



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL – ESTOMATOLOGIA

**ANÁLISE DO PERFIL DE DOENÇAS BUCAIS REFERENCIADAS PELA  
REDE PÚBLICA PARA À EQUIPE DE ESTOMATOLOGIA DO HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

**Responsável no HCPA e orientador:** Prof. Dr. Marco AntonioTrevizani Martins

**Colaboradora:** Profa. Dra. Manoela Domingues Martins

**Residente:** Andressa Cristina Hashigushi de Almeida

Porto Alegre, 2017

#### CIP - Catalogação na Publicação

Almeida, Andressa Cristina Hashigushi de  
ANÁLISE DO PERFIL DE DOENÇAS BUCAIS REFERENCIADAS  
PELA REDE PÚBLICA PARA A EQUIPE DE ESTOMATOLOGIA DO  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE / Andressa  
Cristina Hashigushi de Almeida. -- 2017.  
55 f.

Orientador: Marco Antonio Trevizani Martins.

Coorientador: Manoela Domingues Martins.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Odontologia, Residência Integrada em Saúde Bucal,  
ênfase em Estomatologia, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Levantamento dos referenciamentos das  
primeiras consultas à unidade de Estomatologia do  
Hospital das Clínicas de Porto Alegre. I. Martins,  
Marco Antonio Trevizani, orient. II. Martins,  
~~Manoela Domingues, coorient. III. Título.~~

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL – ESTOMATOLOGIA

ANDRESSA CRISTINA HASHIGUSHI DE ALMEIDA

**ANÁLISE DO PERFIL DE DOENÇAS BUCAIS REFERENCIADAS PELA  
REDE PÚBLICA PARA À EQUIPE DE ESTOMATOLOGIA DO HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

**Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como parte dos pré-requisitos obrigatórios para conclusão da Residência Integrada em Saúde Bucal com ênfase em Estomatologia à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação do Professor Dr. Marco Antonio Trevizani Martins e co-orientação da Professora Dra. Manoela Domingues Martins**

Porto Alegre, 2017

ANDRESSA CRISTINA HASHIGUSHI DE ALMEIDA

**ANÁLISE DO PERFIL DE DOENÇAS BUCAIS REFERENCIADAS PELA  
REDE PÚBLICA PARA À EQUIPE DE ESTOMATOLOGIA DO HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como parte dos pré-requisitos obrigatórios para conclusão da Residência Integrada em Saúde Bucal com ênfase em Estomatologia à Faculdade de Odontologia da Universidade federal do Rio Grande do Sul.

Data da aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Examinadores

---

Prof. Dr. Marco Antonio Trevizani Martins  
Orientador

---

Prof. Dr. Fábio Luiz Dal Moro Maito

---

Esp. Marcelo Dadalt Rodrigues

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Autor da vida por habitar meu coração, por permitir que eu realize a sua obra e me mostrar o valor de cada dia dedicado ao próximo. Obrigada pelo amanhecer que me faz lembrar que sempre posso recomeçar; e pelo anoitecer, que mostra que tudo na vida é passageiro e que nenhum momento irá durar para sempre.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional em todos os momentos dessa caminhada. A vocês a minha eterna gratidão pelo ser humano que fizeram com que eu me tornasse; por serem o meu refúgio e principalmente pelas renúncias que fizeram em suas vidas para tornarem possível a realização do meu sonho. Todas as palavras juntas não conseguiriam expressar o quanto eu sou grata por vocês existirem.

Ao meu namorado, por todo o amor, apoio e paciência; por tornar a minha felicidade o motivo da sua existência. Obrigada por me ouvir nas inúmeras vezes que precisei e por dividir comigo todas as angústias que tive, tornando o peso das fraquezas mais leve e os momentos de força, mais doces. Sem você não seria possível a conclusão desta etapa que aqui se encerra.

Aos professores que me acompanharam durante toda a minha jornada acadêmica, merecedores do meu respeito e gratidão pelo conhecimento que me proporcionaram e pela confiança depositada em mim.

Aos pacientes por entregarem em minhas mãos aquilo que possuem de mais belo, o sorriso; e principalmente por permitirem o desenvolvimento das minhas habilidades, confiando na minha capacidade mesmo sabendo que ainda sou uma aprendiz.

A todas as minhas amigas, a minha sincera gratidão, pois existem gestos que somente pessoas com um enorme coração podem ter. Obrigada por todo o apoio e lealdade, por estarem sempre prontas a me aplaudir nos dias de flores e de me consolar nos dias tristes, e por nunca me deixarem esquecer quem eu sou. Jamais conseguirei descrever o carinho e o afeto que sinto por vocês.

“Devemos estar dispostos a nos livrar da  
vida que planejamos para ter a vida que nos  
espera”.

Joseph Campbell

## RESUMO

Na odontologia do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da regionalização e hierarquização, encontra algumas barreiras para cumprir o seu conceito, a exemplo disso temos o número reduzido ou inexistência de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em alguns municípios, assim como de hospitais com atendimento odontológico especializado. Somado a essas questões, podemos citar o considerável número de encaminhamentos inadequados, em especial ao setor terciário. O objetivo do trabalho foi realizar um levantamento dos encaminhamentos das primeiras consultas à unidade de Estomatologia do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no período de agosto de 2015 a agosto de 2017, com o intuito de evidenciar as principais demandas deste serviço, classificando-as de acordo com o nível de complexidade de atenção que o diagnóstico e tratamento requerem. Os dados de importância para a pesquisa foram buscados no prontuário eletrônico do paciente disponível no sistema de Gestão Hospitalar do HCPA (AGHUse). Uma amostra de 655 prontuários foram analisados, dos quais 558 estavam de acordo com os critérios de inclusão tendo sido considerados para a avaliação dos dados. Concluiu-se que 85,5% das demandas atendidas foram referentes à lesões benignas apenas e que apenas 23 (4%) pacientes atendidos pela equipe necessitaram de tratamentos disponíveis estritamente na atenção terciária.

**Descritores:** encaminhamento; níveis de complexidade; estomatologia;atenção secundária

## **LISTA DE FIGURAS**

Gráfico 1 - Distribuição dos encaminhamentos de acordo com a Região de Saúde.....	35
Gráfico 2 – Distribuição em grupos das lesões que motivaram o encaminhamento do paciente para a unidade de estomatologia do HCPA.....	39

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Detalhamento dos hábitos dos pacientes atendidos na unidade de estomatologia do HCPA.....	34
Tabela 2 - Detalhamento dos encaminhamentos de acordo com a Região de Saúde.....	35
Tabela 3- Detalhamento dos exames complementares solicitados com finalidade diagnóstica.....	37
Tabela 4 - Detalhamento das condutas/tratamentos específicos de acordo com as demandas obtidas.....	37
Tabela 5- Detalhamento das lesões que motivaram o encaminhamento do paciente para a unidade de estomatologia do HCPA.....	38

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AD – Atenção Domiciliar

AGHUse – Sistema de Gestão Hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

CFO – Conselho Federal de Odontologia

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CnR – Consultório na Rua

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

COMPESQ – Comissão de Pesquisa

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

GERCON – Sistema de Gerenciamento de Consultas

GPPG - Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB – Normas Operacionais Básicas

PNE – Pacientes com Necessidades Especiais

PSF – Programa Saúde da Família

PROCEMPA – Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre

PSE – Programa Saúde na Escola

RS – Rio Grande do Sul

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade federal do Espírito Santo

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

# SUMÁRIO

<b><u>1 INTRODUÇÃO .....</u></b>	<b><u>10</u></b>
<b><u>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</u></b>	<b><u>13</u></b>
<b><u>3OBJETIVOS .....</u></b>	<b><u>28</u></b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	28
<b><u>4 METODOLOGIA.....</u></b>	<b><u>29</u></b>
4.1 DELINEAMENTO .....	29
4.2 AMOSTRA .....	29
4.3 ANÁLISE DOS DADOS .....	29
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	30
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	30
4.6 COLETA DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	31
4.7 QUESTÕES ÉTICAS.....	31
<b><u>5 RESULTADOS .....</u></b>	<b><u>33</u></b>
<b><u>6 DISCUSSÃO .....</u></b>	<b><u>41</u></b>
<b><u>7 CONCLUSÃO.....</u></b>	<b><u>44</u></b>
<b><u>REFERÊNCIAS .....</u></b>	<b><u>45</u></b>
<b><u>APÊNDICES .....</u></b>	<b><u>50</u></b>
<b>APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE     CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>51</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O ano de 1985 pode ser considerado um ponto de transição política para o Brasil, dividindo a história do país entre uma política exercida pelo regime militar e o início da redemocratização. Foi durante o governo de José Sarney, que iniciou a Nova República e com ela, as respostas às pressões e demandas sociais, com destaque para as demandas da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2014).

A universalização do acesso e reestruturação do setor de saúde compusera os principais temas de debate do movimento sanitário. Seu marco fundamental foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As propostas debatidas pela sociedade civil tornaram-se base para o estabelecimento de um novo modelo de assistência à saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2009)

A 8ª Conferência foi o grande evento fundador do Sistema Único de Saúde (SUS). A ampla legitimidade conquistada e a força das propostas elaboradas foram fatores que levaram a sua contemplação no texto constitucional de 1988, assim como a Lei Orgânica da Saúde (Leis n. 8080/90 e n. 8142/90). Desta maneira, conseguimos ver que o SUS é um sistema recente, e que como tal, não é incomum as dificuldades de estruturação que encontra (BRASIL, 2009).

O capítulo II da Lei 8080 aborda os Princípios e Diretrizes do SUS. O Artigo 7º traz conceitos amplos relacionados aos princípios, tais como: universalidade do acesso, integralidade e igualdade de assistência, participação da comunidade, entre outros. Na justificativa da abordagem que será realizada neste trabalho, é importante destacar os incisos IX e XII da Lei 8080 (BRASIL, 1990):

“[ IX- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.]”

Lei nº 8.080, de 19/09/1990: Sistema Único de Saúde (SUS)

Através do princípio de regionalização e hierarquização, entende-se que os serviços de atenção à saúde devem estar organizados por regiões, também conhecidas como Distritos de Saúde, onde cada um necessita conter todos os níveis de atenção à saúde(BRASIL, 1990; NORONHA;PEREIRA, 2013)

Com relação à capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, o entendimento pode ser um pouco mais oneroso, pois oscila entre o atendimento integral do indivíduo absorvendo uma demanda que não é apenas por procedimento, mas por cuidado(FRANCO;MERHY, 2005); e a capacidade de cada nível de atenção, solucionar as demandas assistenciais de cada indivíduo.

Na odontologia SUS, o princípio da regionalização e hierarquização, encontra algumas barreiras para cumprir o seu conceito, a exemplo disso temos o número reduzido ou inexistência de Centro de Especialidades Odontológicas (Atenção Secundária - CEO) em alguns municípios, assim como de hospitais com atendimento odontológico especializado, em cada distrito de saúde. Até 2014, o país contava com apenas 1000 CEOs, distribuídos em 808 municípios(AGÊNCIA DE SAÚDE, 2014).

A diversidade de doenças bucais existentes resulta em um despreparo dos alunos durante a graduação, visto a complexidade do ensino de Estomatologia nas Faculdades de Odontologia, uma vez que, as doenças que envolvem complexos diagnósticos, muitas vezes, acabam sendo referenciadas para centros de alta complexidade(BERTOJA, 2007).

Durante o atendimento especializado, observamos que os profissionais da atenção básica, muitas vezes, acabam por referenciar para atenção secundária e terciária casos, que em sua maior parte, poderiam ser diagnosticados e tratados na atenção primária. Tal atitude pode ser considerada com uma “transferência da responsabilidade”, ou seja, por menor que seja a necessidade de opinião especializada, ela é solicitada por receio de assumir a responsabilidade por um diagnóstico equivocado.

A exemplo do setor terciário, a experiência obtida através do exercício da especialidade de estomatologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) há mais de 30 anos, mostra que a incidência de casos de baixa complexidade é bastante freqüente. Além disso, observamos uma freqüente demanda por tratamento dentário.

Essa demanda é evidenciada não só através das condições bucais dos pacientes que atendemos, mas também por alguns encaminhamentos por problemas dentários, que são realizados ao serviço. Mesmo com a melhora que houve nas condições bucais da população brasileira, desde o surgimento do Programa Brasil Sorridente, ainda encontramos uma situação que não é a ideal (NASCIMENTO, 2013).

O encaminhamento a um especialista, muitas vezes pode ser motivo de angústia ao paciente, pois transmite a idéia de maior “gravidade” do caso. Além disso, o encaminhamento desnecessário gera impacto no orçamento público, através de gastos com transporte intermunicipal e valor da consulta no serviço terciário; além da sobrecarga dos profissionais e aumento da demanda dos serviços especializados (BURKE; GOODALL; HAYES, 1999).

Assim, evidencia-se a necessidade de reorientar os fluxos de encaminhamento ao setor de alta complexidade e em especial a unidade de estomatologia do HCPA. É preciso analisar quantitativamente as patologias recebidas através dos encaminhamentos para essa especialidade.

Além disso, devemos estabelecer uma classificação das doenças do sistema estomatognático de acordo com o nível de complexidade, a fim de identificar os problemas causados por demanda desnecessária e promover educação continuada para os profissionais que atuam na atenção primária.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE**

O Processo de Institucionalização do SUS iniciou através da Constituição de 1988, e desde então apresenta contínuo processo de adaptação, principalmente no que diz respeito a descentralização e municipalização dos serviços de saúde. Um dos principais desafios dos gestores está relacionado à descentralização, visto que é onerosa a qualificação do acesso à saúde de forma integral (BRASIL, 2006a).

A Lei nº 8080 institui os princípios e diretrizes do SUS. Dentre eles, os que nos promovem maior interesse relacionado ao tema abordado são os princípios da descentralização e da regionalização/hierarquização. Descentralização significa que um único gestor é responsável pela rede assistencial na sua área de abrangência, sendo ele o responsável por conduzir negociações com os prestadores de serviço e assumir o controle das políticas de saúde locais (BRASIL, 1990)

A regionalização e hierarquização estão relacionadas à territorialidade, organizando-se de acordo com a complexidade do serviço, de forma crescente e de acordo com a necessidade de saúde da população. Após as leis orgânicas da saúde, foram instituídas as Normas Operacionais Básicas (NOB), viabilizando a organização e descentralização do SUS (BRASIL, 1990).

De acordo com o Pacto Pela Saúde, a regulação é um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda de usuários por serviços de saúde e o acesso a eles, estabelecendo meios e ações que provem a garantia do direito constitucional obedecendo os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Regulação foi publicada em 2008 e implantada em todas as unidades federadas, objetivando a viabilização da plenitude das obrigações sanitárias oriundas de cada uma das três esferas de governo. A Regulação foi organizada em três formas de atuação, integradas entre si, sendo elas: a Regulação sobre os Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do acesso à Assistência (BRASIL, 2008a)

De acordo com o artigo 2º da portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008, responsável por instituir a Política Nacional de Regulação SUS, as ações de organização são definidas como (BRASIL, 2008a) :

- Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;
- Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, objetivando a garantia da adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e
- Regulação do Acesso à Assistência: tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A organização das redes de Atenção está interligada ao diagnóstico das necessidades de saúde da sua área geográfica, além de relaciona-se com os padrões assistenciais de referência acordados entre os gestores de cada área federada, organizando os sistemas de saúde regionais de acordo com suas especificidades (atenção às urgências, atenção à saúde da mulher) e estabelecendo protocolos e fluxos dos pacientes nos diferentes níveis de complexidade de suas unidades componentes (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

É necessário salientar que a falta ou a dificuldade de acesso à assistência nos serviços de atenção primária, a baixa resolubilidade desse nível de atenção e não viabilidade da contra-referência do paciente para o acompanhamento são problemáticas

enfrentadas pelo sistema. Assim, a funcionalidade de organização do serviço encontra-se prejudicada e as conseqüências são sentidas não só pelos usuários, mas pelos trabalhadores também (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Os sistemas informatizados são meios de organizar os processos de trabalho. Para melhorar a comunicação entre os estabelecimentos de saúde, reestruturando as informações da saúde na Atenção Básica em nível nacional, foi criado o e-SUS. O sistema é utilizado para por profissionais das equipes de atenção básica, pelas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR) e da Atenção Domiciliar (AD), oferecendo ainda dados para acompanhamento de programas como o Programa Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde (BRASIL, 2017a).

**O Sistema Nacional de Regulação – SISREG** é um sistema web, que faz o gerenciamento de todo o complexo regulatório, através de módulos que permitem desde inserção da oferta até a solicitação, pela rede básica, de consultas, exames e procedimentos na média e alta complexidade, bem como a regulação de leitos hospitalares, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde, otimização na utilização dos recursos assistenciais. É uma ferramenta fornecida pelo Ministério de Saúde de forma gratuita sendo sua utilização não compulsória, como forma de auxiliar na regulação do acesso (BRASIL, 2017b).

O SISREG, é responsável por informatizar a central de regulação. Foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde no período de 1999-2002, representando o movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores. As experiências, a partir de sua utilização e o amadurecimento das metodologias e estratégias no estabelecimento de centrais de regulação, são responsáveis por indicar a necessidade de melhorias no sistema original.(BRASIL, 2006c) .

Em contrapartida, em 2016 o município de Porto Alegre - RS criou uma ferramenta, desenvolvida pelas equipes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre (Procempa), que consegue priorizar, através da informatização, as situações mais graves e urgentes e não apenas por simples ordem de entrada no sistema. O Sistema de Consultas (Gercon), permite que as unidades de saúde registram as solicitações de consultas especializadas a partir de um formulário padrão, classificando a prioridade de acordo

com critérios pré-definidos de classificação de risco. O agendamento ocorre de acordo com a complexidade e a regionalização (PORTO ALEGRE, 2016).

Assim, diante do exposto, podemos observar que os Sistemas de Informação em Saúde, seja para fins de avaliação das condições de saúde da população, ou para a regulação das consultas em nível da atenção especializada favorecem a organização e efetivação do SUS. Em especial os sistemas de Regulação, são meios de garantir o acesso de forma equânime, de garantir o a troca de informações a respeito da saúde do paciente, além de reduzir os referenciamentos inapropriados.

## REGIÕES DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

O conceito de Região de Saúde é entendido como:

“um território vivo composto por um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”(PORTO ALEGRE, 2012a).

No ano de 2012, a Comissão Intergestores Bipartite/RS, considerando: a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS; o Decreto nº 7.508/2011, que Regulamenta a Lei nº 8.080/90, a Portaria SES nº 28/2012, que institui o processo de atualização das Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul e dá outras providências; e a Resolução nº 01/2011 – CIT (Comissão Intergestores Tripartite), que estabelece diretrizes gerais para a instituição das Regiões de Saúde no SUS, nos termos do Decreto 7.508/2011; realizou a alteração na configuração e na quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul aprovando a criação de 30 Regiões de Saúde (PORTO ALEGRE, 2012a).

A composição de todas as regiões não é de importância para esse trabalho. No entanto o conhecimento dos municípios que compõem determinadas regiões de saúde é de grande valia para a interpretação dos dados dessa pesquisa. Abaixo estão descritas a composição das regiões de saúde atendidas pela unidade de estomatologia do HCPA durante o período dessa pesquisa (PORTO ALEGRE, 2012a):

- **Região 02 (Santiago):** Cacequi, Capão do Cipó, Jaguari, Jarí, Mata, Nova Esperança do Sul, Santiago, São Francisco de Assis, São Vicente do Sul, Unistalda, Itacurubi;
- **Região 04 (Belas Praias):** Arroio do Sal, Capão da Canoa, Dom Pedro de Alcântara, Itati, Mampituba, Maquine, Morrinhos do Sul, Terra de Areia, Torres, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Xangri-lá.
- **Região 05 (Bons Ventos):** Balneário Pinhal, Capivari do Sul, Caraá, Cidreira, Imbé, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares, Tramandaí;
- **Região 06 (Paranhana):** Cambará do Sul, Igrejinha, Parobé, Riozinho, Rolante, São Francisco de Paula, Taquara, Três Coroas;
- **Região 07 (Vale dos Sinos):**Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São Leopoldo, Sapiranga, São José do Hortêncio;
- **Região 08 (Canoas/Vale do Caí):** Canoas, Esteio, Nova Santa Rita, Sapucaia do Sul, Barão, Brochier, Capela de Santana, Harmonia, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Triunfo, Tupandi, Tabaí;
- **Região 09 (Carbonífera/Costa Doce):**Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chувиска, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Mariana Pimentel, Minas do Leão, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes;
- **Região 10 (Porto Alegre):** Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre, Viamão;
- **Região 11 (Santo Angelo):** Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzáles, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São

Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama, Vitória das Missões;

- **Região 12 (Cruz Alta):** Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach, Tupanciretã;
- **Região 23 (Caxias e Hortências):** Canela, Caxias do Sul, Gramado, Linha Nova, Nova Petrópolis, Picada Café;
- **Região 25 (Vinhedos e Basalto):** Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Coronel Pilar, Cotiporã, Fagundes Varela, Garibaldi, Guabiju, Guaporé, Monte Belo do Sul, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Prata, Parai, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, União da Serra, Veranópolis, Vila Flores, Vista Alegre do Prata;
- **Região 26 (Uva e Vale):** Alto Feliz, Antônio Prado, Bom Princípio, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Ipê, Nova Pádua, Nova Roma do Sul, São Marcos, São Vendelino, Vale Real;
- **Região 27 (Cachoeira do Sul):** Arroio do Tigre, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Passa Sete, Segredo, Sobradinho;
- **Região 28 (Santa Cruz do Sul):** Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale Verde, Vale do Sol, Venâncio Aires, Vera Cruz;
- **Região 29 (Lajeado):** Anta Gorda, Arroio do Meio, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Forquetinha, Ilópolis, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Travesseiro, Vespasiano Correa;

- **Região 30 (Estrela):** Bom Retiro do Sul, Colinas, Estrela, Fazenda Vilanova, Imigrante, Paverama, Poço das Antas, Taquari, Teutônia, Westfália(PORTO ALEGRE, 2012b).

## SAÚDE BUCAL NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO

A Saúde Bucal como integrante do processo de implantação do SUS começou a receber maior atenção através do Programa Brasil Sorridente, presente na Política Nacional de Saúde Bucal , publicada em 2004, busca efetivar novas ações para garantia da ampliação do acesso e qualificação da atenção dentro dos serviços ofertados pelo SUS. Atualmente, a incorporação da saúde bucal no PSF (Programa Saúde da Família) tem sido vista como uma alternativa ao rompimento dos modelos assistenciais antigos, baseados no curativismo e não na promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 2008b).

A partir do ano 2000, o cirurgião-dentista foi incorporado a Equipe de Saúde da Família. Por meio da Portaria nº 1.444, o Ministério da Saúde estabelece um incentivo para à inclusão das equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família. Isso fez com que o número de municípios com saúde bucal aumentasse consideravelmente. Esses dados podem ser facilmente obtidos através do site do DATASUS(BRASIL, 2000) .

O papel do Cirurgião-dentista na Atenção básica envolve: ações intersetoriais, promovendo ações que visem o fortalecimento dos indivíduos da comunidade , planejando estratégias que levem a obtenção de saúde; ações educativas, fortalecendo a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença; e, ações de promoção à saúde, atuando sobre as condições sociais importantes para melhorar a situação de saúde das pessoas (BRASIL, 2008b).

Outra estratégia do Programa Brasil Sorridente é o incentivo ao funcionamento dos CEOs, criados de acordo com os planos municipais e regionais de saúde de cada estado (BRASIL, 2008b).O CEO também recebe incentivos do Ministério da Saúde, os incentivos são tantos para a sua implantação quanto mensal, para custeio. A Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012 é responsável por definir os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos CEOs e dá outras providências (BRASIL, 2000) .

Os CEOs são centros especializados em saúde bucal, fazendo parte do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os serviços ofertados são : diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico do câncer de boca, periodontia, cirurgia oral menor , endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais. Para que o paciente tenha acesso ao CEO, ele deve ser devidamente encaminhado pelo profissional da atenção básica, após os primeiros atendimentos ao paciente (BRASIL, 2004).

A necessidade de protocolos para organização da atenção e estabelecimento dos procedimentos recomendados, é especialmente dirigida à organização dos fluxos de gerenciamento do sistema de saúde local, para referência e contra-referência da Atenção Básica para atenção especializada. Os agendamentos são feitos respeitando os critérios de cada município e da gerência do CEO (BRASIL, 2008b).

A portaria nº 599 de 23 de março de 2006, define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs). Com relação a estomatologia, estabelece que todo Centro de Especialidade Odontológica deve realizar, dentre o elenco mínimo de atividades estabelecido, atendimento em Estomatologia, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal (BRASIL, 2006d).

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 17 , de 2008, a avaliação estomatológica nos Centros Especializados não deve invalidar os esforços dos profissionais para o diagnóstico precoce de doenças bucais nas Unidades Básicas de Saúde. Esse manual estabelece os seguintes critérios de inclusão para o referenciamento(BRASIL, 2008b) :

- Encaminhar pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, onde esteja indicado ou seja desejado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais;
- Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou infartamento ganglionar, apresentem-se com formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que tenham acima de 40 anos de idade;
- Lesões ósseas localizadas na maxila ou na mandíbula;

- Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e infartamento ganglionar.

Como já foi dito anteriormente, cada município pode ter um protocolo de referenciamento para a atenção odontológica especializada, criado de acordo com suas necessidades. O município de Porto Alegre conta com Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre para a organização da rede e fluxos de atendimento, publicado em 2014.

Segundo esse protocolo, além do cirurgião-dentista, qualquer profissional de nível superior pode fazer o encaminhamento para a especialidade de estomatologia, além de que as vagas para esta especialidade e a de Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) são de área aberta para os moradores do município, diferente do que acontece para as outras especialidades, onde as vagas são regionalizadas (PORTO ALEGRE, 2014).

O protocolo traz as seguintes indicações de necessidade para o referenciamento a especialidade de estomatologia do CEO: diagnóstico de lesões bucais; manejo clínico e cirúrgico-ambulatorial de lesões da mucosa bucal e dos ossos maxilares; solicitação de exames complementares pré-operatórios ou de necessidade diagnóstica para manifestações bucais; pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna da cavidade bucal (com laudo histopatológico) que devam ser encaminhados para a rede hospitalar para tratamento.

Com relação aos critérios de exclusão para o encaminhamento para o CEO, devendo ser feito o encaminhamento para a atenção hospitalar os seguintes casos: pacientes com diagnóstico de patologias benignas extensas ou com localização de difícil acesso e pacientes com comprometimento sistêmico ou situação especial que necessitem de atenção no nível hospitalar.

De acordo com os dados do CNES, o estado do Rio Grande do Sul conta com 25 CEOs, localizados nos municípios de : Santiago (1), Bagé (1), São Lourenço do Sul (1), Santa Maria (1), Bento Gonçalves (1), Montenegro (1), Caxias do Sul (1), Porto Alegre (4), São Borja (1), Canoas (1), São Sepe (2), Erechim (1), Getúlio Vargas (1),

Rosário do Sul (1), Alegrete (1), Pelotas (2), Osório (1), Tapera (1), Ijuí (1) e Canguçu (1) (BRASIL, 2015).

A prática odontológica não se restringe apenas ao setor primário e secundário, ela está presente também na atenção terciária. Assim, a odontologia hospitalar objetiva os cuidados às alterações bucais através de procedimentos em todos os níveis de complexidade realizados no ambiente hospitalar (SOUSA; PEREIRA; SILVA, 2014).

## ESTOMATOLOGIA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS BUCAIS E PROCESSO DIAGNÓSTICO

De acordo com o Artigo 57 do Documento de Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, aprovada pela Resolução Conselho Federal de Odontologia (CFO) – 63/2005, a estomatologia é a especialidade da odontologia responsável pela prevenção, diagnóstico, prognóstico e tratamento das doenças oriundas do sistema estomatognático, além das manifestações de doenças sistêmicas, bem como dos agravos decorrentes em pacientes durante o tratamento de neoplasias malignas (CFO, 2012).

Os estudos epidemiológicos que abordam as doenças bucais podem ser uma forma importante de estabelecer o perfil das doenças, permitindo saber a distribuição das doenças de acordo com as características particulares dos indivíduos, como fatores genéticos e ambientais, fatores de risco além da prevalência e incidência dessas lesões. Dessa maneira, profissionais e gestores podem ser direcionados a medidas de prevenção e promoção de saúde específicas através de um planejamento baseado na análise situacional daquela população (MARTINELLI et al, 2011).

Em 2011 Martinelli et al fizeram uma Análise retrospectiva das lesões da região bucomaxilofacial do serviço de anatomia patológica bucal – Odontologia / UFES. A amostra foi composta por 620 laudos histopatológicos e os dados coletados foram: idade, gênero, cor de pele, localização da lesão e diagnóstico histopatológico. Foram encontradas um total de 70 tipos de lesões, sendo as mais frequentes: hiperplasia fibrosa inflamatória (114), cisto periodontal apical (59) e cisto por extravasamento mucoso (35), mostrando a diversidade do tipo de lesões e que a grande maioria das lesões encontradas apresentam origem benigna. O carcinoma de células escamosas representou apenas 3% da amostra (MARTINELLI et al, 2011).

Em 2012, Neto et al publicaram um Levantamento epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos de um centro de referência em patologia bucomaxilofacial em um período de 10 anos. Foram avaliados 1095 fichas, apontando resultados que também mostram que a maior parte das lesões encontradas possuem natureza benigna, apresentando como resultado que as patologias mais freqüentes foram a hiperplasia fibroepitelial (16,62%); inflamação crônica inespecífica (6,30%) e cisto radicular/residual (4,87%) (NETO et al, 2012).

TAKASHIMA et al realizaram em 2012 um Levantamento epidemiológico das biópsias realizadas em uma residência em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. Reafirmando os resultados dos estudos citados anteriormente, foi encontrado um maior número de lesões benignas. Foram analisados 221 relatórios, dos quais 55 diagnósticos diferentes foram observados. A hiperplasia fibrosa inflamatória foi a lesão mais comumente encontrado, aparecendo em 38 relatórios (17%), seguido de carcinoma de células escamosas e mucocele em 17 relatos e cisto radicular em 15 relatórios (TAKASHIMA et al, 2012).

Em 2010, VOLKWEIS et al elaboraram um Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas, onde foram avaliados 435 prontuários de pacientes que procuraram o Serviço de Estomatologia do Centro de Especialidade Odontológica do Hospital Nossa Senhora da Conceição. As doenças de maior prevalência foram as estomatites com 122 casos. Dezoito pacientes apresentaram doenças malignas (4%), sendo 15 deles diagnosticados como portadores de carcinoma espinocelular(VOLKWEIS et al, 2010).

É recomendação da Academia Americana de Patologia Oral e Maxilofacial que todo o tecido anormal deve ser submetido a avaliação e análise microscópicas. Além disso, geralmente o exame histopatológico é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico de muitas lesões da cavidade oral (MELROSE et al, 2007).

O exame histopatológico é importante não só para o fechamento do diagnóstico, através dele é possível saber determinadas informações a respeito da lesão diagnosticada, como evidência de malignidade, comportamento clínico e prognóstico. Esses fatores são de grande valia para o plano terapêutico estabelecido para o paciente. Optar por realizar ou não procedimento de biópsia constitui uma importante decisão, que deve estar respaldada no curso clínico da lesão. A exemplo disso podemos citar a incerteza se uma lesão pode ser devido a trauma, a primeira conduta é remover o

fator irritativo e reavaliar após 7 a 10 dias, caso a lesão não apresente alterações, deve ser realizada a biópsia (LOGAN; GOSS, 2010).

Algumas considerações devem ser feitas com relação à escassa realização de biópsias pelo cirurgião-dentista: a primeira delas está relacionada ao déficit de treinamento dos profissionais; a segunda, está de acordo com a baixa frequência de episódios em que o cirurgião-dentista se depara com uma patologia oral, comparada com outros problemas orais dentários na prática odontológica geral (DIAMANTI et al, 2002).

Em estudo realizado no município de Jequié-Bahia, no ano de 2010, através de aplicação de questionários, foram analisados os conhecimentos e diagnóstico em câncer bucal entre 53 profissionais de odontologia. Quando questionados com relação à capacidade para a realização de biópsia, foi observado que existe considerável insegurança na realização de biópsia por parte desses profissionais, uma vez que 39,5% não se sentem capacitados para tal e 26,3% julgaram-se deficientes neste quesito (PINHEIRO; CARDOSO; PRADO, 2010).

Em 2011, PATEL et al, publicaram um estudo que definiu a epidemiologia das lesões de tecidos moles orais na Nova Zelândia de 2002 a 2006, afim de determinar a concordância entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico histopatológico definitivo, obtido por dentistas clínicos-gerais e por especialistas. Como resultado do estudo, foi observado que a maioria das biópsias foram lesões benignas, e ambos os grupos alcançaram uma alta taxa de concordância diagnóstica. No entanto, ao considerar todos os tipos de lesões, a concordância geral para ambos os grupos foram moderadas, em torno de 50,6%, com pouca diferença entre especialistas e clínicos gerais. Assim, ficou concluído que a concordância clínica e histopatológica alcançada foi moderada.

Em 2015, MENDEZ et al, apresentaram um estudo cujo objetivo era avaliar a taxa de concordância entre diagnósticos clínicos e histopatológicos de acordo com formulários preenchidos para espécimes que foram submetidos a exames histopatológicos. Um total de 5.368 casos foram incluídos; os valores foram calculados para cada categoria de diagnóstico. Assim, a taxa mais alta observado foi para lesões periapicais (92,6%), seguido de distúrbios potencialmente malignos (90,1%) e proliferações não neoplásicas (89,3%). No geral, foi observado que houve um nível aceitável de acordo (MENDEZ et al, 2016).

## TELEMEDICINA

A proposta da telemedicina se dá a partir da tentativa de explorar formas racionais e econômicas a benefício dos cuidados primários à saúde. A telemedicina é um assunto amplo, e que ainda possui limitações com relação às pesquisas que tentam avaliar a eficácia clínica e a eficiência de custos dessa área. No entanto, muitos benefícios potenciais da telemedicina podem ser considerados como: melhoria do acesso, prestação de cuidados, aumento do atendimento, melhoria na educação profissional, controle de qualidade dos programas de triagem, redução de custos nos cuidados à saúde (HJELM, 2005).

As doenças da cavidade oral são comuns, no entanto cada uma varia com relação à cor, forma, consistência, sintomatologia, etiologia, entre outras características. Dessa forma, é importante que o profissional esteja familiarizado com as variações das doenças para poder estabelecer diagnóstico e tratamento corretos. O fácil acesso à orientação especializada e a redução do atraso do diagnóstico é capaz de melhorar o atendimento do paciente (BLOMSTRAND et al, 2012).

As aplicações de telemedicina envolvem o registro eletrônico de pacientes e sistemas de apoio à decisão clínica. A viabilidade do diagnóstico à distância das doenças da mucosa oral através de um sistema de armazenamento de imagens digitais pode apresentar resultados relevantes, e ser uma ferramenta eficaz na detecção de lesões orais. Um fator importante associado, que pode contribuir para a precisão diagnóstica, é a possibilidade de envolver a opinião de mais de um consultor, aumentando a precisão diagnóstica. Além disso, a telemedicina é capaz de melhorar os cuidados de saúde bucal da atenção primária, com o potencial de oferecer auxílio a lugares onde especialistas não estão disponíveis (KHAN;OMAR, 2013).

Em 2011, BLOMSTRAND et al. publicaram um estudo que avaliou dez casos presentes em uma base de dados, os quais todos haviam sido encaminhados para atendimento especializado. Todos os casos foram discutidos em um round de telemedicina, através da discussão os profissionais conseguiram estabelecer diagnóstico e sugestão de tratamento para 8 casos, sendo necessário o encaminhamento de apenas 2 casos para o especialista. Assim, ficou concluído do estudo que o sistema de telemedicina permite o atendimento do paciente de forma rápida e econômica (BLOMSTRAND et al, 2012).

Alguns autores têm relatado que a telemedicina poderia ser usada como meio de comunicação no sistema público de saúde como um método de redução de custo e melhora a assistência em saúde bucal. De acordo com Farman e Farag, a telemedicina deveria ser uma alternativa a uma segunda opinião na prática odontológica, podendo proporcionar benefícios econômicos ao permitir que os pacientes de áreas remotas tenham o acesso a cuidados médicos especializados sem a dificuldade e custo de viagem para centros médicos distantes(FARMAN; FARAG, 1993).

#### REFERENCIAMENTOS À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A atenção básica é a porta de entrada do indivíduo ao SUS. Desta maneira, antes do indivíduo ser atendido na atenção secundária ou terciária, ele necessita obrigatoriamente ter sido avaliado por um profissional de nível superior em uma Unidade de Saúde. Como já foi dito anteriormente, o município de Porto Alegre conta com Protocolo de Atenção em Saúde Bucal que foi publicado em 2014(PORTO ALEGRE, 2014).

Cabe aqui ressaltar que de acordo com esse protocolo, deve ser referenciado para o hospital pacientes com diagnóstico de patologias benignas extensas ou com localização de difícil acesso e pacientes com comprometimento sistêmico ou situação especial que necessitem de atenção no nível hospitalar, sendo que além do cirurgião-dentista, qualquer profissional de nível superior pode fazer o encaminhamento para a especialidade de estomatologia, o que pode gerar uma demanda desnecessária à atenção terciária.

De acordo com BARBOSA et al (2015), ao comparar as alterações encontradas nos encaminhamentos com o protocolo de regulação do município de Belo Horizonte, concluiu que há necessidades de ajustes no fluxo atual para o setor de estomatologia hospitalar. Havendo uma sobrecarga da atenção especializada e discrepâncias entre a orientação governamental e os atendimentos realizados no município, pois de acordo com a pesquisa, 51% dos atendimentos realizados seriam passíveis de resolução na atenção básica (BARBOSA et al, 2015).

As questões relacionadas a esse assunto podem ser ainda mais abrangentes. Durante a realização das primeiras consultas, o profissional necessita ter a compreensão

das informações contidas no documento de referência, e isso, pode ser um fator dificultador no atendimento, visto que muitos documentos não apresentam as informações necessárias ao entendimento do motivo da referência. De acordo com MARTINUSSEN et al (2015), em seu estudo foi demonstrado que as cartas de referência de médicos de clínica geral são frequentemente de má qualidade, mas a pesquisa neste campo é escassa e poucos estudos foram feitos para investigar os fatores que podem ajudar a explicar a variação na qualidade do encaminhamento (MARTINUSSEN, 2013).

A introdução dos registros eletrônicos em saúde facilitou, em parte a comunicação e eliminou certos problemas estruturais com as cartas de referência. No entanto, apesar de tornar mais fácil a leitura dos dados, essa implantação de registros não necessariamente revela uma maior qualidade das informações clínicas. É importante ressaltar esse ponto, porque os custos de saúde são aumentados globalmente, assim, é imperativo melhorar a priorização do paciente com base em referências, a fim de auxiliar o diagnóstico rápido naqueles com doenças mais graves e fornecer cuidados de alta qualidade individualmente para cada paciente (WÅHLBERG et al, 2015).

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Realizar um levantamento dos referenciamentos das primeiras consultas à unidade de estomatologia do HCPA, no período de agosto de 2015 a agosto de 2017, objetivando mostrar as principais demandas deste serviço e classificá-las de acordo com o nível de complexidade de atenção que o diagnóstico e o tratamento necessitam.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar a incidência das lesões observadas durante a primeira consulta na unidade de estomatologia do HCPA;
- Analisar o município de origem da referência e avaliar a existência de atenção secundária no local ou região próxima para orientação de um novo fluxo de encaminhamentos;
- Analisar a relação do motivo do encaminhamento/queixa principal e a hipótese diagnóstica dos profissionais referenciadores e o diagnóstico final realizado pela equipe de estomatologia do HCPA;
- Análise quantitativa dos exames complementares solicitados para fins de diagnóstico e tratamento;
- Classificar as demandas mais comuns de acordo com sua complexidade e propor quais patologias que poderiam ser diagnosticadas e tratadas em cada nível de atenção.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 DELINEAMENTO**

Essa pesquisa trata-se de um estudo observacional analítico retrospectivo. O projeto foi registrado na Plataforma Brasil, no GPPG e no sistema UFRGS de pesquisa. Foi avaliado e aprovado no Comitê de Pesquisa e Ética do HCPA e Comissão de Pesquisa (COMPESQ). A comprovação da aprovação do projeto encontra-se no APÊNDICE B.

### **4.2 AMOSTRA**

A amostra do presente estudo foi do tipo censo e compreendeu todas as primeiras consultas da unidade de estomatologia do HCPA no período de agosto de 2015 e agosto de 2017. Estimava-se uma amostra de 1200 consultas solicitadas à especialidade de Estomatologia, dentro do período do estudo, baseada na média mensal de 50 consultas por mês atendidas pela equipe. No entanto, devido aos períodos de férias, feriados e congressos em que a equipe participou, a amostra obtida foi de 655 prontuários analisados. Desse número, 97 prontuários foram excluídos devido aos critérios metodológicos estabelecidos. Assim, a amostra real compreendeu em um total de 558 prontuários.

### **4.3 ANÁLISE DE DADOS**

Os dados de importância para a pesquisa foram buscados no prontuário eletrônico do paciente disponível no sistema de Gestão Hospitalar do HCPA (AGHUse). Os prontuários referentes à primeira consulta ficam identificados com a cor verde. Assim, somente estes prontuários foram analisados. Para composição do trabalho, foram levantadas e analisadas as seguintes informações:

- Dados demográficos (idade e sexo);
- Município que realizou o encaminhamento;
- Motivo da referência;
- Categoria profissional que realizou o encaminhamento;

- Motivo do encaminhamento e/ou Queixa principal – descrita pelo profissional da atenção primária ou secundária;
- Hipóteses de diagnóstico realizadas pelo referenciador;
- Solicitação de exames complementares para fins diagnóstico e/ou de tratamento;
- Diagnóstico final obtido pela equipe de Estomatologia do HCPA;
- Presença de comorbidades e utilização contínua de medicamentos ;
- Lesões não relatadas no documento de referência e observadas pela equipe no momento do exame físico do primeiro atendimento.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram avaliados todos os prontuários dos pacientes que compareceram a primeira consulta na unidade de estomatologia do HCPA entre o período de agosto de 2015 e agosto de 2017, com coleta dos dados mencionados anteriormente.

Em alguns casos, não foi possível identificar no prontuário o motivo da consulta. Assim, nos casos em que o paciente apresentava apenas uma lesão na boca, esta foi considerada como o motivo da referência.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo, os prontuários que apresentavam:

- Insuficiência de dados: prontuários em que não era possível estabelecer a relação entre o motivo da referência e o paciente não apresentava alterações;
- Erros de encaminhamento: pacientes que foram encaminhados para a equipe de estomatologia erroneamente, devendo ter sido encaminhados para outra especialidade, desde que o erro estivesse claramente descrito;
- Pacientes que foram atendidos por outro profissional que realizou o diagnóstico da lesão que era o motivo do encaminhamento para nossa equipe, estando o paciente sem lesões;
- Paciente que se apresentou no setor para a primeira consulta, mas que não compareceram quando foram chamados;
- Paciente que já estavam sendo acompanhados por estomatologista de outro serviço;

- Interconsultas: as primeiras consultas solicitadas através do recurso de interconsultas, ou seja, referenciamentos realizados através de outras equipes internas do HCPA;
- Prontuários identificados como primeira consulta, mas que eram correspondentes a pacientes que já tinham sido atendidos na unidade de estomatologia em períodos anteriores;
- Casos em que não foi possível estabelecer o diagnóstico final, seja ele clínico ou através de exames complementares.

#### 4.6 COLETA DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram coletados nos prontuários eletrônicos disponíveis no AGHUse. A coleta foi realizada por uma única pesquisadora, que posteriormente, através dos dados coletados, editou um banco de dados no programa Microsoft Excel 2007, e analisou de forma a atingir os objetivos pré-estabelecidos. A análise estatística descritiva foi utilizada para interpretação dos dados.

#### 4.7 QUESTÕES ÉTICAS

A identidade de todos os indivíduos foi preservada em todas as etapas da pesquisa. Para tanto, os pesquisadores assinaram a declaração de utilização de dados de prontuários e uso de publicação. Apenas os pesquisadores envolvidos no estudo, e que assinaram as declarações tiveram acesso à identidade dos pacientes, que, por sua vez, foi substituída por códigos no momento em que foi criado o banco de dados do estudo. Dessa forma, foi garantida a confidencialidade dos dados de cada paciente.

Não foram conhecidos ou previstos riscos diretos a integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos pacientes participantes do estudo, uma vez que foram trabalhados apenas dados de prontuários e dados disponíveis no AGHUse do HCPA. Um potencial risco envolvia a quebra de confidencialidade das informações relativas aos pacientes, possibilidade essa que foi controlada a partir das medidas anteriormente citadas.

Foi permitida uma avaliação situacional do perfil de encaminhamentos para a estomatologia do HCPA com o intuito de estabelecer uma classificação das doenças do sistema estomatognático de acordo com o nível de complexidade, identificar os problemas causados por demanda desnecessária e promover educação continuada para os profissionais que atuam na atenção primária.

## 5 RESULTADOS

No período compreendido entre agosto de 2015 e agosto de 2017, foi possível identificar através do AGHUse, que a unidade de estomatologia realizou 655 primeiras consultas. Após a análise descritiva dos prontuários desses pacientes, foi observado que 97 não estavam dentro dos critérios de inclusão deste trabalho. Assim, foram analisados os dados referentes a 558 pacientes, sendo que 315 (56,5%) eram do sexo feminino e 243 (43,5%) do sexo masculino. Com relação à idade, o mínimo encontrado foi de 0,25 e o máximo de 94 anos, sendo a média de idade 51,55 anos.

Com relação à cor, foram atendidos 526 (94,3%) brancos, 6 (1,1 %) pardos, 25 pretos (4,5%) e 1 amarelo (0,2%). Com relação à presença de comorbidades, foi observado que 387 (69,4%) dos pacientes apresentam comorbidades sistêmicas, 159 (28,5%) relataram a ausência de comorbidades e 12 (2,2%) dos prontuários não haviam informações referentes à doenças sistêmicas. A respeito do uso contínuo de medicação, 384 (68,8%) fazem o uso contínuo de medicamentos, 136 (24,4%) não utilizam medicação contínua e 38 (6,8%) prontuários não tinham informações referentes ao uso de medicamentos.

Dentre os pacientes atendidos, foram analisados também os hábitos referentes ao uso de cigarro, ingestão de bebida alcoólica e exposição solar ocupacional. Observamos que 340 (60,9%) pacientes relataram não ingerir bebidas alcoólicas, enquanto 63(11,3%) fazem ou já fizeram ingestão contínua de bebidas alcoólicas. Referente ao cigarro, 294 (52,7%) relatou nunca ter fumado, enquanto 148 (26%) são fumantes e 94 (16,8%) são ex-fumantes. Com relação a exposição solar ocupacional, 376 (67,4%) dos prontuários não havia informação referente a este hábito. As informações referentes aos hábitos estão apresentadas mais detalhadamente na Tabela 1.

**Tabela 1** - Detalhamento dos hábitos dos pacientes atendidos na unidade de estomatologia do HCPA

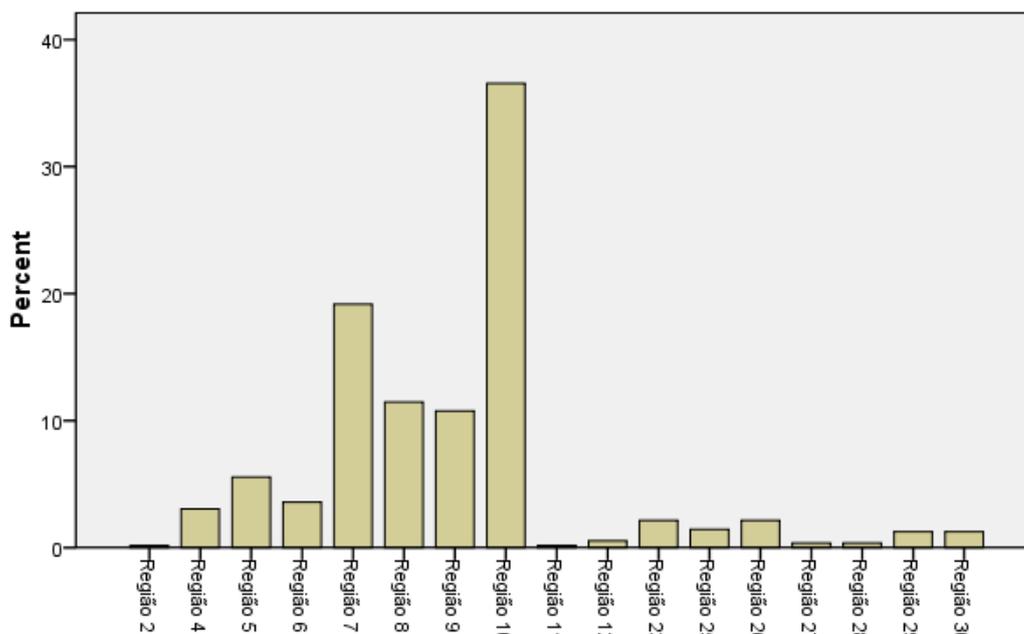
<b>HÁBITOS</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>CIGARRO</b>		
Nunca fumou	294	52,7
Fumante	148	26,5
Ex-fumante	94	16,8
Não relatado	21	3,8
<b>Total</b>	<b>558</b>	<b>100</b>
<b>BEBIDA ALCOÓLICA</b>		
	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Não- alcoolista	340	60,9
Declarado como “socialmente”	89	15,9
Não relatado	66	11,8
Ex-alcoolista	34	6,1
Alcoolista	29	5,2
<b>Total</b>	<b>558</b>	<b>100</b>
<b>EXPOSIÇÃO SOLAR OCUPACIONAL</b>		
	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Sim	97	17,4
Não	85	15,2
Não relatado	376	67,4
<b>Total</b>	<b>558</b>	<b>100</b>

Os encaminhamentos recebidos apresentaram origem de 17 regiões de saúde, todas presentes dentro do território do estado o Rio Grande do Sul. Observamos que a região de saúde que realizou o maior número de encaminhamentos foi a Região 10, tendo realizado o correspondente a 204 (36,6%) encaminhamentos, aproximadamente o dobro da segunda região que realizou mais encaminhamentos, a Região 7 com o valor de 107 (19,2%) referenciamentos. As regiões que realizaram o menor número de referenciamentos foram as regiões 2 e 11, tendo realizado apenas 1 encaminhamento cada (0,2%). Os dados referentes à distribuição de encaminhamentos de acordo com cada região de saúde está descrito na Tabela 2 e apresentado no gráfico 1.

**Tabela 2** - Detalhamento dos encaminhamentos de acordo com a Região de Saúde.

<b>REGIÕES DE SAÚDE</b>		
<b>REGIÃO</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Região 2	1	0,2
Região 4	17	3,0
Região 5	31	5,6
Região 6	20	3,6
Região 7	107	19,2
Região 8	64	11,5
Região 9	60	10,8
Região 10	204	36,6
Região 11	1	0,2
Região 12	3	0,5
Região 23	12	2,2
Região 25	8	1,4
Região 26	12	2,2
Região 27	2	0,4
Região 28	2	0,4
Região 29	7	1,3
Região 30	7	1,3
<b>Total</b>	<b>558</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 1** - Distribuição dos encaminhamentos de acordo com a Região de Saúde.



Durante a análise dos dados obtidos, foi observada a relação entre as categorias profissionais que referenciaram os pacientes atendidos na unidade de estomatologia do HCPA. Dentre as categorias profissionais encontradas temos que os encaminhamentos foram realizados na seguinte proporção: 81 (14,5%) por médicos; 221 (39,6%) por

cirurgião-dentista, destes 203 (36,4% ) eram da atenção primária e 18 (3,2%) da atenção secundária; e 254 (45,5%) dos prontuários não tinham informação da categoria profissional de quem realizou a referencia.

De acordo com os dados obtidos, foi realizada a comparação entre motivo do encaminhamento/queixa principal/hipótese diagnóstica dos profissionais referenciadores e a descrição/hipótese diagnóstica realizada pela equipe de estomatologia do HCPA. Essa associação apresentou que em 509 (91,2%) casos foi possível estabelecer relação entre ambos os critérios; em 11 (2%) casos não foi possível estabelecer relação; em 20 (3,6%) casos o paciente apresentava-se sem a lesão/lesão compatível com o motivo da referência; e, que em 18 (3,2%) casos não havia descrição referente ao motivo do encaminhamento.

A análise realizada também permitiu observar a relação entre o diagnóstico inicial, proposto pela equipe de estomatologia do HCPA durante a primeira consulta de cada paciente, e o diagnóstico final da equipe. Desta maneira temos que: 256 (45,9%) apresentou relação, sendo realizado apenas diagnóstico clínico; 234 (41,9%) apresentou relação, sendo confirmada a hipótese diagnóstica através de biópsia; 12 (2,2%) não apresentou relação, sendo realizado apenas diagnóstico clínico no decorrer das consultas; 33 (5,9%) não apresentou relação, sendo o diagnóstico final estabelecido por biópsia; e, em 23 (4,1%) casos não foi possível estabelecer relação entre os dados apresentados como hipótese diagnóstica e diagnóstico final.

Para o estabelecimento do diagnóstico, 236 (42,3%) pacientes não necessitaram de solicitação de exames complementares, enquanto 27 pacientes (4,8%) necessitou de mais de um exame complementar. O exame mais realizado foi a biópsia, representando um total de 248 (44,4%) procedimentos. Além dos exames complementares, foi observada a necessidade de realização de tratamentos específicos para as lesões encontradas, dentre estes, aqueles com manejo possível apenas na atenção terciária.

Dentre os tratamentos realizados, foi observado que 471 (84,4%) não necessitaram de nenhum tratamento específico e que em 35 (6,3%) casos o paciente foi encaminhado erroneamente, devendo ter sido referenciado a outra especialidade. Além disso, dos tratamentos realizados, 29 (5,2%) casos necessitou de esclerose com ethamolin, casos os quais poderiam ter sido resolvidos na atenção secundária. Desta

maneira, temos que apenas 23 (4,%) dos pacientes atendidos necessitavam de tratamentos restritos ao âmbito hospitalar. Os dados referentes aos exames complementares e tratamentos específicos estão apresentados respectivamente nas tabelas 3 e 4.

**Tabela 3** - Detalhamento dos exames complementares solicitados com finalidade diagnóstica.

<b>EXAME</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Biópsia	248	44,4
Não foi necessário exame complementar	236	42,3
Necessitou de mais de um exame	27	4,8
Hemograma para fins diagnósticos	22	3,9
Radiografia (RX)	15	2,7
Ecografia	6	1,1
Tomografia Computadorizada (TC)	4	0,7
<b>Total</b>	<b>558</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 4** - Detalhamento das condutas/tratamentos específicos de acordo com as demandas obtidas.

<b>CONDUTA/TRATAMENTO</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Não foi necessário nenhum tratamento específico	471	84,4
Paciente referenciado para outra especialidade/contra-referenciado para US	35	6,3
Esclerose de hemangioma com ethamolin	29	5,2
Ablação com laser de CO2	10	1,8
Excisão cirúrgica em CCA	8	1,4
Tratamento dentário em paciente com necessidade especial	3	0,5
Laserterapia	2	0,4
<b>Total</b>	<b>558</b>	<b>100,0</b>

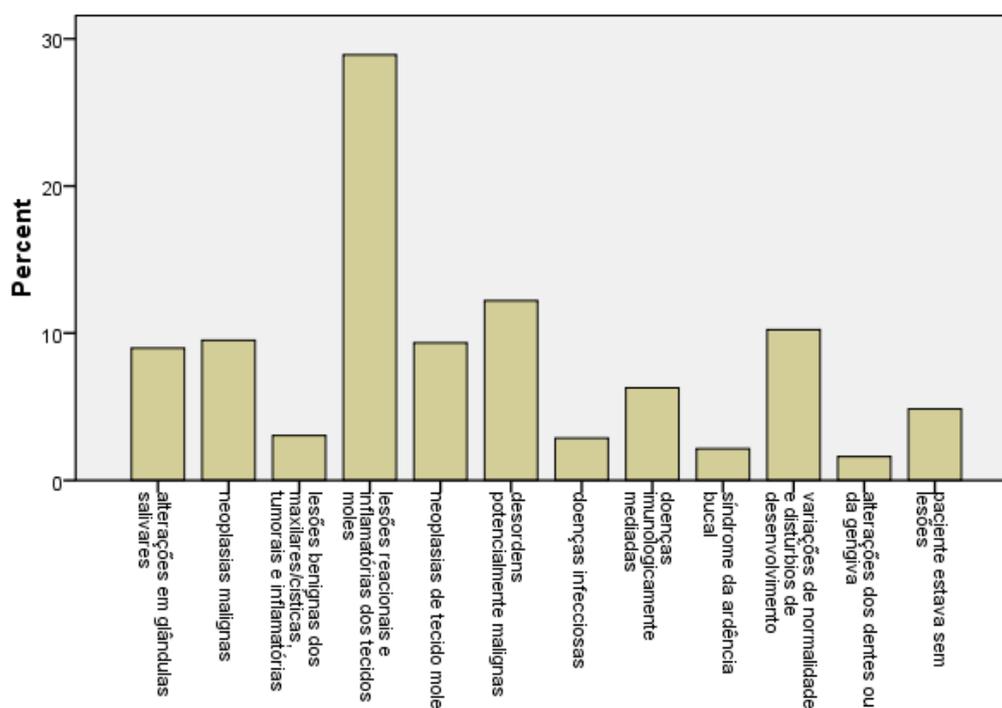
Dos encaminhamentos recebidos foram encontrados 54 diagnósticos diferentes, desses, dois tipos não são referentes à prática de estomatologia, pois envolvem alterações dentárias ou gengivais de origem endodôntica ou periodontal, e o outro alterações anatômicas inespecíficas. Foi observado também a ausência de lesões durante a primeira consulta. A tabela 5 apresenta a descrição quantitativa das lesões encontradas e o gráfico 2 apresenta a distribuição das lesões de acordo com os grupos.

**Tabela 5-** Detalhamento das lesões que motivaram o encaminhamento do paciente para a unidade de estomatologia do HCPA.

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Alterações em Glândulas salivares</b>	<b>50</b>	<b>9,0</b>
Mucocele	38	6,8
Rânula	5	0,9
Síndrome de Sjogren	3	0,5
Sialolitíase	2	0,4
Sialometaplasia Necrotizante	1	0,2
Sialodenite	1	0,2
<b>Neoplasias Malignas</b>	<b>53</b>	<b>9,5</b>
Carcinoma espinocelular (CEC)	50	9
Carcinoma mucoepidermoide	1	0,2
Sarcoma	1	0,2
Mieloma múltiplo	1	0,2
<b>Lesões benignas dos maxilares (císticas, tumorais e inflamatórias)</b>	<b>17</b>	<b>3,0</b>
Cisto radicular	8	1,4
Ceratocisto	2	0,4
Osteorradionecrose	2	0,4
Lesão central de célula gigante (LCCG)	2	0,4
Cisto dentífero	1	0,2
Cisto de erupção	1	0,2
Displasia cemento-óssea	1	0,2
<b>Lesões reacionais e inflamatórias de tecidos moles</b>	<b>161</b>	<b>28,9</b>
Hiperplasia fibrosa inflamatória	57	10,2
Fibroma	49	8,8
Lesões traumáticas (trauma de curta duração)	19	3,4
Ceratosefriccional	14	2,5
Granuloma piogênico	10	1,8
Hiperplasia papilar inflamatória	3	0,5
Fibroma ossificante periférico	3	0,5
Lesão periférica de célula gigante (LPCG)	2	0,4
Angina bolhosa	2	0,4
Granuloma de corpo estranho	1	0,2
Mucosite	1	0,2
<b>Neoplasias de tecido mole</b>	<b>52</b>	<b>9,3</b>
Hemangioma	38	6,8
Papiloma	9	1,6
Neurofibroma	2	0,4
Lipoma	1	0,2
Mixoma cutâneo	1	0,2
Nevo	1	0,2
<b>Desordens potencialmente malignas</b>	<b>68</b>	<b>12,2</b>

Queiliteactínica	52	9,3
Leucoplasia	16	2,9
<b>Doenças infecciosas</b>	<b>16</b>	<b>2,9</b>
Candidíase	5	0,9
Glossite romboidal mediana	4	0,7
Sífilis	2	0,4
Paracoccidioidomicose	2	0,4
Herpes	1	0,2
Micobacteriose	1	0,2
Histoplasmose	1	0,2
Queilite angular		
<b>Doenças imunologicamente mediada</b>	<b>35</b>	<b>6,3</b>
Líquen plano oral (LPO)	28	5
Ulceração aftosa recorrente (UAR)	4	0,7
Pênfigo vulgar	3	0,5
<b>Síndrome da ardência bucal</b>	<b>12</b>	<b>2,2</b>
<b>Variações de normalidade e distúrbios de desenvolvimento</b>	<b>65</b>	<b>11,7</b>
Língua geográfica	13	2,3
Neuropatia periférica pós-cirúrgica	2	0,4
Cisto linfoepitelial	2	0,4
Pigmentação melânica racial	1	0,2
Outras (Inespecíficas)	47	8,7
<b>Alterações dos dentes ou da gengiva</b>	<b>9</b>	<b>1,5</b>
<b>Paciente estava sem lesões</b>	<b>20</b>	<b>3,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>558</b>	<b>100</b>

**Gráfico 2** – Distribuição em grupos das lesões que motivaram o encaminhamento do paciente para a unidade de estomatologia do HCPA.



Além das lesões que motivaram o encaminhamento, foi analisada também a presença de alterações bucais que não foram consideradas como motivo do encaminhamento, e que foram observadas através do exame físico do paciente durante a primeira consulta. Os pacientes apresentaram entre 0 e 5 lesões além das lesões principais, sendo que 312 (55,9%) pacientes apresentaram pelo menos uma lesão além da lesão principal, enquanto 246 (44,1%) pacientes apresentaram apenas a lesão que o motivou a consulta. O total de lesões secundárias foi de 622, gerando uma média de 1,11 lesões secundárias por paciente atendido.

Através do banco de dados obtido durante a pesquisa foi possível observar que 23 (4%) pacientes necessitaram de tratamentos disponíveis estritamente na atenção terciária; 201(36%) pacientes não necessitaram de exames complementares nem de tratamentos disponíveis nas atenções secundária e terciária, enquanto 334 (60%) pacientes necessitaram de exames complementares com finalidade diagnóstica e/ou tratamento disponível na atenção secundária.

## 6 DISCUSSÃO

A análise descritiva dos dados coletados para esta pesquisa, mostrou que nem todas as primeiras consultas sinalizadas pelo Sistema de Gestão Hospitalar do HCPA (AGHUse), tratavam-se de um primeiro contato do paciente com os profissionais do serviço. Motivo pelo qual, somado a outros critérios, levou a exclusão da análise, um total de 97 prontuários.

Com relação aos dados demográficos, foi observada a predominância feminina, fato o qual pode estar relacionado a uma maior sensibilização das mulheres com o cuidado da saúde (BARBOSA et al, 2015; VOLKWEIS et al, 2010; MENDEZ et al, 2012) . Com relação à cor da pele, foi observada uma predominância de pacientes de cor branca, dado também previsto em outros estudos(TAKASHIMA et al, 2012; MENDEZ et al, 2012). Alguns hábitos estão diretamente relacionados às doenças bucais. Os hábitos analisados são referentes ao cigarro, álcool e exposição solar ocupacional. Com relação ao cigarro, foi observado que 52,7% dos pacientes relataram nunca ter fumado, dado que também pode ser encontrado em outro estudos(VOLKWEIS et al, 2010).

Durante o primeiro contato entre o profissional e o paciente, a anamnese direcionada é um dos pontos mais importantes. No entanto, esse ponto está interligado com as informações obtidas através do documento de referência, onde é estabelecida a relação entre o motivo do encaminhamento e análise realizada pelo profissional durante o exame físico. Em 91,2% dos casos analisados foi possível estabelecer relação entre o motivo da referência e as alterações encontradas pela equipe(WÅHLBERG et al, 2015; MARTINUSSEN, 2013) .

A biópsia seguida de exame histopatológico é um importante método de diagnóstico. É importante que tanto o profissional que encaminha o paciente para o estomatologista quanto este, estejam aptos a interpretar os resultados obtidos através do exame (LOGAN; GOSS, 2010). Em 41,9% dos casos deste trabalho houve concordância entre a hipótese diagnóstica realizada antes da biópsia e resultado do exame anatomopatológico, sendo observado também em outros trabalhos de levantamento epidemiológico de lesões bucais(NETO et al, 2012;TAKASHIMA et al, 2012; MENDEZ et al, 2016).

Apesar de haver considerável concordância entre diagnóstico clínico e exame anatomopatológico, em muitos casos a biópsia acaba se tornando imperativa. Para realização de tal procedimento, os mesmos materiais utilizados para procedimentos cirúrgicos básicos podem ser utilizados. No entanto, no que tange a baixa realização desse procedimento por clínico-gerais, podemos afirmar que está relacionada à insegurança do profissional na sua realização (DIAMANTI et al, 2002; PINHEIRO; CARDOSO; PRADO, 2010).

De acordo com DIAMANTI et al, 2002, em um estudo que avaliou as opiniões e atitudes de dentistas especialistas; dentistas clínico-gerais e pacientes submetidos a procedimentos de biópsia, através de aplicação de questionários, mostrou que apenas 15% dos clínico-gerais havia realizado biópsia nos últimos 2 anos, 60% sentia-se competente para realizar biópsia de lesões benignas, e as maiores preocupações desses profissionais foram a falta de habilidade prática e o risco de erro diagnóstico (DIAMANTI et al, 2002).

Na amostra obtida foram encontrados 52 tipos de lesões diferentes, sendo 85,5% diagnósticos de lesões benignas; 9,5% diagnósticos de lesões malignas; 1,5% alterações dos dentes ou da gengiva; e por fim, 3,5% dos pacientes estavam sem lesões. A variedade de lesões que podem estar presentes na cavidade oral é bem estabelecida na literatura, assim como a predominância das lesões benignas (MARTINELLI et al, 2011; NETO et al, 2012; TAKASHIMA et al, 2012; VOLKWEIS et al, 2010).

De acordo com os dados do CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde, o estado do Rio Grande do Sul conta com 25CEOs, sendo que 9 deles estão localizados dentro das regiões de saúde que foram atendidas pelo HCPA (BRASIL, 2015). Assim, temos que as regiões de saúde de número 2, 5, 7, 8, 10, 11, 23 e 25 apresentam CEO, no entanto não é possível identificar através da literatura, se esses estabelecimentos contam com serviço de estomatologia, apesar de que as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal estabelece que todos os CEOs devem realizar o diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico do câncer de boca(BRASIL, 2004;BRASIL, 2006d).

O município de Porto Alegre conta com Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre para a organização da rede e fluxos de atendimento, publicado em 2014. Segundo o protocolo são indicações de necessidade para o referenciamento a

especialidade de estomatologia do CEO: diagnóstico de lesões bucais; manejo clínico e cirúrgico-ambulatorial de lesões da mucosa bucal e dos ossos maxilares; solicitação de exames complementares pré-operatórios ou de necessidade diagnóstica para manifestações bucais; pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna da cavidade bucal (com laudo histopatológico) que devam ser encaminhados para a rede hospitalar para tratamento. Além disso é critério para o encaminhamento para a atenção terciária pacientes com diagnóstico de patologias benignas extensas ou com localização de difícil acesso e pacientes com comprometimento sistêmico ou situação especial que necessitem de atenção no nível hospitalar(PORTO ALEGRE, 2014) .

Através do banco de dados obtido durante a pesquisa foi possível observar que 23 (4%) pacientes necessitaram de tratamentos disponíveis estritamente na atenção terciária; 201 (36%) pacientes não necessitaram de exames complementares nem de tratamentos disponíveis nas atenções secundária e terciária, enquanto 334 (60%) pacientes necessitaram de exames complementares com finalidade diagnóstica e/ou tratamento disponível na atenção secundária. Desta maneira, podemos concluir que apenas 4% das demandas atendidas pela unidade de estomatologia do HCPA exigiam nível terciário para serem diagnosticadas e tratadas. Como já foi observado em outro trabalho, uma parte considerável dos casos que chegam até a equipe de estomatologia poderiam ter sido solucionadas na atenção primária (BARBOSA et al, 2015).

A proposta da telemedicina pode ser uma alternativa para reduzir a quantidade de encaminhamentos inapropriados, sendo uma tentativa de explorar formas racionais e econômicas a benefício dos cuidados primários à saúde. Assim sendo, ela pode proporcionar benefícios econômicos ao permitir que os pacientes de áreas remotas tenham o acesso a cuidados médicos especializados sem a dificuldade e custo de viagem para centros médicos distantes(FARMAN; FARAG, 1993). Além disso, entre outras vantagens, ela pode ser uma maneira de melhorar a educação profissional, e ser uma ferramenta de discussão para casos de todas as complexidades diagnósticas (HJELM, 2005).

## 7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados deste trabalho, foi possível identificar as demandas da unidade de estomatologia do HCPA, as quais podemos destacar a predominância de lesões benignas, oriundas de diferentes origens. Além disso, foi demonstrado que as informações obtidas através do documento de referencia permitiram ao profissional estabelecer o motivo da consulta em 91,2% dos casos.

Observou-se também que aproximadamente 48 % dos diagnósticos foram estabelecidos apenas levando em consideração o aspecto clínico da lesão, enquanto 47,8 % dos casos necessitaram de confirmação com biópsia. A concordância entre a relação da hipótese diagnóstica e diagnóstico final realizada pela equipe foi de 87,8 % dos casos.

Através do banco de dados obtido durante a pesquisa foi possível observar que 23 (4%) pacientes necessitaram de tratamentos disponíveis estritamente na atenção terciária; 201(36%) pacientes não necessitaram de exames complementares nem de tratamentos específicos, podendo ser diagnosticados e tratados na atenção básica; enquanto 334 (60%) pacientes necessitaram de exames complementares com finalidade diagnóstica e/ou tratamento, justificando a necessidade de atendimento na atenção secundária.

Assim, ao comparar as demandas encontradas e o protocolo de regulação, conclui-se que há necessidade de realizar ajustes no fluxo atual. Além disso, os resultados também apontam a necessidade de reavaliação dos critérios estabelecidos no protocolo atual, visando maior especificidade e critério para o encaminhamento para a atenção terciária, além de apontar a necessidade de educação permanente, para que todos os níveis de atenção sejam mais resolutivos durante a condução dos casos de lesões bucais.

## REFERENCIAS

1. AGÊNCIA SAÚDE. Conselho Federal de Odontologia. Brasil conta com mil Centros de Especialidades Odontológicas, 2014. Disponível em <http://cfo.org.br/todas-as-noticias/brasil-conta-com-mil-centros-de-especialidades-odontologicas/>. Acesso em 24 ago 2017.
2. BARBOSA, D.V.S.; BARBOSA, N.B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Colet.**, 2016, Rio de Janeiro, 24 (1): 49-54.
3. BARBOSA, N.R.D; et al. Análise do perfil de encaminhamentos realizados pela Atenção Básica/Saúde da Família do município de Belo Horizonte ao serviço de Estomatologia do Hospital Municipal Odilon Behrens. **ArqOdontol**, Belo Horizonte, 51(2): 67-75, abr/jun 2015
4. BERTOJA, I. C. et al. Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo Laboratório de Histopatologia do Unicenp. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**. v. 4, n. 2, 2007.
5. BLOMSTRAND, L.; et al. Brief Communications. **Telemedicine and e-health**. Vol. 18. N.7. pag 559-553.2012
6. .MINISTÉRIO DA SAÚDE. Para entender o Controle Social na Saúde. 2014. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual\\_Para\\_Entender\\_Control\\_Social.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf) Acesso em: 20 ago. 2017.
7. BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. n .18, p. 16-17, 2009.
8. BRASIL.Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 256p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
9. BRASIL. Lei no 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 18 jan. 2017. Acesso em: 20 set. 2017.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) .
  11. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Política Nacional de Regulação. Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.
  12. BRASIL. Ministério da Saúde . Prontuário Eletrônico: tecnologia a serviço da saúde . 2017a .Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>>. Acesso em: 20 set. 2017.
  13. BRASIL. Ministério da Saúde. SISREG - **Sistema Nacional de Regulação** . 2017b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1039-sas-raiz/drac-raiz/cgra/11-cgra/14550-sisreg>> Acesso em: 20 set. 2017.
  14. BRASIL. Ministério da Saúde .PACTOS PELA SAÚDE. Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores – Vol, 6. 2006c.
  15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília, 2008b. 128 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
  16. BRASIL. PORTARIA N.º 1.444, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2.000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341\\_13\\_06\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html)> Acesso em: 30 out. 2017.
  17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)>. Acesso em: 22 setembro 2017.
  18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599 de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios

- Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 mar. 2006d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599\\_23\\_03\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html)> . Acesso em: 25 setembro 2017.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Ativos. 2015. <Disponível em: <http://http://cnes.datasus.gov.br>> Acessado em: 15 de novembro de 2017.
  20. BURKE, F.J.; GOODALL, C.A. ; HAYES, F. Appropriate and inappropriate referrals to a unit of conservative dentistry, *Out*;6(4):141-4, 1999.
  21. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia. 2012. <Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>> Acessado em: 01 de novembro de 2017.
  22. DIAMANTI, N.; et al. Attitudes to biopsy procedures in general dental practice. *BrDent J* ;192:588–592; 2002.
  23. FARMAN, A.G.; FARAG, A.A. Teleradiology for dentistry. *Dent Clin North Am*, 7:669–81. 1993.
  24. FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A.; organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; p.181-193, 2005.
  25. HJELM, N.M. Benefits and drawbacks of telemedicine. **Journal of Telemedicine and Telecare**. Vol. 11, n. 2, pg 61-70. 2005
  26. KHAN ,S.A.; OMAR, H. Teledentistry in Practice: Literature Review. **Telemedicine and e-health**. Vol. 19. N.7. pag 565-567. 2013
  27. LOGAN, R.M; GOSS, A.N. Biopsy of the oral mucosa and use of histopathology services Authors. **Australian Dental Journal** .n.55:(1 Suppl).pag.9–13. 2010.

28. MARTINELLI, K.G. et al. Análise retrospectiva das lesões da região bucomaxilofacial do serviço de anatomia patológica bucal – Odontologia / UFES. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 13(2): 24-31;2011.
29. MARTINUSSEN , P. E. Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: The role of physician and primary care factors. **Scandinavian Journal of Public Health**; 41: 874–882. 2013.
30. MELROSE, R.J.; et al. The use of biopsy in dental practice: the position of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. **Gen Dent** ;55:457–461, 2007.
31. MENDEZ, M.; et al. Agreement between clinical and histopathologic diagnoses and completeness of oral biopsy forms. **Braz. Oral Res.**30(1): 94. 2016
32. MENDEZ, M.; et al. A 10-year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: lesion occurrence and demographic features. **Braz Oral Res.**;26(3):235-41. 2012.
33. NASCIMENTO, S. et al. Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. **Rev Saúde Pública**. 47 (Supl 3):69-77, 2013.
34. NETO, B.D.; et al. Levantamento epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos de um centro de referência em patologia bucomaxilofacial em um período de 10 anos. **Revista Bahiana de Odontologia**, Salvador, 2012.
35. NORONHA, J.C.; PEREIRA, T.R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. vol. 3. pp. 19-32, 2013.
36. PINHEIRO, S.M.S.; CARDOSO, J.P.; PRADO, F.O. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. **Revista Brasileira de Cancerologia** ; 56(2): 195-205; 2010.
37. PORTO ALEGRE . PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE PORTO ALEGRE ORGANIZAÇÃO DA REDE E FLUXOS DE ATENDIMENTO. 2014. Disponível em: <[http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/protocolosaudebucal2014.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolosaudebucal2014.pdf)> Acesso em: 10 novembro 2017.

38. PORTO ALEGRE. Regiões de Saúde do estado do Rio grande do Sul. 2012b. Disponível em: <[http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1338422367990CONGRESSO\\_ASSEDIS\\_A\\_REGIOES\\_SAUDE.pdf](http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1338422367990CONGRESSO_ASSEDIS_A_REGIOES_SAUDE.pdf)> Acesso em: 22 out. 2017.
39. PORTO ALEGRE. RESOLUÇÃO N° 555/12 – CIB/RS. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. 2012a. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155806-resolucao-cib-555-12.pdf>> Acesso em: 20 set. 2017.
40. PORTO ALEGRE. Prefeitura implementa informatização das consultas especializadas.2016. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_noticia=189143&PREFEITURA+IMPLEMENTA+INFORMATIZACAO+DAS+CONSULTAS+ESPECIALIZADAS](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=189143&PREFEITURA+IMPLEMENTA+INFORMATIZACAO+DAS+CONSULTAS+ESPECIALIZADAS)> Acesso em: 20 set. 2017.
41. SOUSA, L.V.S; PEREIRA, A.F.V.; SILVA, N.B.S. A Atuação do Cirurgião-Dentista no Atendimento Hospitalar. **Rev. Ciênc. Saúde**, São Luís, v.16, n.1, p. 39-45, jan-jun, 2014.
42. TAKASHIMA, M.R.; et al. Epidemiological survey of biopsy performed in a residency program in bucco maxillofacial surgery. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.60, n.3, p. 337-342, jul./set., 2012.
43. VOLKWEIS, M.R.; et al. Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas. **RGO, Porto Alegre**. v. 58, n.1, p. 21-25, jan./mar. 2010.
44. WÅHLBERG,H.; et al. Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial. **BMC Health Services Research** . N.15:353 pag 1- 10. 2015.

**APÊNDICE A - Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**PROJETO: ANÁLISE DO PERFIL DE DOENÇAS BUCAIS REFERENCIADAS  
PELA REDE PÚBLICA PARA À EQUIPE DE ESTOMATOLOGIA DO  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

**PESQUISADORES: MARCO ANTÔNIO TREVIZANI MARTINS**

**MANOELA DOMINGUES MARTINS**

**ANDRESSA CRISTINA HASHIGUSHI DE ALMEIDA**

O presente trabalho dispensa aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pois será baseado no estudo de prontuários dos pacientes referenciamentos, através das atenções primária e secundária, à especialidade de estomatologia do HCPA no período de 2015-2017. Todas as informações que identifiquem os pacientes serão mantidas em sigilo.

## APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DO PERFIL DE DOENÇAS BUCAIS REFERENCIADAS PELA REDE PÚBLICA PARA A EQUIPE DE ESTOMATOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**Pesquisador:** Marco Antonio Trevisani Martins

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 76487517.9.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.317.144

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de TCR - Residência Integrada em Saúde Bucal - Unidade Estologia - UFRGS.

Na odontologia do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da regionalização e hierarquização, encontra algumas barreiras para cumprir o seu conceito, a exemplo disso temos o número reduzido ou inexistência de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em alguns municípios, assim como de hospitais com atendimento odontológico especializado. Somado a essas questões, podemos citar o considerável número de encaminhamentos inadequados, em especial ao setor terciário. O objetivo do trabalho é realizar um levantamento dos encaminhamentos das primeiras consultas à unidade de Estomatologia do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no período de agosto de 2015 a agosto de 2017, com o intuito de evidenciar as principais demandas deste serviço, classificá-las de acordo com o nível de complexidade de atenção que o diagnóstico e tratamento requerem. Os dados de importância para a pesquisa serão buscados no prontuário eletrônico do paciente disponível no sistema de Gestão Hospitalar do HCPA (AGHUse). Serão analisados: dados demográficos (idade e sexo); município que realizou o encaminhamento; motivo da referência; categoria profissional que realizou o encaminhamento; motivo do encaminhamento e/ou queixa principal – descrita pelo profissional da atenção primária ou secundária; hipóteses de

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.317.144

diagnóstico realizadas pelo referenciador; exames complementares solicitados; diagnóstico final obtido pela equipe de Estomatologia do HCPA; comorbidades identificadas e medicamentos em uso pelos pacientes encaminhados e lesões não relatadas no documento de referência e observadas pela equipe no momento do exame físico do primeiro atendimento. A coleta de dados será realizada por uma única pesquisadora, que irá editar um banco de dados no programa Microsoft Excel 2007, e consequentemente irá analisá-los de forma a atingir os objetivos pré-estabelecidos.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### Objetivo geral

Realizar um levantamento dos encaminhamentos das primeiras consultas à unidade de estomatologia do HCPA, no período de agosto de 2015 a agosto de 2017, objetivando mostrar as principais demandas deste serviço e classificá-las de acordo com o nível de complexidade de atenção que o diagnóstico e o tratamento necessitam.

##### Objetivos específicos

- Analisar a incidência das lesões observadas durante a primeira consulta na unidade de estomatologia do HCPA;
- Analisar o município de origem da referência e avaliar a existência de atenção secundária no local ou região próxima para orientação de um novo fluxo de encaminhamentos;
- Analisar a relação do motivo do encaminhamento/queixa principal e a hipótese diagnóstica dos profissionais referenciadores e o diagnóstico final realizado pela equipe de estomatologia do HCPA;
- Análise quantitativa dos exames complementares solicitados para fins de diagnóstico e tratamento;
- Classificar as demandas mais comuns de acordo com sua complexidade e propor quais patologias que poderiam ser diagnosticadas e tratadas em cada nível de atenção.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### - Riscos

Não são conhecidos ou previstos riscos diretos a integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos pacientes participantes do estudo, uma vez que serão trabalhados apenas dados de prontuários e dados disponíveis no AGHUse do HCPA. Um potencial risco envolve a quebra de confidencialidade das informações relativas aos pacientes, possibilidade

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

**Bairro:** Santa Cecília

**CEP:** 90.035-903

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3359-7640

**Fax:** (51)3359-7640

**E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.317.144

essa que será controlada a partir das medidas anteriormente citadas.

- Benefícios

Permitir uma avaliação situacional do perfil de encaminhamentos para a estomatologia do HCPA com o intuito de estabelecer uma classificação das doenças do sistema estomatognático de acordo com o nível de complexidade, a fim de identificar os problemas causados por demanda desnecessária e promover educação continuada para os profissionais que atuam na atenção primária.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Delineamento**

Essa pesquisa trata-se de um estudo observacional analítico retrospectivo. O projeto será registrado na Plataforma Brasil, no GPPG e no sistema UFRGS de pesquisa. Será avaliado no Comitê de Pesquisa e Ética do HCPA e Comissão de Pesquisa (COMPESQ).

**Amostra**

A amostra do presente estudo será do tipo censo e compreenderá todas as primeiras consultas da unidade de estomatologia do HCPA no período de agosto de 2015 e agosto de 2017. Estima-se uma amostra de 1200 consultas solicitadas à especialidade de Estomatologia, dentro do período do estudo, baseada na média mensal de 50 consultas por mês atendidas pela equipe.

**Análise de dados**

Os dados de importância para a pesquisa serão buscados no prontuário eletrônico do paciente disponível no sistema de Gestão Hospitalar do HCPA (AGHUse).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Dispensa de TCLE. Uso de dados de Prontuário retrospectivo. Apresenta Termo de Compromisso para Utilização de Dados.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto de pesquisa não apresenta pendências e esta em condições de aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 27/08/2017 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-903

**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.317.144

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_985576.pdf	12/09/2017 12:12:07		Aceito
Outros	novadelegacaoandressa.pdf	12/09/2017 12:11:48	Manoela Domingues Martins	Aceito
Folha de Rosto	folharostoandressa.pdf	27/08/2017 17:32:36	Manoela Domingues Martins	Aceito
Outros	termoutilizacaodados.pdf	27/08/2017 17:50:11	Manoela Domingues Martins	Aceito
Orçamento	ORcAMENTO.docx	27/08/2017 15:40:56	Manoela Domingues Martins	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	27/08/2017 15:39:58	Manoela Domingues Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/08/2017 15:35:06	Manoela Domingues Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTCRANDRESSA.docx	27/08/2017 15:34:53	Manoela Domingues Martins	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.317.144

PORTO ALEGRE, 05 de Outubro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Marcia Mocellin Raymundo**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

Página 05 de 05