1		X		
4	SÃO SEPÉ	01 SANTA MARIA	CENTRO OESTE	TIPO 2			x	
19	TENENTE PORTELA	15 FREDERICO W PALMEIRA M	NORTE	TIPO 1	X	x		
10	URUGUAIANA	03 ALEGRETE URUGUAIANA	CENTRO OESTE	TIPO 1	X	x		
26 MUNICÍPIOS				32	11	22	9	1

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado RS/ Departamento de Ações em Saúde – DAS, 2014

Nota-se que apenas 26 municípios dos 497, segundo o IBGE em 2014, apresentam um CEO para suprir as necessidades de média complexidade dos municípios. Quando pensamos em regiões de saúde, conforme distribuição da Secretaria Estadual de Saúde, 16 das 30 regiões não possuem CEO, como segue na imagem abaixo (Figura 3).

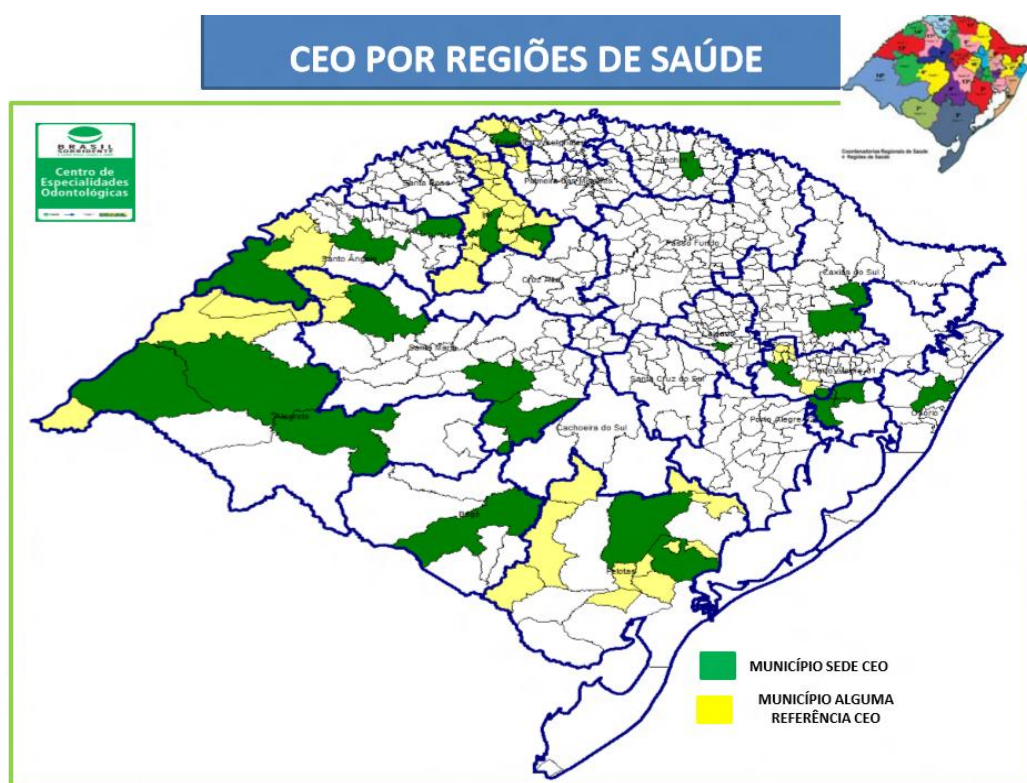


Figura 3: Mapa dos CEOs por região de saúde/RS
 Fonte: Secretaria de Saúde do Estado RS/ Departamento de Ações em Saúde – DAS, 2014

Ao que se observa, parece que a única alternativa, no momento, para a grande parte dos municípios do interior do Rio Grande do Sul e região metropolitana seja encaminhar os seus municípios que possuem necessidades de média complexidade da especialidade de Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial para a atenção terciária, mesmo que isso signifique maior deslocamento, maior custo e maior tempo de espera.

A criação de CEOs regionais aparece como a alternativa para suprir a necessidade local dentro de cada região de saúde, mas para isso os gestores devem identificar a falta da atenção secundária de referência como um problema

grave da Rede de Atenção a Saúde e conhecer as possibilidades de estruturação da mesma.

5.5 PROPOSTA DE ESTRUTURAÇÃO DE CEOS REGIONAIS

Durante o desenvolvimento do presente estudo, buscamos junto à área técnica de saúde bucal da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, a estruturação de uma proposta para a criação de CEOS regionais, para melhoria da oferta e acesso ao serviço. Atualmente, no estado, temos apenas dois CEOS regionais, ambos em Ijuí, instituídos por consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, que atende a sua região.



REGIÕES DE SAÚDE CEO REGIONAL



30 REGIÕES DE SAÚDE

16 REGIÕES ONDE NÃO POSSUIMOS CEO

REGIÃO DE SAÚDE	Município	POP	CEO	SUGESTÃO DE REGIONALIZAÇÃO DO CEO
01 SANTA MARIA	21	417.906	SANTA MARIA (T2) SÃO SEPÉ (T1)	SANTA MARIA OU REGIONAL EM SÃO SEPÉ (TIPO 1 OU 2 4C)
02 SANTIAGO	11	123.915	SANTIAGO (T1)	SANTIAGO ampliar tipo 2 e regionalizar produção
03 ALEGRETE/ URUGUAIANA	11	463.501	ALEGRETE(T2) URUGUAIANA(T1) ROSÁRIO DO SUL (T2)2014	Regionalizar ALEGRETE e ROSÁRIO DO SUL, S. DO LIVRAMENTO
04 BELAS PRAIAS	12	139.835		Regionalizar TORRES E CAPÃO DA CANOA (TIPO 1 OU 2 4C)
05 BONS VENTOS	11	205.544	OSÓRIO (T1) MUNIC 2014	CEO regional TRAMANDAÍ TIPO 2 e regionalizar OSÓRIO TIPO 1
06 PARANHANA	8	214.107		TAQUARA ou PAROBÉ CEO regional / CEO TIPO 1 IGREJINHA REGIONAL
07 NOVO HAMBURGO	15	760.799		CEO municipal N HAMBURGO E S. LEOPOLDO e regionalizar SAPIRANGA e (ESTÂNCIA VELHA OU CAMPO BOM)
08 CANOAS VALE DO CAI	18	721.858	CANOAS (T1) MONTENEGRO(T1)	CEO municipal SAPUCAIA DO SUL e regional TRIUNFO e ESTEIO
09 CARBONÍFERA COSTA DOCE	19	385.972		CEO regional CAMAQUÃ e GUAIBA
10 PORTO ALEGRE	6	2.233.481	ALVORADA(T1) CACHOEIRINHA(T1) GRAVATAI (T1) 4 POA (T2)	CEO municipal VIAMÃO e GLORINHA referenciar a gravatai
11 SANTO ANGELO	24	285.107	SANTO ANGELO(T1) SÃO BORJA(T1) SÃO LUIZ GONZAGA(T1)	CEO SÃO LUIZ GONZAGA transformar em regional
12 CRUZ ALTA	13	151.753		CEO REGIONAL EM CRUZ ALTA
13 IJUI	20	222.908	IJUI MUNIC E 02 IJUI CISA REGIONAL (T1) E PANAMBI (T1)	OBS: CEO CISA E O NOVO CEO CISA FAZEM A REGIONALIZAÇÃO DA REGIÃO
14 SANTA ROSA	22	226.228		CEO II REGIONAL EM SANTA ROSA
15 P. MISSÕES FREDERICO W.	40	271.402	TENENTE PORTELA (T1)	CEO I REGIONAL PALMEIRA DAS MISSÕES E EM FREDERICO W. + regionalizar TENENTE PORTELA
16 ERECHIM	33	230.555	ERECHIM - URI (T1) MUNIC 2014	CEO ERECHIM TIPO I REGIONAL E TRANSFORMAR CEO GETULIO VARGAS REGIONAL
17 PASSO FUNDO	21	298.086		CEO II REGIONAL PASSO FUNDO OU TIPO 1 em P FUNDO mais 01 TIPO 1 MARAU REGIONAL
18 SANANDUVA E L. VERMELHA	20	128.298		CEO REGIONAL LAGOA VERMELHA
19 SOLEDADE	14	115.579		CEO REGIONAL SOLEDADE - TAPERA
20 CARAZINHO	19	162.857		CEO REGIONAL RONDA ALTA E CARAZINHO
21 PELOTAS	22	846.439	CANGUÇU (T2) E 2 PELOTAS (T1) SÃO LOURENÇO(T1)	CEO I MUNICIPAL PELOTAS E JAGUARÃO/ CEO T2 REGIONAL RIOGRANDE E CEO T1 REGIONAL SÃO LOURENÇO DO SUL
22 BAGÉ	6	182.724	BAGÉ (T1)	TRANSFORMAR CEO REGIONAL EM BAGÉ
23 CAXIAS E HORTÊNCIAS	6	539.610	CAXIAS (T3)	CEO REGIONAL EM GRAMADO
24 CAMPOS DE CIMA DA SERRA	9	95.206		CEO REGIONAL VACARIA
25 VINHEDOS E BASALTO	21	282.108		CEO II REGIONAL EM BENTO GONCALVES
26 UVA E VALES	12	171.038		CEO II REGIONAL FARROUPILHA
27 CACHOEIRA DO SUL	12	200.070		CEO REGIONAL EM CACHOEIRA
28 SANTA CRUZ DO SUL	13	328.655		CEO REGIONAL EM SANTA CRUZ E VENÂNCIO AIRES
29 LAJEADO	27	209.144	LAJEADO (T1)	CEO REGIONAL EM LAJEADO (2)
30 ESTRELA	10	118.345		CEO REGIONAL EM ESTRELA

Figura 4: Planejamento CEO regional por regiões de saúde

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado RS/ Departamento de Ações em Saúde – DAS, 2014

O planejamento da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul foi realizado a partir das estruturas já presentes ampliando sua cobertura para outros municípios da região, bem como a criação de novas estruturas em municípios-chave de regiões ainda sem presença de referência em atenção secundária de saúde bucal (Figura 4).

5.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) tem elementos para aprimorar o processo de trabalho, uma vez que a formação sugerida parte das necessidades sentidas pelos sujeitos (SARRETA, 2009). Conforme descrito por Ceccim e Capazzolo (2004), a educação permanente é a definição pedagógica para o processo educativo em serviço que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano, pondo o cotidiano do trabalho em análise, tanto a incorporação acrítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais.

Dessa forma, para otimizar processos de trabalho, resultados sócio-sanitários para o sistema e melhores e mais resolutiva práticas de gestão do cuidado dos usuários dos serviços, a educação permanente deve acontecer de forma a responsabilizar o profissional a estabelecer fluxo de cuidado do usuário otimizados dentro do que a rede oferece. E o impacto dessas atividades deveria ser avaliado constantemente a partir da resolutibilidade do encaminhamento. Para tanto, as práticas de EPS deveriam acontecer primeiramente a nível municipal, mas de forma sincronizada e dialogada com os serviços presentes dentro da rede estadual de atenção à saúde.

5.6 ESTABELECIMENTO DE PROTOCOLO PARA FLUXO DO PACIENTE NA REDE DE ATENÇÃO

No município de Porto Alegre atualmente, as marcações de consultas nos CEOs se dão via Sistema Nacional de Regulação-SISREG, que visa à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria (DATASUS, 2015). Já o agendamento a nível hospitalar do município de

Porto Alegre, se da via sistema AGHOS, sem passar pela regulação da área técnica de saúde bucal.

Dessa forma, a proposta do presente estudo é estabelecer a presença de um ente regulador em todas as formas de agendamento, que estabelecesse fluxos de comunicação entre os serviços, via uso unificado de um sistema único de informações para a regulação de consultas para a especialidade de CTBMF, bem como a utilização da classificação de risco desenvolvida pelo estudo no CCA do HCPA inicialmente e quiçá a sua utilização em outros serviços após o teste de implantação no HCPA.

6 DISCUSSÃO

Apesar da amostra pequena no presente estudo, a avaliação piloto do paciente usuário do serviço de cirurgia ambulatorial do hospital de Clínicas da equipe de CTBMF se mostrou capaz de identificar seu perfil e iniciar os estudos de planejamento para melhor funcionamento. Novos estudos devem ser realizados a fim de confirmar o perfil encontrado e desenvolver novas metodologias de classificação de risco.

Em um cenário provisório, até a estruturação da atenção secundária de saúde bucal em todo o Rio Grande do Sul, supomos que deveriam ser referenciados para atendimento no HCPA, aqueles pacientes com comorbidade sistêmica com indicação de realização à nível hospitalar, bem como dificuldade de manejo dessa condição de saúde ou usuários de municípios que não possuem atenção secundária dentro da sua rede de saúde.

Segundo os resultados desse estudo, parece que ainda que momentaneamente, um percentual expressivo dos procedimentos ocorre em nível terciário, no CCA do HCPA, para suprir a falta de uma rede secundária em saúde bucal do estado. No entanto, vale ressaltar que tal serviço também deve dar conta de demandas de usuários do interior do estado uma vez que deve-se respeitar a Resolução 237/11 da Comissão Intergestores Bipartite do RS, que define que 55% da oferta de consultas especializadas sediadas em Porto Alegre para usuários de Porto Alegre e 45% para os demais municípios do estado, o que reflete também nas parcelas de financiamento do serviço.

Como observamos no presente estudo, dos 18 pacientes provenientes de Porto Alegre, apenas dois apresentaram alguma alteração sistêmica (ambos internados, um para tratamento oncológico e outro de miocardiopatia hipertrófica) que justificaram a realização do procedimento a nível hospitalar. Os outros 89% não referiram alterações e poderiam ser referenciados à atenção secundária presente e estruturada no município.

Ou seja, parece não bastar ter o serviço na rede, se os profissionais que atendem nela, não a conhecem. Para que isso não venha a se repetir, é fundamental a constante atualização dos profissionais que trabalham na atenção primária e que são os responsáveis por esse fluxo do usuário dentro da rede. A possibilidade de ser atendido mais próximo a sua residência, geralmente com menor

tempo de espera e a comunicação facilitada entre os profissionais, são alguns dos fatores que devem levar o paciente ao CEO ao invés de ser encaminhado para atenção hospitalar (BRASIL, 2004; MENDES, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Nos municípios que não possuem nenhum CEO de referência, é importante que os gestores conheçam as suas formas de implantação, bem como a possibilidade de estabelecimento de CEOs regionais para atender as necessidades de cada região de saúde.

7 CONCLUSÃO

Após a avaliação dos critérios descritos acima e o mapa dos CEOs no Rio Grande do Sul pode-se concluir que existem alguns movimentos necessários para a qualificação do fluxo de agendamento do CCA do HCPA e dos sistemas de apoio e logística, do município e do estado, que conduzem os usuários até o CCA do HCPA. Observou-se a necessidade de uma regulação para agendamento dos pacientes antes da indicação destes para o HCPA, bem como, a necessidade de implementação de um modelo de classificação de risco e de protocolos estabelecidos para o agendamento dos procedimentos, sejam estes os sugeridos neste estudo ou outros adaptados a realidade do serviço e pactuado entre os profissionais, uma vez que observa-se nestes um papel fundamental para a real implementação de tais mecanismos de regulação.

Além disso, o estudo trouxe a percepção real de necessidade de ampliação e estruturação da rede que compõe o SUS no estado no que tange à atenção secundária em saúde bucal, bem como a necessidade de qualificação da regulação presente no sistema logístico da rede para que a mesma seja capaz de suprir as necessidades de cada região de saúde e, por fim, a organização do itinerário dos usuários na rede de atenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei federal nº 8.069, de 13 junho de 1990.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2048 de 02 de novembro de 2002. Dispões sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: DOU, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**. Brasília 2006 (Caderno de Atenção Básica, n.17)

CECCIM, R. B. e CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência. In: MARINS, J. J. N. et al. **Educação médica em transformação**. São Paulo: Abem / Hucitec. p. 346-390. 2004.

DEPARTAMENTO de atenção básica: saúde bucal. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/atencao_especializada.php>. Acesso em: 07 jun. 2014.

DEPARTAMENTO de atenção básica: saúde bucal. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/mapa_centro_especialidades/CEO_RS.php>. Acesso em: 7 jun. 2014. (tabela CEO).

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, 2013.

CECCIM, R. B. e CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência. In: MARINS, J. J. N. et al. **Educação médica em transformação**. São Paulo: Abem / Hucitec. p. 346-390. 2004.

GONDIM, R.; BOMFIM, R.L.D.; GRABOIS, V.; et al.. Organização da atenção. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.93-120.

GONZALEZ, M. C. S.; et al. Evaluación de los Sistemas de salud en la atención basados primaria de la salud. **Rev Panam Salud Publica** , Washington, v 30, n. 5, Nov. 2011.

MANUAL de Odontologia Hospitalar, 2012. Disponível em: < http://www.cro-df.org.br/novosite/images/pdf/MOH_Manual%20de%20Odontologia%20Hospitalar.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2014.

MACKAWAY-JONES,K.;MARSDEN,J.;WINDLE,J. Emergency triage: **Manchester Triage Group**. 2ed. Paperback, 2006

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 283, 22 de Fevereiro de 2005 (Republicada em 10 de março de 2005). Antecipa do incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas - CEO em fase de implantação, e dá outras providências. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 600, 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.464, 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO). Brasília, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.032, 5 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Brasília, 2010.

Oliveira RC, Correa AA, Ferreira AG, Marques ZFA. A reorganização da atenção secundária como estratégia para a garantia da integralidade. In: Magalhães HM Jr, organizador. Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2010. p. 149-71.

RIO GRANDE DO SUL, Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 237, de 20 de julho de 2011.

SANTOS JÚNIOR, E.A.; LIMA, D.P.; ROCHA, A.F.S.; et al. Acolhimento com classificação de risco [online]. Belo Horizonte (MG): Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte-MG.. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodeasUpasdeBH.pdf>> Acesso em 23 de jun. 2014.

SARRETA, FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 16, n. 6, p. 2753-2762. Brasil, 2011.

STRABELLI, T.M.V.; STOLF, N.A.G.; UIP, D.E. Uso prático de um índice de risco de complicações após cirurgia cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 91, n. 5, p 342-347. Nov. 2008.

SARMENTO JUNIOR, K.M.A.; TOMITA, S.; KOS, A.O.A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 71, n. 3, Jun. 2005 .

SARRETA, FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.

SISREG - Sistema Nacional de Regulação. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30430>>. Acesso em: 14 mai. 2015.