

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PAULINE FRIEDERIKE WARKENTIN

GESTÃO EM SAÚDE BUCAL: O DESAFIO DO ENCAMINHAMENTO
ESPECIALIZADO DE SAÚDE BUCAL EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE
NO ESTADO DO PARANÁ

CURITIBA

2019

PAULINE FRIEDERIKE WARKENTIN

GESTÃO EM SAÚDE BUCAL: O DESAFIO DO ENCAMINHAMENTO
ESPECIALIZADO DE SAÚDE BUCAL EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO
ESTADO DO PARANÁ

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicado do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde.

Orientador: Cristhiane Aparecida Mariot Diniz

CURITIBA

2019

RESUMO

A falta de acesso ao atendimento básico e especializado em saúde bucal está entre um dos principais fatores de risco para a extração dentária. São determinantes para o edentulismo as condições precárias de vida, poucos serviços ofertados e a dificuldade de acesso, modelo de assistência mutilador e características culturais. A Política Nacional de Saúde Bucal foi implantada para melhorar o acesso a saúde bucal brasileira através da organização de redes de atenção. Considerando a integralidade do cuidado e a dificuldade de acesso a atenção secundária em municípios de pequeno porte como São João do Triunfo/PR, busca-se com este projeto técnico implantar um consórcio intermunicipal para criação de um Centro de Especialidade Odontológica Regional e assim melhorar a saúde bucal e qualidade de vida dos usuários do sistema público.

Palavras-chave: Atenção secundária em saúde bucal; CEO; Consórcio intermunicipal e saúde; Gestão em Saúde Bucal.

ABSTRACT

The lack of access to basic and specialized oral health care is one of the main risk factors for dental extraction. The precarious conditions of life, few services offered and the difficulty of access, mutilating assistance model and cultural characteristics are determinants for edentulism. The National Oral Health Policy was implemented to improve access to Brazilian oral health through the organization of care networks. Considering the integral care and the difficulty of accessing secondary care in small municipalities such as São João do Triunfo / PR, this technical project seeks to establish an intermunicipal consortium to create a Regional Dental Specialty Center and thus improve the oral health and quality of life of the users of the public system.

Key-words: Secondary care in oral health; CEO; Intermunicipal health consortium; Management in Oral Health.

LISTA DE SIGLAS

- CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
- CEO-R -Centro de Especialidades Odontológicas de Referência Regional
- ESB - Equipe de Saúde Bucal
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- LRPD - Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
- PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
- PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal
- RAS - Rede de Atenção à Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
1.1	Apresentação.....	07
1.2	Objetivo Geral do Trabalho.....	07
1.2.1	Objetivos Específicos do Trabalho.....	07
1.3.1	Justificativas do Objetivo.....	08
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	09
2.1	Apresentação dos conceitos.....	09
2.1.1	Organização dos Serviços de Saúde.....	09
2.1.2	Política Nacional de Saúde Bucal.....	10
2.1.2.1	Centro de Especialidades Odontológicas	11
2.1.3	Rede de Atenção à Saúde Bucal.....	12
2.1.4	Consórcio Intermunicipal de Saúde.....	13
3	DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	15
3.1	Descrição geral da organização.....	15
3.2	Diagnóstico da situação-problema.....	16
4	PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	19
4.1	Proposta técnica.....	19
4.1.1	Plano de implantação.....	19
4.1.2	Recursos.....	21
4.1.3	Resultados esperados.....	21
4.1.4	Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas.....	22
5	CONCLUSÃO.....	23
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Com a criação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004 uma melhora no acesso e na integralidade de Atenção a Saúde Bucal da população brasileira é esperada (BRASIL, 2004).

Apesar da considerável ampliação de Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica, a atenção secundária ainda é implantada com lentidão em várias regiões, sendo precária principalmente em municípios de pequeno porte (FIGUEIREDO; GOES, 2009).

São João do Triunfo/PR é um município de pequeno porte com 13.704 habitantes conforme último censo do IBGE (IPARDES, 2019). A cobertura com Equipes de Saúde Bucal estimada pelo e-gestor foi de 92,45% da população. Não há centro de especialidades odontológicas (CEO) no município, nem centro de especialidades odontológicas de referência regional (CEO-R) para encaminhar os usuários que necessitam da atenção secundária. Existe, portanto, a dificuldade do trabalho em Rede de Atenção à Saúde, contrariando o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Frente a esta situação muitos usuários optam pela extração dos elementos dentários, apresentam problemas de má-oclusão por não conseguirem repor o elemento perdido e apresentam qualidade de vida inferior por permanecerem desdentados (BRASIL, 2018).

1.2 Objetivo Geral do trabalho

Elaborar um projeto técnico com finalidade de propor alternativa a respeito dos procedimentos para encaminhamento especializado em saúde bucal no município de São João do Triunfo/PR.

1.2.1 Objetivos específicos do trabalho

- Diagnosticar a demanda odontológica para encaminhamento a serviços especializados no município de São João do Triunfo/PR.

- Identificar os impactos causados nos atendimentos da atenção básica pela demanda reprimida na atenção secundária.
- Apresentar aspectos legais do SUS pertinentes a consórcios intermunicipais de Saúde.

1.3 Justificativas do objetivo

Considerando a atenção integral do usuário conforme os princípios do SUS e buscando evitar tratamentos cirúrgicos mutilatórios desnecessários, ressalta-se a importância de um trabalho eficiente em Rede na Atenção à Saúde Bucal, com alternativas para o atendimento de atenção secundária em municípios de pequeno porte como São João do Triunfo/PR (COSTA, 2017). As alternativas de fluxo para atenção especializada visam a continuidade de tratamento iniciado na atenção primária de média complexidade, cujo tratamento não é possível realizar nas Unidades de Saúde.

Como profissional atuante no município observo que o não encaminhamento, além de altos índices de exodontia, traz consequências como mal-oclusão, estética, piora na qualidade de vida incluindo a má-alimentação (BRASIL, 2018).

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Apresentação dos Conceitos de Gestão em Saúde

2.1.1 Organização dos Serviços de Saúde

Com a implantação do SUS houve grandes mudanças na saúde pública do Brasil, reorganizando todo sistema de atenção, passando de um sistema de previdência social para um sistema de acesso universal e igualitário (GONÇALVES, 2014). Conforme a Constituição de 1988 a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

O SUS é regido pelos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade. Inicialmente também se previa como princípios organizativos a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, a descentralização e comando único, a municipalização e a participação social (BRASIL, 1990).

Percebendo a fragmentação dos serviços com a regionalização e a hierarquização foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), regulamentadas pelas diretrizes na Portaria nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010, e pelo Decreto nº7.508, de 28 de junho de 2011. Na RAS a hierarquia é trocada pela poliarquia, permitindo uma rede horizontal de atendimento à saúde conforme necessidade do usuário.

Na RAS estão articulando o primeiro nível de atenção, os serviços especializados, os serviços de diagnóstico e terapia, os serviços de emergência e os serviços hospitalares (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2014).

A atenção básica representa na RAS o gerenciador entre os diferentes nós da rede, articulando com os diversos níveis de atenção, sendo considerado a porta de entrada no sistema. É na atenção primária que ocorre a responsabilização pelo usuário, o acolhimento, o atendimento da maioria dos casos de doença, a promoção e prevenção de saúde e o acompanhamento. Diferente da hierarquização, na RAS o atendimento ocorre em complementariedade, sendo a diferença a complexidade da densidade tecnológica entre os níveis (GONÇALVES, 2014; BRASIL, 2018).

O objetivo da RAS é a integralidade do cuidado, com resolutividade, conforme os problemas de saúde e população adstrita (COSTA, 2017).

Os casos que não são resolvidos na atenção básica serão encaminhados para o serviço especializado a partir do primeiro nível de atenção. Conforme necessidade de resolubilidade, tamanho da população, densidade demográfica, perfil epidemiológico e recursos disponíveis estas especialidades poderão ser ofertadas no primeiro nível de atenção (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2014).

Os serviços de diagnóstico e terapia são considerados auxiliares do atendimento clínico, e fazem parte do sistema de apoio. Considera-se deste grupo, além de toda assistência farmacêutica, o diagnóstico por imagem, exames laboratoriais, quimioterapia, hemodiálise, radioterapia e hemoterapia (BRASIL, 2010).

Os serviços hospitalares são serviços mais complexos. Dentro deste nível de atenção ainda existe subdivisões. Há hospitais que são mais específicos para algum tratamento, já outros são apenas para procedimentos eletivos e de caráter comunitário. O encaminhamento para este ponto da RAS vai ser definido conforme os outros nós da Rede (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2014).

Os serviços de emergência e urgência devem garantir que o usuário seja atendido na hora que estiver procurando o serviço, pois a sua situação é no caso das emergências com risco a vida ou de sofrimento intenso, ou no caso de urgência com ou sem risco a vida, mas que necessita de atendimento médico naquele momento (BRASIL, 2011).

2.1.2 Política Nacional de Saúde Bucal

A saúde bucal no Brasil por muitos anos não recebeu atenção na saúde pública do país. Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998 revelaram dados assustadores, destacando que 18,7% da população brasileira nunca havia frequentado um dentista (IBGE, 2000). Com o acesso limitado muitos usuários procuravam o serviço apenas na hora da dor, sendo oferecido pelo sistema único apenas a extração dentária como opção de tratamento. Percebendo esta fragilidade, e pensando no atendimento integral dos usuários do SUS foi lançada em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente (BRASIL, 2004).

Com a PNSB espera-se garantir ações que sejam de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal brasileira evitando o tratamento apenas mutilador. As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica

de Saúde Bucal, a ampliação e qualificação da atenção secundária e medidas preventivas como a adição de flúor nos abastecimentos de água (BRASIL, 2016).

Na Atenção Básica de Saúde Bucal destaca-se a implantação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família fortalecendo a Saúde Bucal na atenção primária. A qualificação e ampliação da atenção especializada se deu principalmente pela implantação dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratório Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (BRASIL, 2018). A implantação da atenção secundária de Saúde Bucal ocorre de forma mais lenta do que a atenção primária, este fato ocorre devido a falta de interesse pelas três esferas de gestão (COSTA, 2017).

2.1.2.1 Centro de Especialidades Odontológicas

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) oferecem serviços especializados em Saúde Bucal de média complexidade. São consideradas atividades de execução mínima o diagnóstico bucal com ênfase em câncer bucal, cirurgia oral menor de tecidos moles e duros, endodontia, periodontia e atendimento as pessoas com necessidades especiais. O CEO também pode oferecer outras especialidades como a Odontopediatria, Ortodontia, Implantodontia, Ortodontia Funcional dos Maxilares, Prótese Dentária ou qualquer outra especialidade que o município considere importante (BRASIL, 2018).

Atualmente existem três tipos de CEO, classificados conforme a base populacional, de acordo com a portaria GM/MS nº1,570, de 29 de julho de 2004. Sua abrangência poderá ser municipal ou para uma região de saúde. Para participação de um CEO Regional há necessidade que os municípios cumpram a cobertura mínima estipulada. Conforme o tipo do CEO há uma quantidade mínima de produção mensal por especialidade a ser realizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O CEO tipo I é para um mínimo de 50 mil habitantes, sendo constituído por três ou mais cirurgiões-dentistas e um auxiliar odontológico por cadeira, além do apoio do pessoal administrativo. Estipula-se que tenha uma cobertura de 60% de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. O CEO tipo II é para atender uma população entre 50 e 100 mil habitantes, com cobertura de 40% na Estratégia Saúde da Família. Fazem parte da equipe quatro ou mais cirurgiões-dentistas, um auxiliar ou técnico de saúde bucal por cadeira odontológica, e no mínimo pessoal de apoio

administrativo. O terceiro tipo de CEO é para atender uma população acima de 100 mil habitantes com no mínimo 25% de cobertura na Estratégia. São exigência de recursos humanos sete cirurgiões-dentistas ou mais, uma auxiliar ou técnico em saúde bucal por cadeira odontológica e pessoas contratadas para o apoio administrativo, como serviços gerais, recepção e auxiliar administrativo (PARANÉ, 2016).

Um estudo realizado em Pernambuco por Figueiredo e Goes (2009) sobre a implantação de CEOs correlacionou que municípios de porte pequeno e baixo desenvolvimento humano apresentaram piores desempenhos. Outro estudo também mostrou que baixo IDHM, densidade demográfica baixa apresentavam CEOs regulares/ruins (CORTELAZZI et al, 2014).

2.1.3 Rede de Atenção à Saúde Bucal

A ideia de trabalho em Rede de Atenção à Saúde Bucal propõe o cuidado integral do indivíduo em relação a sua saúde bucal, contemplando cuidados desde a promoção e prevenção de saúde bucal, até procedimentos curativos e reabilitadores (PARANÁ, 2016).

A Rede de Atenção à Saúde Bucal se consolida a partir da implantação de seus cinco componentes: atenção primária; atenção secundária; atenção terciária; sistemas logísticos e sistema de governança da Rede (BRASIL, 2010).

As Unidades de Saúde realizam a atenção primária de saúde bucal. São responsáveis pela resolubilidade da maioria das ações através de promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento clínico para limitar danos e sequelas. As Unidades de Saúde oferecem serviços de tecnologia de baixa densidade, e por tanto, devem estar distribuídas pelo território facilitando seu acesso ao usuário e geralmente sendo a porta de entrada aos demais serviços. A Atenção Básica de Saúde responde por 80% da atenção em saúde bucal (GONÇALVES, 2014).

São classificados como serviços de média complexidade aqueles que não são realizados na atenção básica de saúde, porém sua densidade tecnológica é menor do que os de alta complexidade. Na Rede de Saúde Bucal são considerados como atenção secundária os serviços especializados realizados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os serviços odontológicos de atenção secundária são de tratamento endodôntico, periodontal, de diagnóstico de lesões com

ênfase ao câncer bucal, cirurgias orais menores, atendimento odontopediátrico e de pacientes com necessidades especiais, entre outras especialidades (BRASIL, 2018).

Os atendimentos em hospitais para tratamento de usuários que necessitam de anestesia geral, tratamento oncológico ou possuem deformidades e traumas faciais, são considerados de atenção terciária (ARANEGA et al, 2012). Concentra-se estes serviços em um local, pois como necessitam tecnologias de alta densidade, o custo-benefício em relação a distância causa menos impacto.

Os sistemas logísticos são compostos por elementos como o cartão do SUS, prontuário, carteiras das crianças e gestantes, transporte sanitário eletivo e de urgência. Estes componentes são importantes para troca de informações e produtos, referência e contra-referência dentro da Rede (BRASIL, 2018)

O sistema de governança da Rede ocorre por meio da Comissão Intergestora Bipartite e a CIB regional (BRASIL, 2010).

Buscando um modelo de atenção em saúde bucal para o Estado do Paraná, foi estabelecido como eixo norteador uma Linha Guia em 2016, focando na organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal como resolutiva e benéfica para população paranaense (PARANÁ, 2016).

2.2.6 Consórcio Intermunicipal

Os Consórcio de Saúde já vem sendo implantadas em diversas regiões do Brasil, facilitando a implantação de CEOs entre municípios que possuem menos da população estimada para criação do CEO I. Desta maneira não acaba sendo algo tão oneroso para o município, facilitando o acesso e cuidado integral da população (SILVA; GOTTEMS, 2017). Um estudo do perfil epidemiológico dos casos que necessitam de encaminhamento especializado odontológico do município e dos demais consorciados é algo importante a ser realizado na região (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2014).

Há exemplos da aplicação dos consórcios, um deles é na Região de Juazeiro do Norte/CE na qual o consórcio entre seis municípios dispõe de uma Policlínica e um CEO-R (ANDRADE et al, 2015).

Com a descentralização, que trouxe avanços ao SUS, houve também a necessidade de criar mecanismos que resolvessem as dificuldades encontradas pela mesma. Economicamente os municípios não conseguem suprir com todos os custos

em relação a atenção em saúde, gerando uma demanda reprimida. Considerando que o desempenho de CEOs em pequenos municípios é regular/ruim, e recebendo poucos encaminhamentos que realmente são da atenção secundária buscou-se alternativas para o SUS que fossem eficientes (FIGUEIREDO; GOES, 2009). Uma forma de resolver este problema foi a criação de consórcios públicos, facilitando o acesso e integralidade do cuidado de forma regional, com divisão dos custos, e concentração de tecnologias mais pesadas em um único local (SILVA; GOTTEMS, 2017).

Os consórcios são associações entre dois entes federados, ou mais, com o objetivo de desenvolver ações em conjunto de interesse público (BRASIL, 2010).

Há diversas etapas para criação de um consórcio, segundo Andrade et al (2005, p.14):

- Articulação entre os gestores municipais e coordenadorias microrregionais de saúde – CRES.
- Elaboração do Protocolo de Intenções.
- Ratificação do Protocolo de Intenção pelo Poder Legislativo de cada ente consorciado, o que o transforma na Lei do respectivo Consórcio.
- Elaboração do Estatuto e/ou Regimento Interno.
- Pactuação do Contrato de Programa, obrigações referentes a encargos, serviços e bens necessários à implementação dos Consórcios, transferência de bens, cessão de pessoal para o Consórcio e outros compromissos não relacionados a recursos financeiros.
- Em relação à prestação de serviço de saúde, é fundamental a elaboração de uma Programação Pactuada Consorcial – PPC.
- Contrato de Rateio, cuja finalidade é estabelecer obrigações financeiras, ou seja, os compromissos da aplicação dos recursos pelos entes consorciados. Definição da dotação orçamentária específica ou créditos adicionais por cada ente consorciado para assumir os compromissos no pagamento das despesas assumidas no contrato de rateio.
- Estruturação e organização do Consórcio.

O Estatuto e/ou Regimento Interno aprovado em Assembleia Geral e publicado em Diário Oficial tem o objetivo de expor a organização do consórcio, os cargos e funções, a estrutura administrativa, as atribuições de cada ente, formas de eleições e demais regras para que funcione adequadamente. O Contrato de Programa vai definir quem vai transferir quais bens e por quanto tempo. Este contrato também define quais dias, especialidades e profissionais estarão atuando na média complexidade. Firma-se então o contrato de rateio, instrumento jurídico formal no qual é definido as responsabilidades econômico-financeiras, que deve ser renovado anualmente (ANDRADE et al, 2015).

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

3.1 Descrição geral da organização

São João do Triunfo/PR é um município localizado na Mesiorregião Sudeste do Paraná pertencente a 3ª Regional de Saúde. O Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDHM) é de 0.629 (BRASIL, 2019).

Segundo o censo de 2010 do IBGE havia 13.704 habitantes no município, destes 67,28% apresentavam a idade entre 15 e 64 anos, considerada a idade economicamente ativa. Mais da metade da população era do sexo masculino. Em 2018 a estimativa do IBGE é de 14.996 habitantes, portanto, trata-se de um município de pequeno porte.

A maioria da população reside na área rural. A principal atividade econômica consiste na agricultura, especificamente com o cultivo de fumo. O Índice de Gini da Renda Domiciliar per capita foi de 0,500, conforme o censo de 2010 do IBGE, e a renda média domiciliar per capita foi de R\$460,84. Dos habitantes com 50 ou mais anos 19,07% declararam que não são capazes de ler ou escrever um simples bilhete (IPARDES, 2019).

Conforme o censo do IBGE de 2010, havia 2826 habitantes que apresentavam algum tipo de deficiência, destes 2079 apresentavam deficiência visual, 807 deficiência auditiva, 903 deficiência física ou motora, 251 deficiência mental ou intelectual.

Em 2019 há cadastro de dois Centros de Saúde ou Unidade Básica de Saúde no município, nove Postos de Saúde e quatro consultórios (BRASIL, 2019). Segundo o e-gestor há quatro equipes de Estratégia da Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal, o que oferece uma cobertura prevista de 92,45%.

As ESB possuem como ferramenta de trabalho a Linha Guia da Rede de Saúde Bucal do Governo do Estado do Paraná. Conforme a Linha Guia são realizados na USF instruções de higiene oral, profilaxia e controle do biofilme, aplicação tópica de flúor, raspagem e alisamento radicular supragengival, adequação do meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, exodontia de raízes residuais e elementos dentários que necessitam de extração, tratamento curativo de elementos cariados por meio de restaurações, acesso a polpa dentária e medicação por dente que necessita de tratamento endodôntico, visita domiciliar, puericultura odontológica, ações de prevenção e promoção da saúde (PARANÁ, 2016).

Pela 3ª Regional da Saúde é possível o encaminhamento dos pacientes que necessitam do diagnóstico de lesões bucais ao Centro de Diagnóstico de Lesões Bucais em Ponta Grossa e para Hospitais de referência como o Hospital Regional de Ponta Grossa e Hospital Santa Casa de Ponta Grossa para atendimento de atenção terciária que necessitam de atendimento bucomaxilofacial.

3.2 Diagnóstico da situação-problema

A metodologia utilizada para diagnóstico da situação-problema foi quantitativa, tratando-se de um estudo descritivo e exploratório. Foram coletados dados quantitativos do TABNET, dentre estes a quantidade de procedimentos odontológicos, e as exodontias de dentes permanentes realizados em todos os municípios da 3ª Regional de Saúde no período de 2018, calculando-se em seguida o índice de extração de cada município (SILVA et al, 2018). A análise qualitativa se deu de forma subjetiva pela vivência profissional do autor.

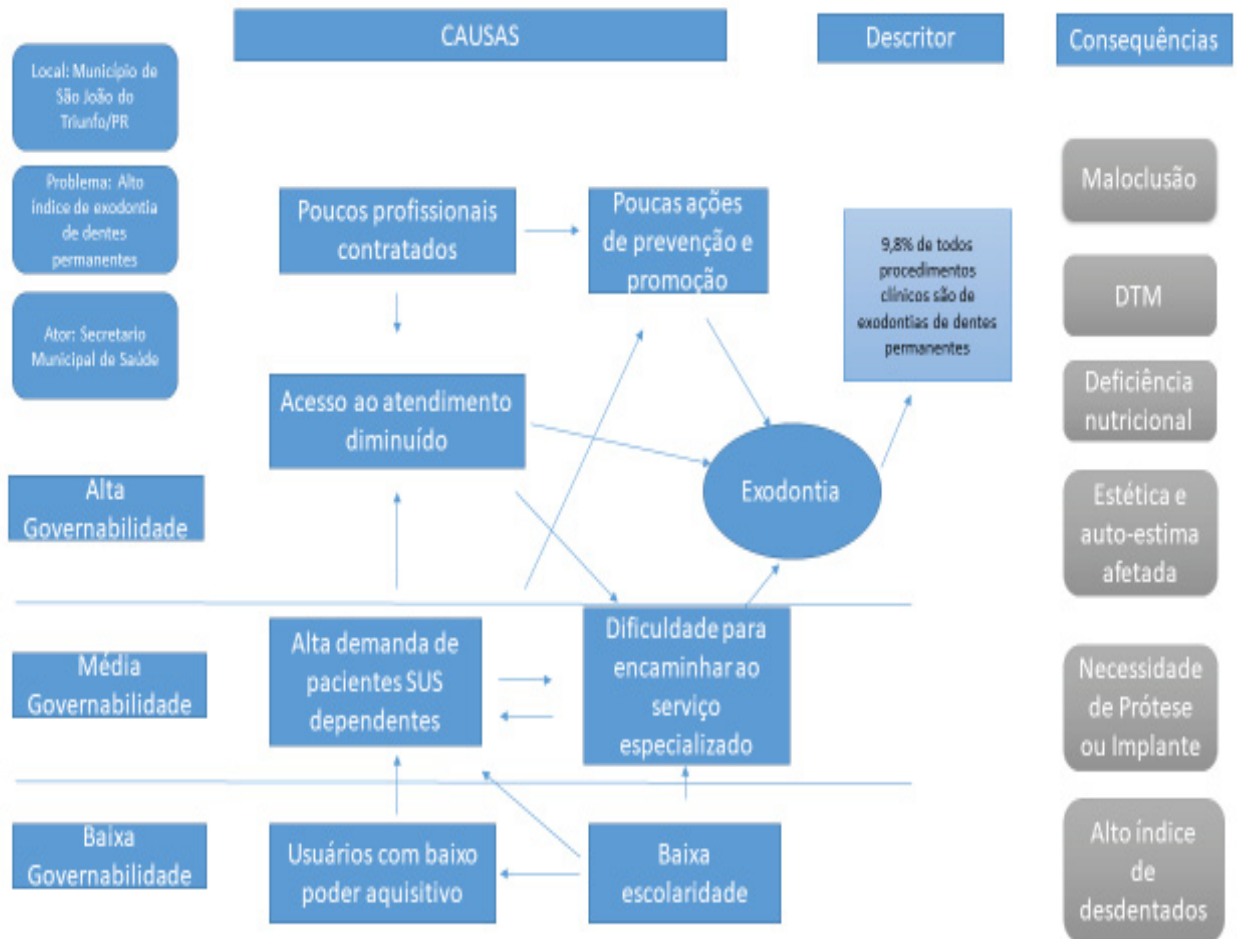
O município de São João do Triunfo em 2018 apresentou um elevado índice de extração 9,8%, dos 4389 procedimentos odontológicos realizados 433 eram de exodontias de dentes permanentes, sendo o indicado uma porcentagem abaixo de 8%. Na 3ª Regional de Saúde o município no ano de 2018 apresentou o terceiro maior índice de extração. Os dois municípios que demonstraram um índice mais elevado também foram municípios de pequeno porte. Com percentual similar de extrações ao município de São João do Triunfo/PR ainda podemos citar o município de Palmeira/PR com 9,3%. A proporção de exodontias em relação aos procedimentos é utilizada para verificar a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia no município, quanto menor o percentual melhor a qualidade e maior o leque de ações que abrange procedimentos preventivos e curativos em detrimento da extração dentária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Como profissional de saúde atuante no município observo a quantidade de usuários que optam pela extração dentária em elementos nos quais seria possível realizar o tratamento endodôntico. Este fato ocorre devido a falta de encaminhamento ao serviço especializado na rede pública, a falta de recursos para um atendimento na rede particular e a oferta de poucos profissionais na rede privada. Silva-Junior *et al* (2017) concluíram em um estudo que o principal motivo da extração dentária em adultos é a dor de dente, sendo agravada pela dificuldade de outro tratamento na hora do atendimento odontológico. Outras causas observadas para o alto índice de

extração é a baixa escolaridade da população, poucos profissionais contratados na atenção primária para atividades de prevenção e promoção da saúde bucal e a alta demanda de usuários dependentes do SUS.

As consequências observadas da situação problema são altos índices de desdentados, necessidade de prótese dentária ou implantes as quais a população não tem condições de pagar, dificuldades de mastigação e consequentemente nutrição adequada, disfunções temporo mandibulares, maloclusões dentárias, problemas de autoestima e estética.

FIGURA 01- FLUXOGRAMA DA SITUAÇÃO-PROBLEMA



FONTE: O autor (2019)

Usuários que necessitam de atendimento especializado como a endodontia, odontopediatria, pessoas com necessidades especiais, periodontia, prótese, ortodontia e cirurgias orais menores como extração de terceiros molares não possuem

centro de referência para encaminhamento. Desta forma não é possível um adequado trabalho em Rede de Saúde Bucal.

Atualmente a média de encaminhamentos necessários ao atendimento especialidade mensal seriam nas diversas especialidades: 45 usuários para endodontia, 3 usuários para odontopediatria, 2 usuários com necessidades especiais, 8 usuários para periodontia e 6 usuários para cirurgias orais menores. Há vários usuários que também necessitam de prótese dentária.

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

4.1 Proposta técnica

Tendo em foco a situação problema apresentada da dificuldade de acesso a atenção especializada em saúde bucal em um município de pequeno porte como o de São João do triunfo/PR, propõem-se como alternativa a implantação de um consórcio intermunicipal de saúde com mais municípios da 3ª Regional de Saúde do Paraná.

4.1.1 Plano de implantação

TABELA 01- PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Objetivos	Proposta	Responsável	Ações	Resultados esperados
Aprovação da proposta do projeto técnico pelo município de São João do Triunfo/PR	Apresentar a proposta à gestão e conselho municipal de saúde do município de São João do Triunfo/PR	-Coordenação de Saúde Bucal do Município; - Equipes de Saúde Bucal.	-Sensibilizar a gestão dos serviços de saúde da alternativa para solucionar a situação-problema; -Explicar a proposta do projeto técnico na reunião do conselho municipal de Saúde.	Aprovação do projeto técnico e colaboração da gestão para entrar em contato com 3ª Regional de Saúde e demais municípios que entrariam no consórcio.
Analisar a possibilidade de criar um consórcio intermunicipal de Saúde Bucal na 3ª Regional de Saúde do Paraná	Levantar dados e avaliar as condições dos municípios interessados para criação do consórcio intermunicipal de Saúde Bucal na 3ª Regional de Saúde do Paraná	-Secretários Municipais de Saúde; -Coordenador de Saúde Bucal da 3ª Regional de Saúde	-Levantamento de municípios interessados em participar do consórcio dentre estes Municípios Palmeira/PR e Porto Amazonas/PR; -Analisar dados epidemiológicos de potenciais municípios que poderiam	Consórcio intermunicipal de Saúde Bucal com municípios de Palmeira/PR e Porto Amazonas/PR

			participar do consórcio; -Avaliar recursos disponíveis; -Avaliar distância geográfica entre os municípios que participariam do consórcio; -Entrar em contato com Palmeira/PR e avaliar a possibilidade de utilizar a infraestrutura e recursos humanos já disponíveis no CEO do município.	
Fazer um Protocolo de Intenções	Elaborar e ratificar o Protocolo de Intenções	Poder legislativo de cada ente consorciado	-Elaboração do Protocolo de Intenções; -Ratificação do Protocolo de Intenções.	Criar a Lei do consórcio
Elaborar um Estatuto e/ou Regimento Interno	Materialização da entidade	-Secretários Municipais de Saúde; -Conselho Municipal de Saúde; -Assembleia Geral	-Especificar cláusulas a respeito do funcionamento com direitos e obrigações de cada parte envolvida; -Aprovar na Assembleia Geral; -Publicar na Imprensa Oficial.	Formalizar a organização da funcionalidade do consórcio
Pactuação do Contrato de Programa	Identificar os bens transferidos e sua periodicidade	- Secretários Municipais de Saúde; - Coordenadores	-Definir encargos e bens que serão transferidos ao consórcio;	Organização dos serviços especializados que serão ofertados

		s de Saúde Bucal dos Municípios envolvidos;	-Definir especialidades, datas e horários dos serviços prestados.	
Firmar Contrato de Rateio	Estabelecer obrigações financeiras dos entes consorciados	-Secretário Municipal de Saúde; - Coordenador de Saúde Bucal do Município; -Conselho Municipal de Saúde	-Elaborar Programação Pactuada Consorcial da média e alta complexidade ambulatorial; -Garantir a inclusão na programação anual orçamentária da LOA de cada ente consorciado;	- Cobrir os custos do consórcio com repasse de recurso de cada ente consorciado definido previamente por instrumento jurídico formal

FONTE: O autor (2019)

4.1.2 Recursos

Os recursos necessários para implantação do projeto serão financeiros conforme o contrato de rateio. Haverá gastos quanto ao recurso humano, material de consumo e infra-estrutura. A expectativa é não investir em nova infra-estrutura ou recursos humanos, mas sim, através do consórcio trabalhar em conjunto com o CEO de Palmeira/PR, tornando o mesmo um CEO regional e não apenas municipal como é no momento.

Outro gasto financeiro que o município precisa considerar é o transporte dos pacientes até o município no qual se encontra a infra-estrutura do CEO regional.

4.1.3 Resultados esperados

Espera-se com esta proposta facilitar o acesso ao atendimento especializado em saúde bucal, com recursos acessíveis, no município de São João do Triunfo, especialmente nas seguintes especialidades: Endodontia, Periodontia, Odontopediatria, Pacientes com Necessidades Especiais e Cirurgias Orais Menores.

Com o acesso ao atendimento secundário em saúde bucal espera-se atingir menores índices de exodontia e melhorar a qualidade de vida da população de São João do Triunfo/PR.

4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Os problemas esperados para implantação do projeto são a não aprovação do projeto técnico pelo conselho municipal de saúde ou pela gestão municipal de saúde. Outro problema esperado é que os municípios que poderiam entrar no consórcio não aceitem a proposta.

O primeiro passo para levar estas questões ao conselho municipal de saúde seria a inclusão de um dos profissionais de odontologia como membro do conselho, algo que atualmente ainda não está acontecendo.

Como medidas preventivo-corretivas na atenção básica para melhorar a situação problema seria a de aumentar o trabalho de educação em saúde bucal no município pelas equipes de Saúde Bucal, diminuindo as principais doenças da cavidade bucal que são a doença cárie e doença periodontal. Contratar mais uma equipe de Saúde Bucal para aumentar a cobertura e melhorar os trabalhos de prevenção e promoção da saúde. Realizar capacitações das equipes de Saúde Bucal para que elas entendam a importância do trabalho preventivo, especialmente com gestantes, puericultura e PSE (Programa Saúde na Escola) como previsto pela Linha Guia do Paraná e a estratégia de Saúde da Família.

Em relação a população é importante que ela seja emponderada para lutar pelos seus direitos e que a mesma entenda o seu papel na mudança da sua realidade.

5 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que um consórcio intermunicipal de saúde seria uma alternativa viável para facilitar o acesso a atenção secundária de saúde bucal em um município de pequeno porte como São João do Triunfo/PR. Além disso, considera-se fundamental que haja melhorias na atenção básica no quesito prevenção e promoção de saúde, diminuindo conseqüentemente a demanda que necessita de um atendimento secundário em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E.M.; OLIVEIRA, M.C.S.; ROSAS, J.F.; DANTAS, A.B.O. **Consórcio Público**: Um modelo de gestão aplicado na saúde pública da região de Juazeiro do Norte-CE. 2015. Disponível em:< <http://banco.consad.org.br/bitstream/123456789/1225/1/CONS%C3%93RCIO%20P%C3%9ABLICO%20UM%20MODELO%20DE%20GEST%C3%83O.pdf> >. Acesso em: 14 Janeiro 2019.

ARANEGA, A.M.; BASSI, A.P.F.; PONZONI, D.; WAYAMA, M.T.; ESTEVES, J.C.; GARCIA JUNIOR, I.R. Qual a importância da Odontologia Hospitalar. **Rev. Bras. Odontol.** v.69, n.1, Rio de Janeiro, p.90-93, Jan./Jun. 2012.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** -CNES 2019. Disponível em:< <http://cnes.saude.gov.br/>>. Acesso em: 23 Jan 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. 1988.

BRASIL. Decreto nº7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun.2011. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em 08 março 2019.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – IBGE. 2019. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/sao-joao-do-triunfo/panorama>>. Acesso em 08 Mar 2019.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 07 março 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: 2004. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 23 Janeiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2016. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_ceo.pdf>. Acesso em: 21 Janeiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília,

DF, 31 dez. 2010. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 08 março 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº1.464, de 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). **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 jun 2011. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html>. Acesso em: 31 Janeiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1,570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 jul. 2004. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html>. Acesso em: 08 março 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília: 2018. 350 p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf>. Acesso em: 18 Janeiro 2019.

CORTELAZZI, K.L.; BALBINO, E.C.; GUERRA L.M. et al. Variables associated with the performance of centers for dental specialties in Brazil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, n. 04, v.17, p.3115-3124. 2012.

COSTA, W.C.L.B. **Atenção secundária em saúde bucal em municípios de pequeno porte**: uma avaliação transversal da demanda x acesso.70 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública). Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: em estudo sobre Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 02, n. 25, p. 256-267. 2009.

GONÇALVES, M. A. **Organização e Funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração. UFSC. CAPES. UAB. 2014. 132 p.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços: 1998: Brasil/IBGE, Departamento de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.

IPARDES- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico**. Município de São João do Triunfo. 2019. Disponível em:<<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84150&btOk=ok>>. Acesso em: 14 Fevereiro 2019

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Unidade 2 -A organização de redes de atenção à saúde. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014. 176p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. e-Gestor. **Informação e Gestão na Atenção Básica**. Disponível em: < <https://egestorab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 23 Janeiro 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Tabnet. **Produção ambulatorial do SUS 2018**. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qapr.def>>. Acesso em: 14 Fevereiro 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Índices de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)**. Fichas Técnicas dos Indicadores. 2013. Disponível em:< <http://idsus.saude.gov.br/assets/simplificadas.pdf>>. Acesso em: 15 Fevereiro 2019.

PARANÁ. **Linha guia rede de saúde bucal**. 2 ed. Curitiba: SESA, 2016. 92 p.

SILVA, D.R.B.; LUCENA, C.D.R.X.; CRUZ, D.F.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A.; LUCENA, E.H.G. Análise do indicador de extração dentária a partir do contexto municipal. **REFACS**. Disponível em:< <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2819/2618> >. Acesso em 08 mar 2019.

SILVA, H.E.C.; GOTENS, L.B.D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 22, p.2645-2657. 2017.

SILVA-JUNIOR, M.F.; SOUSA, A.C.C.; BATISTA, M.J.; SOUSA, M.L.R. Condição de saúde bucal e motivos para extração dentária entre uma população de adultos (20-64 anos). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.22, p.2693-2702. 2017.