

**MARIA BEATRIZ PIRES DE MAGALHÃES**

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA  
ESPECIALIDADE DE ENDODONTIA EM UM CENTRO DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

**Belo Horizonte  
Faculdade de Odontologia  
Universidade Federal de Minas Gerais  
2017**

**MARIA BEATRIZ PIRES DE MAGALHÃES**

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA  
ESPECIALIDADE DE ENDODONTIA EM UM CENTRO DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Nível: Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Renata de Castro Martins

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Efigênia Ferreira e Ferreira

**Belo Horizonte**

**Faculdade de Odontologia**

**Universidade Federal de Minas Gerais**

**2017**

#### FICHA CATALOGRÁFICA

M188r     Magalhães, Maria Beatriz Pires de.  
2017             Referência e contrarreferência na especialidade de  
T             endodontia em um Centro de Especialidade Odontológicas /  
                 Maria Beatriz Pires de Magalhães. – 2017.

73 f. : il.

Orientadora: Renata de Castro Martins.  
Coorientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas  
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Atenção Secundária à Saúde. 2. Endodontia. 3.  
Serviços de Saúde Bucal. 4. Assistência Odontológica. I.  
Martins, Renata de Castro. II. Ferreira, Efigênia Ferreira e.  
III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de  
Odontologia. IV. Título.



## FOLHA DE APROVAÇÃO

Referência e contra-referência na especialidade de endodontia no CEO  
Centro-Sul de Belo Horizonte - MG

### MARIA BEATRIZ PIRES DE MAGALHÃES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de concentração em Saúde Pública.

Aprovada em 23 de fevereiro de 2017, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Renata de Castro Martins - Orientador  
FO-UFMG

Prof(a). Efigênia Ferreira e Ferreira  
FO-UFMG

Prof(a). José Leonardo Barbosa Melgaço da Costa  
FEAD

Prof(a). Livia Guimarães Zina  
FO-UFMG

Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2017.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



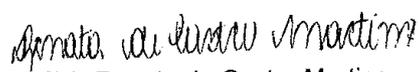
## ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA ALUNA MARIA BEATRIZ PIRES DE MAGALHÃES

Aos 23 dias de fevereiro de 2017, às 09:00 horas, na sala 3418 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Renata de Castro Martins (Orientadora) – FO/UFMG, Efigênia Ferreira e Ferreira (Coorientadora) – FO/UFMG, José Leonardo Barbosa Melgaço da Costa – FEAD e Livia Guimarães Zina – FO/UFMG, para julgamento da dissertação de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública, intitulada: **Referência e contra-referência na especialidade de endodontia no CEO Centro-Sul de Belo Horizonte - MG**. A Presidente, Profa. Renata de Castro Martins abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora. Após a exposição oral do trabalho pela aluna e arguição pelos membros da Comissão Examinadora, a candidata foi considerada:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2017.

  
Prof(a). Renata de Castro Martins

  
Prof(a). Efigênia Ferreira e Ferreira

  
Prof(a). José Leonardo Barbosa Melgaço da Costa

  
Prof(a). Livia Guimarães Zina

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a João Batista de Magalhães Filho (*in memoriam*) e aos nossos filhos e companheiros de jornada nesta vida, Rita Beatriz Pires de Magalhães, Tânia Maria Pires de Magalhães, Flávia Denise Pires de Magalhães e Renato Paulo Pires de Magalhães, além do nosso genro, João Renato Amaral de Faria.

À minha mãe, Maria Pires dos Santos, exemplo de coragem e dedicação que sempre tive.

Ao meu pai Oldemar Santos (*in memoriam*).

Aos meus irmãos e irmãs, Oldemar Santos Filho, Eustáquio Pires dos Santos, Estevam Pires dos Santos, Maria Virgínia Pires Nishi, Mônica Pires dos Santos, Stella Maris Pires dos Santos, Myriam Pires dos Santos e José Luíz Pires dos Santos que trago sempre junto ao coração.

## AGRADECIMENTOS

A Deus agradeço pelos caminhos que percorro.

Ao João (*in memoriam*) por seu incentivo e ajuda com os questionários e a nossos filhos Rita, Tânia, Flávia e Renato e ao nosso genro João Renato obrigada por todo apoio e ajuda.

Obrigada aos colegas Alexia Alvarenga Batista Jager, Maria Elisa Marcos, Érika Said Monteiro Neves, Hélem Sueli Dias Figueiredo, Ivana Fantini Duarte, José Loyola Murta, Maria Cláudia Campos Reis, Sandra Maria de Melo Mattos, Simone Campos de Aguiar que, com companheirismo, participaram da coleta dos dados. Eles vão nos ajudar a compreender e realizar o nosso trabalho.

A minha orientadora Professora Dra. Renata de Castro Martins o meu imenso obrigado pelas orientações valiosas. Obrigada pela paciência e pela presença.

Agradeço a minha Co-orientadora Professora Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira pelo seu apoio e palavras de incentivo e orientações.

Obrigada aos professores que tanto me ensinaram.

Aos futuros colegas Douglas Vaz de Oliveira e Rafael Franco de Lima agradeço a colaboração com os questionários.

Agradeço a Professora Dra. Isabela Almeida Pordeus, Coordenadora da Pós-Graduação, pelas sempre acertadas orientações e as suas secretárias Laís Cláudia Santos Costa, Letícia Aparecida de Oliveira Santos e Luciene Aparecida Aleixo.

Obrigada ao Gerente do CEO-CS, Mestre Antônio Chiari, por suas soluções possíveis dentro do CEO-CS.

Aos profissionais e funcionários do CEO-CS agradeço a compreensão e apoio durante os trabalhos de pesquisa.

Agradeço as minhas amigas Maria Antônia Maurício e Rozangela Gomes Ribeiro.

“Na verdade o que importa, antes que a vida apodreça, é trabalhar na mudança do que é preciso mudar, cada um na sua vez e cada qual no seu lugar”.

Thiago de Mello

## SUMÁRIO

### LISTA DE SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE SIGLAS

1 CONSIDERAÇÕES GERAIS	13
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3 REFERÊNCIAS	24
4 ARTIGO CIENTÍFICO	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE ESTA DISSERTAÇÃO	55
APÊNDICES	56
Apêndice 1 – Produto Técnico	56
Apêndice 2 – Questionário a ser respondido pelos endodontistas	63
Apêndice 3 – Questionário com dados secundários a serem coletados pelos pesquisadores	64
Apêndice 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Endodontista	65
Apêndice 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Paciente	66
ANEXOS	67
Anexo 1 – COEP/UFMG	67
Anexo 2 - CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	68

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CPO	Cariados Perdidos e Obturados
ESB	Equipe de Saúde Bucal
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SB	Saúde Bucal
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## RESUMO

### **Referência e contrarreferência na especialidade de endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas**

Objetivou-se conhecer o itinerário dos pacientes atendidos na atenção primária e encaminhados para a endodontia no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Belo Horizonte, MG e o desfecho ocorrido com os dentes dos mesmos. Trata-se de um estudo transversal, cuja coleta de dados utilizou dois formulários: (1) sobre o tratamento endodôntico, preenchido pelos endodontistas, e (2) dados dos prontuários, sobre o tratamento restaurador, coletados pelos pesquisadores. Os resultados foram analisados por meio de frequência e percentis utilizando o programa SPSS 19.0. Foram finalizados 452 tratamentos endodônticos no período de maio a novembro de 2016. Os pacientes apresentaram mediana de 39 anos de idade, a maioria era do sexo feminino (69,7%) e apresentou guia de referência da atenção básica (96,2%). A maior parte dos tratamentos endodônticos realizados foi em pré-molares superiores (23,7%) seguidos de molares inferiores (22,3%), utilizando técnica mista (74,1%) e em única sessão (64,2%). O encaminhamento para o tratamento restaurador foi para o próprio CEO em 81,2% e para a Unidade Básica de Saúde (UBS) em 18,8% dos casos, e foi finalizado em 24,1% casos. Dos 452 tratamentos endodônticos finalizados, 109 (24,1%) tiveram seu tratamento restaurador finalizado (94 no CEO, 14 na UBS e 1 em consultório particular), 123 (27,2%) encontravam-se em tratamento (118 no CEO, 2 na UBS e 3 em consultório particular), e 220 (48,7%) não apresentavam informação sobre o tratamento restaurador até o período de finalização da coleta de dados. O tratamento restaurador seguiu a tendência mostrada pela referência, onde a maioria dos tratamentos finalizados e em andamento foi ou estava sendo executado no CEO (46,9%). Foi observado que a contrarreferência após o tratamento restaurador aconteceu em 58,7% dos 109 casos finalizados. O tempo de espera mediano para o paciente iniciar o tratamento endodôntico após a referência da UBS para a atenção secundária foi de 5 meses. Quando se considerou o tempo mediano para realização do tratamento endodôntico e para o encaminhamento para o tratamento restaurador este foi de 0 dia (no mesmo dia da sessão única do tratamento endodôntico). Após o encaminhamento para o tratamento restaurador o paciente esperou uma mediana de

57 dias para ser atendido, e este tratamento teve uma mediana de 17 dias de duração. É necessário um planejamento conjunto do tratamento odontológico que vise assegurar o desfecho da restauração dos dentes tratados endodonticamente e sua manutenção em função, cumprindo o princípio de integralidade.

**Descritores:** Atenção Secundária à Saúde. Endodontia. Serviços de Saúde Bucal. Assistência Odontológica

## ABSTRACT

### Reference and counter-reference in endodontic specialty in a Center of Dental Specialties

The aim of this study was to know the itinerary of patients treated in primary care and referred to endodontics at Center of Dental Specialties (DSC) in Belo Horizonte, MG and the outcome of their treatment. This was a cross-sectional study which data collect used two forms: (1) about the endodontic treatment, filled by endodontists; and (2) data from the medical records of restorative treatment collected by researchers. The results were analyzed by frequency and percentiles using the SPSS 19.0 program. A total of 452 endodontic treatments were completed from May to November 2016. Patients presented a median of 39 years old, the majority were female (69.7%) and presented a primary care (PC) reference form (96.2%). Most of the endodontic treatments were performed in upper premolars (23.7%) followed by lower molars (22.3%), using a mixed technique (74.1%) and in a single session (64.2%). The referral for restorative treatment was to the DSC in 81.2% and to PC in 18.8% of the cases, and was completed in 24.1% of the cases. Of the 452 endodontic treatments finished, 109 (24.1%) had their restorative treatment completed (94 in DSC, 14 in PC and 1 in private practice), 123 (27.2%) were being treated (118 in DSC, 2 in PC and 3 in private practice), and 220 (48.7%) did not present information about the restorative treatment until the period of data collection. The restorative treatment followed the trend shown by reference, where most of the finished and ongoing treatments were or were being performed in the DSC (46.9%). It was observed that the counter-reference after the restorative treatment occurred in 58.7% of the 109 completed cases. The median waiting time for the patient to begin endodontic treatment after the PC referral for secondary care was 5 months. When considering the median time to perform endodontic treatment and for referral to restorative treatment, this was 0 days (on the same day as the single session of endodontic treatment). After the referral to the restorative treatment the patient waited a median of 57 days to be attended, and this treatment had a duration median of 17 days. It is necessary a joint planning of the dental treatment that aims to ensure the outcome of the restoration of the endodontically treated teeth and their maintenance in function, fulfilling the integrality principle.

**Key words:** Secondary Care. Endodontics. Dental Health Services. Dental Care.

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A saúde foi reconhecida oficialmente no Brasil, como um direito de todos e dever do Estado, com a promulgação da Constituição Federal, em 1988 que na Seção II, da saúde, Artigo 196 a 200 fala de um Sistema Único de Saúde (SUS) com ações e serviços públicos de saúde integrando uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com os princípios estabelecidos: universalização, descentralização, equidade, integralidade e participação social, estabelecendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Em 1990 o SUS foi regulamentado de acordo com a Constituição Federal do Brasil (BRASIL 1988, 1990).

A universalização garante o acesso às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos. A descentralização significa a gestão com direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal). A equidade assegura ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade de cada caso, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite que o sistema puder oferecer. A integralidade pressupõe o atendimento à saúde considerando os diversos níveis de complexidade, mesmo que para isto sejam contratados serviços privados, em caráter complementar quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área (PAIM *et al.*, 2011). Por fim, a participação social significa a participação da sociedade nas decisões relativas às ações de promoção, proteção e restauração da saúde, como por exemplo, por meio dos Conselhos de Saúde (BRASIL 1988, 1990).

Todas as ações de saúde devem ser realizadas considerando o perfil epidemiológico da população, (BRASIL, 1990; JUNQUEIRA *et al.*, 2008), uma vez que os determinantes das doenças evitáveis necessitam de ações específicas para que ocorra seu controle, e muitas destas estão ao alcance quando identificadas a tempo (AZEVEDO e COSTA, 2010).

No Brasil, a prática curativa em detrimento às ações de prevenção e promoção de saúde, de caráter coletivo, começou a perder espaço apenas em 1991, quando foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (JUNQUEIRA *et al.*, 2008). O PACS teve início com a união de experiências bem sucedidas de

intermediação entre o governo e a comunidade, acolhendo membros da comunidade (ÁVILA, 2011).

O Brasil adotou o PACS em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, mais tarde chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), como estratégias para contribuir na construção de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias (BRASIL, 2000; SILVA, 2010). Toda a atenção à saúde foi reestruturada, em um modelo de níveis de atenção (primária, secundária e terciária), tendo a Atenção Primária em Saúde (APS) como principal porta de entrada dos usuários no SUS (AZEVEDO e COSTA, 2010).

Estas estratégias se fundamentaram em uma nova política institucional que visava prestar na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita; intervir sobre os fatores de risco onde a população está exposta; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde fosse reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida e; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social (BRASIL, 2000; SILVA, 2010). A resolubilidade e boa qualidade objetivada por essa nova política ainda encontra-se em construção.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que a APS tenha como meta que, no máximo, 20% dos atendimentos realizados sejam encaminhados para o referenciamento à média e alta complexidade. Entretanto, a ESF mostra gargalos que podem comprometer todo o trabalho, excluindo pessoas que já estão à margem da sociedade. Os elementos facilitadores observados para o acesso à APS são horário, acolhimento e proximidade ao domicílio. Por outro lado, situações críticas relacionadas à organização do serviço como a demora para se conseguir a consulta, grande número de pessoas adstritas na área das equipes, baixa resolubilidade, acabam levando ao congestionamento dos serviços de média e alta complexidade. (AZEVEDO e COSTA, 2010).

Para atender aos princípios do SUS, a odontologia ofertada à população precisou ser revista. O serviço de saúde bucal até a criação do SUS se mostrava ineficiente, apresentando baixa cobertura e capacidade resolutiva, socialmente e geograficamente mal distribuído (JUNQUEIRA *et al.*, 2008). Seguindo a política adotada a partir da criação do SUS, em 2000, foi criada a Equipe de Saúde Bucal (ESB), vinculada à ESF nos serviços, exigindo uma reestruturação adequada ao SUS, incluindo ações de planejamento com base na territorialização, considerando os determinantes sociais e as necessidades epidemiológicas da população (BRASIL, 2000; JUNQUEIRA *et al.*, 2008). Cada ESB deveria atender, em média, 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes. Para cada ESB implantada deveriam ser implantadas duas Equipes de Saúde da Família e para os municípios com menos de 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes poderia ser implantada uma ESB para uma ou duas Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2000).

O Projeto SB Brasil 2003 foi o primeiro levantamento de saúde bucal com representatividade para o Brasil. Neste levantamento foram avaliados 250 municípios e contou com 2000 trabalhadores. Foram selecionadas as capitais dos estados, e escolhidas por amostragem, cidades nas macrorregiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. O SB 2003 foi destinado a estimar a prevalência de cárie, alterações gengivais, doença periodontal, fluorose dentária e oclusopatias, para a população de 18-36 meses, 5, 12, 15-19, 35-44 e 65-74 anos, das áreas urbana e rural, assim como subsidiar pesquisas relativas à área da saúde que relacionem os dados encontrados e a realidade sócio-econômica e demográfica brasileira, a partir de um referencial teórico-metodológico. Observou-se que a cárie dentária estava em declínio na população infantil e jovem de maneira desigual nas diferentes macrorregiões do país. Entretanto, o ataque de cárie e o número de dentes perdidos em adultos e idosos permaneceram elevados. A falta de acesso aos serviços odontológicos também foi observada (BRASIL, 2004a).

Por meio deste levantamento ficou evidente a necessidade dos trabalhos realizados pela média complexidade em Odontologia. Sendo assim, em 2004, o MS lançou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, integrada ao Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde, que enfatizava a necessidade de se aumentar o acesso ao cuidado da saúde bucal, com visão integral do processo de saúde e doença, incluindo ações de promoção, proteção e recuperação de saúde e incorporando

procedimentos e serviços de alta e média complexidades, além de articular atividades intersetoriais. Neste sentido, foram instituídas, em 2004, as normas e requisitos para a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (BRASIL, 2004b, c; 2006a).

Os CEO foram criados como unidades de referência para a atenção primária, integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertando, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, cuidados de pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, e cirurgia oral menor, realizando procedimentos especializados, complementares aos cuidados primários. Desta forma, os CEO são uma frente de trabalho e uma continuação do trabalho da Equipe de Saúde da Família e ESB realizado pela rede de Atenção Primária. Nestes atendimentos, cabe à APS a avaliação e encaminhamento das necessidades, acompanhamento e manutenção da saúde bucal. Para os CEO cabem os procedimentos clínicos de nível secundário complementares aos realizados na atenção primária (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006b).

Nos CEO os pacientes são atendidos por agendamento, sendo necessário o encaminhamento de referência do profissional da atenção primária. São credenciadas quantas unidade de CEO forem necessárias para o atendimento da demanda da população da região/microrregião de saúde, limitada à capacidade financeira do MS. Os CEO são divididos em três tipos de acordo com o número de tratamentos realizados, consultórios disponíveis e profissionais que trabalham (BRASIL, 2006a):

- Tipo I: 3 consultórios completos, 3 ou mais cirurgiões-dentistas, num total de 120 horas semanais + 1 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico, realizando no mínimo 35 procedimentos por mês na endodontia;
- Tipo II: 4 a 6 consultórios completos, com 4 ou mais cirurgiões-dentistas, num total de 160 horas semanais + 1 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico, realizando no mínimo 60 procedimentos por mês na endodontia;
- Tipo III: 7 ou mais consultórios completos, 7 ou mais cirurgiões-dentistas, em um total de 280 h. semanais + 1 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico, realizando no mínimo 90 procedimentos por mês na endodontia.

Especificamente na especialidade de endodontia, fazem parte dos procedimentos realizados no CEO a obturação de dentes decíduos, obturação em dentes permanentes uni, bi e tri radiculares ou com mais raízes; retratamento

endodôntico em dentes permanentes uni, bi, e trirradiculares ou com mais raízes e selamento de perfurações (BRASIL, 20011). A presença do CEO e o número de cirurgiões dentistas tem efeito positivo na produção municipal de procedimentos odontológicos, principalmente na especialidade de endodontia, pois a produção depende do número de cirurgiões dentistas (CELESTE *et al.*, 2014).

Cumprindo o princípio da integralidade, o tratamento endodôntico realizado no CEO é uma continuação do trabalho realizado na APS. Dessa forma o sistema de referência e contra referência torna-se peça chave na comunicação entre a APS e o CEO (MORRIS & BURKE, 2001).

O tratamento endodôntico realizado tem como objetivo aumentar o tempo de vida útil do elemento dentário na arcada, quando o mesmo apresenta estrutura remanescente suficiente para que isso ocorra. A maior causa de indicação de tratamento endodôntico é a cárie dentária que, frente à sua evolução, contamina o tecido pulpar causando injúrias ao mesmo. Na maioria das vezes isso causa dor e acarreta a busca do serviço de saúde para o alívio e tratamento da mesma. Entretanto, traumatismo dentário, necessidade protética e complementação da terapia periodontal também podem levar a indicações de tratamentos endodônticos (LACERDA *et al.*, 2004).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Primária, consolida a ESF como modelo de APS garantindo os fluxos de referência e contra referência aos serviços especializados (BRASIL, 2006b).

Na Odontologia, a APS unifica a porta de entrada, organizando ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, oferta de serviços como restaurações e aplicação de selantes. A demanda espontânea e os casos de urgência são de responsabilidade da APS. Em caso de exposição pulpar, os tratamentos conservadores (capeamento e pulpotomia), devem ter preferência em detrimento à extração dentária. A manutenção da saúde bucal deve acontecer de acordo com o risco de cada indivíduo. O tratamento restaurador atraumático (TRA), usado como opção para o atendimento extra-clínico em pacientes acamados, institucionalizados, e dentes decíduos pode ser, também, utilizado como abordagem coletiva para redução da infecção bucal. Visando o atendimento ao princípio de integralidade os casos que não podem ser resolvidos pela APS são referenciados para o CEO. Estes após o término

do tratamento especializado fazem a contrarreferência do paciente para a APS (BRASIL, 2008a).

Na especialidade de Endodontia os encaminhamentos devem partir de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Quando atendidos em urgência em outras unidades, os usuários devem passar primeiramente na UBS para receber adequação do meio bucal. Antes do encaminhamento para endodontia, é necessário avaliar se é possível reconstruir ou restaurar o dente a ser tratado, e se a dor é de origem endodôntica ou periodontal. Antes de se indicar uma exodontia na impossibilidade de isolamento absoluto, é necessário avaliar o emprego de isolamento relativo. Em caso de indicação de tratamento conservador, o profissional da UBS deve realizar proteção pulpar e aguardar um período adequado para acompanhar e avaliar a vitalidade pulpar. Na especialidade de endodontia são considerados encaminhamentos frequentes a necessidade de tratamento endodôntico, retratamento e selamento de perfuração radicular. Pacientes com reimplante ou trauma dental devem ser atendidos com prioridade sobre os demais. Depois de concluído o tratamento endodôntico a preservação deverá ser realizada na UBS ou CEO, semestral, pelo prazo de dois anos (BRASIL, 2008b).

Convém reforçar que o melhor tratamento ainda é a prevenção, como o uso de flúor nas águas de abastecimento. A primeira opção para evitar que um dente chegue a precisar de tratamento endodôntico e a sua provável restauração deve ser sempre a prevenção (FERREIRA *et al.*, 2014). Sendo assim, a porta de entrada no SUS deve ser a atenção primária que organiza todo o cuidado e que compõe com o sistema de referência e contrarreferência a integralidade com a atenção secundária (LINO *et al.*, 2014).

Em 2010 foi realizado um novo levantamento epidemiológico da saúde bucal que ficou conhecido como Projeto SB Brasil 2010. A pesquisa ocorreu em 26 capitais estaduais, no Distrito Federal e em 150 municípios do interior. Foram examinados 37.519 indivíduos nas faixas etárias de 5, 12, 15-19, 35-44 e 65-74 anos. Trabalharam cerca de 2.000 pessoas nos níveis federal, estadual e municipal. As condições pesquisadas foram: cárie dentária, condição periodontal, traumatismo dentário, oclusão, fluorose, edentulismo, dor de origem dentária, perfil socioeconômico, utilização de serviços odontológicos, a autopercepção e os impactos da saúde bucal. Foi observado que no CPOD o componente cariado entre adolescentes de 15 a 19

anos teve uma redução de 35% (de 2,60 dentes em 2003 para 1,70 em 2010), considerando o Brasil. A população adulta de 35 a 44 anos, apresentou um menor ataque de cárie e teve um maior acesso a serviço odontológico, em relação a 2003, representado pelo aumento das restaurações dentárias. Desta forma contribuiu para a avaliação, identificação e reorganização das estratégias de prevenção e a assistência relacionada com a ESF e o CEO (BRASIL; 2004a; BRASIL, 2010a).

O Brasil passou da condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência de cárie em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6), destacando-se que este é um índice medido pela prevalência de cárie dentária aos 12 anos de idade. Entretanto, foi observado que apesar de ter diminuído a necessidade de prótese em adolescentes e adultos, os idosos ainda apresentaram uma necessidade significativa de próteses dentárias, enquanto os adolescentes apresentaram prevalência de oclusopatias que necessitavam de tratamento ortodôntico na atenção secundária (BRASIL, 2010a). Após este levantamento as especialidades de ortodontia, ortopedia e implantodontia foram inseridas nos CEO (BRASIL, 2010b).

Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais (MG), apresenta um território de 331.401 Km<sup>2</sup> e possui 2.375,151 habitantes (IBGE, 2010). Está dividida em 9 regionais administrativas para gestão e planejamento: Venda Nova, Pampulha, Noroeste, Oeste, Barreiro, Norte, Nordeste, Leste, Centro-Sul (BELO HORIZONTE, 2008).

Atualmente, Belo Horizonte possui 3 CEO, o CEO-Centro-Sul, localizado nas Regional Centro-Sul; o CEO-Barreiro, localizado na Regional Barreiro e o CEO-Venda Nova localizado na Regional Venda Nova. De acordo com o Sistema de Regulação (SISREG) - Saúde Bucal, Belo Horizonte, o CEO atende às seguintes especialidades: cirurgia oral menor, endodontia, odontopediatria, periodontia, ortodontia/ortopedia funcional dos maxilares, disfunção de ATM, estomatologia, radiologia e pacientes com necessidades especiais. O SISREG é um programa *on line* onde são realizadas as marcações de consultas pela UBS, para o CEO (BELO HORIZONTE, 2014).

O SISREG – Saúde Bucal obedece a uma classificação dos procedimentos de acordo com a situação de cada caso. Existem os agendamentos que são realizados exclusivamente sobre regulação, como os casos em que se precisa de informações a respeito do motivo do encaminhamento tais como: relato do exame clínico, hipótese diagnóstica e o relato do tratamento que foi realizado na APS. Na especialidade de

endodontia, o controle das doenças bucais deve ser realizado na APS, por meio da remoção de tecido cariado, acesso coronário, curativo e selamento da cavidade e adequação do meio bucal, antes do encaminhamento do paciente para o CEO (BRASIL, 2008b). Nesta especialidade são considerados procedimentos de alta e média prioridade os seguintes casos (BELO HORIZONTE, 2014):

*Agendamento exclusivo sob regulação*

- Traumatismo de dentes permanentes anteriores e com necessidade de tratamento endodôntico;
- Necessidade de tratamento endodôntico em menores de 14 anos, quando justificado.

*Alta prioridade*

- Dentes anteriores (incisivos, caninos e pré-molares) de qualquer idade, inclusive retratamentos;
- Molares de usuários, de qualquer idade, sem perda dentária no arco em que se localiza o dente a ser tratado, visando evitar a indicação de prótese.

Em menores de 14 anos, quando necessário, o tratamento de escolha deve ser a pulpotomia realizada na APS. Se o tratamento endodôntico realmente for indicado, a solicitação do agendamento deve ser sob regulação, pois é necessário justificar o motivo da não realização da pulpotomia, portanto o nome do usuário não deve ser inserido na fila eletrônica.

*Média prioridade*

- Molares que sejam suporte de prótese parcial removível já existente e que sejam o último recurso para manter a dimensão vertical de oclusão. O elemento deve ter condições de ser submetido ao tratamento endodôntico e restaurador (o usuário deve comparecer à consulta no CEO portando a prótese).

### *Contra indicação*

- Molares com extensa destruição coronária e/ou doença periodontal apresentando mobilidade, terceiros molares que não são suporte para prótese pré existente e primeiros molares permanentes com rizogênese incompleta.

Para os casos de rizogênese incompleta, quando for possível, deve ser realizada a pulpotomia na APS.

Após a realização do tratamento endodôntico no CEO os dentes passíveis de restaurações diretas devem ser encaminhados para restauração na UBS (BELO HORIZONTE, 2014). Os dentes com necessidades de restaurações indiretas devem ser encaminhados para o tratamento especializado dentro do CEO, onde serão restaurados. A decisão sobre a colocação ou não de retentores intra-radiculares depende de variações clínicas complexas ligadas aos conhecimentos sobre os princípios biomecânicos. Assim, a forma como será realizada a restauração de um dente tratado endodonticamente deve ser analisada individualmente (BISPO, 2008).

Os serviços de atenção à saúde desempenham papéis complementares. Para que os princípios do SUS se tornem realidade, é preciso que os usuários tenham os serviços ofertados na sua integralidade, e uma governança que permita que a rede de atenção à saúde coopere para a realização de um trabalho construtor desta integralidade. Onde há gerenciamento de vagas existem menos discrepância em relação às variáveis socioeconômicas e o compromisso com a integralidade e a equidade estão presentes. A referência e a contrarreferência, aliadas a um gerenciamento de vagas adequado trazem a integralidade no cuidado no SUS. Desta forma, a referência e contrarreferência são estratégias essenciais que possibilitam o funcionamento da rede de assistência à saúde, pois trazem transparência ao acesso e funcionamento da mesma. Os fatores que dificultam o funcionamento da rede de serviços e o uso da referência e contrarreferência são: o número insuficiente de consultas disponíveis, a falta ou deficiência da contrarreferência, a organização deficiente da regulação, a baixa utilização dos protocolos de encaminhamento, um sistema de informação e comunicação falho, a influência política na gestão, grande diversidade na denominação das unidades de saúde e a variedade de denominações usadas para um mesmo serviço ofertado (MORRIS & BURKE, 2001; HARTZ e

CONTANDRIOPOULOS, 2004; SERRA & RODRIGUES, 2010; SALIBA *et. al.*, 2013; VAZQUES, 2014).

Cada nível de atenção à saúde tem um papel complementar construindo a integralidade. Os itinerários percorridos pelos usuários têm como objetivo garantir que o cuidado iniciado possa ser conduzido mantendo o usuário o mais próximo possível de seu local de origem (SERRA & RODRIGUES, 2010). Sendo assim, conhecer o caminho percorrido pelo paciente dentro do SUS, considerando a referência da atenção primária para a atenção secundária e a sua contrarreferência é importante para se auxiliar no planejamento de ações e traçar estratégias para garantir os princípios de universalização, equidade e integralidade.

Se um tratamento endodôntico é concluído, é necessário restaurar o dente. Sem a restauração, o curativo (restauração provisória) colocado pode se soltar, fraturar, podendo ocasionar fratura do próprio dente, lesão cariiosa, correndo-se o risco da extração como finalização do processo. Em vista da possibilidade desta finalização indesejada, é preciso conhecer a resolutividade deste serviço, que por ser um procedimento intermediário, não tem um fim em si mesmo.

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi conhecer o itinerário dos pacientes atendidos na atenção primária e encaminhados para a especialidade de endodontia no CEO, até a solução final do problema.

Este trabalho está dividido em 2 partes. Na primeira parte estão apresentados a Metodologia, Resultados e Discussão sob a forma de um artigo que foi submetido ao periódico *Ciência e Saúde Coletiva* (Qualis B1). Na segunda parte está apresentado um documento elaborado para a SMSA BH como Produto Técnico.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Conhecer o itinerário dos pacientes encaminhados pela atenção básica para a especialidade de endodontia no CEO da região Centro-Sul de Belo Horizonte, MG e o desfecho ocorrido com os dentes destes pacientes referenciados para a atenção secundária.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Avaliar a frequência de tratamentos endodônticos realizados;  
Identificar o desfecho dos dentes tratados endodonticamente;  
Identificar se os pacientes foram contrarreferenciados para a APS após o tratamento endodôntico.

### 3 REFERENCIAS

Ávila MMM. Origem e Evolução do programa de agentes comunitários de saúde no Ceará. *Rev Bras Promoc Saúde* 2011; 24(2):159-68. Disponível em: [http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo10\\_2011.2.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo10_2011.2.pdf)

Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação na Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comunic Saude Educ* 2010; 14(35):797-810. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/3010.pdf>

Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH). *Sistema de Regulação - Saúde Bucal (SISREG)*. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/guia-regulacao-saude-bucal.pdf>

Belo Horizonte.Turci, MA org. *Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte*. 2008. 432p

Bispo LB. Reconstrução de dentes tratados endodonticamente: retentores intrarradiculares. *Rev Gaucha Odontol* 2008; 56(1):81-84. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/RGO-2007-715.pdf>

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado; 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)

Brasil. Departamento de Atenção Primária- Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. Informes Técnicos Institucionais. *Rev Saúde Pública* 2000;34(3): 316-319. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=310620>

Brasil. Ministério da Saúde *Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003*. 2004a. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. 2004b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal> Acesso em 21/05/2015.

Brasil. Ministério da Saúde. *Programa da Saúde. Brasil Sorridente*. 2004c. Brasil. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal> Acesso em 21/05/2015.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n. 599/GM de 23 de março de 2006*. Define a Implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. 2006a. Disponível em:

<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/portaria599-23-03-06.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde Primária. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília. Ministério da Saúde. 2006b. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Série A. Normas e Manuais Técnicos: *Cadernos de Atenção Básica n. 17*, 92p. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. *Manual de especialidades em saúde bucal*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em:

[http://cfo.org.br/wpcontent/uploads/2009/10/manual\\_de\\_especialidades\\_em\\_saude\\_bucal](http://cfo.org.br/wpcontent/uploads/2009/10/manual_de_especialidades_em_saude_bucal)

Brasil. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal*. 2010a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/>.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n. 718, de 20 de dezembro de 2010b*. Inclui ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares e implantodontia no rol das especialidades odontológicas atendidas pelo SUS. 2010b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0718\\_20\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0718_20_12_2010.html)

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.464, de 24 de junho de 2011*. Altera o Anexo da Portaria nº 6000/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html)

Brasil. Presidência da República. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

Celeste RK, Moura FRR, Santos CP, Tovo MF. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. *Cad Saude Publica* 2014; 30(3):511-521. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0511.pdf>

Ferreira RGLA, Bógus CM, Marques RA A, Menezes LMB, Narvai PCI. Fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil: o olhar de lideranças de saúde. *Cad Saude Publica* 2014; 30(9):1884-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1884.pdf>

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saude Publica* 2004; 20(Supl 2): 331-336, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/26.pdf>

Junqueira SR, Pannuti CM, Rode SM. Oral health in Brazil – part I: public oral health policies *Braz Oral Res* 2008; 22(1):8-17 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bor/v22s1/03.pdf>

Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev Saude Publica* 2004; 38(3):453-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20664.pdf>

Lino PA, Werneck MAF; Lucas SD, Abreu MHNG. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais. *Cien Saude Colet* 2014; 19(9):3879-88. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3879.pdf>

Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J* 2001; 191(12):666-670. Disponível em: <http://www.nature.com/bdj/journal/v191/n12/pdf/4801262a.pdf>

Paim J, Travasso C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; 11-31. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf)

Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev Odontol UNESP*, 2013; 42(5):317-323. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n5/01.pdf>

Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Cien Saude Colet* 2010; 15 (Supl 3): 3579-3586. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900033](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900033)

Silva ADF. Portal Educação. *Objetivos do Programa Saúde da Família*. Artigo por Colunista Portal – Educação – 30 de setembro 2010. 2010. Disponível em:

<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/9846/objetivos-do-programa-de-saude-da-familia>

Vasquez FL, Guerra LM, Vitor ESA, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC. Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia. Campinas, SP, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014;19(1) 245-255. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00245.pdf>

#### **4 ARTIGO CIENTIFICO**

Este artigo foi submetido ao periódico Ciência e Saúde Coletiva (Qualis B1)

**Da atenção primária para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) na especialidade endodontia**

**Da atenção primária para a secundária**

**From primary care to Dental Specialties Centers (DSC) in endodontics specialty**

**From primary to secondary care**

Maria Beatriz Pires de Magalhães<sup>1</sup>, Douglas Vaz de Oliveira<sup>2</sup>, Rafael Franco de Lima<sup>3</sup>, Efigênia Ferreira e Ferreira<sup>4</sup>, Renata de Castro Martins<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

<sup>2</sup>Bolsista de Iniciação Científica ADRC/PRPq, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

<sup>3</sup>Iniciação Científica Voluntária (ICV)/PRPq, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

<sup>4</sup>Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente:

Renata de Castro Martins

Av. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha

Faculdade de Odontologia, sala 3325

CEP: 31.270-902

Belo Horizonte – MG – Brasil

e-mail: [r.c.martins@uol.com.br](mailto:r.c.martins@uol.com.br)

## Resumo

Objetivou-se conhecer o itinerário dos pacientes atendidos na atenção primária e encaminhados para a endodontia no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Belo Horizonte, MG e o desfecho ocorrido com os dentes dos mesmos. Trata-se de um estudo transversal, cuja coleta de dados utilizou dois formulários: (1) sobre o tratamento endodôntico, preenchido pelos endodontistas (2) dados dos prontuários, sobre o tratamento restaurador, coletados pelos pesquisadores. Os resultados foram analisados por meio de frequência e percentis utilizando o programa SPSS 19.0. Foram finalizados 452 tratamentos endodônticos. Os pacientes apresentaram mediana de 39 anos de idade, a maioria era do sexo feminino (69,7%) e apresentou guia de referência da atenção básica (96,2%). A maior parte dos tratamentos endodônticos realizados foi em pré-molares superiores (23,7%) seguidos de molares inferiores (22,3%), utilizando técnica mista (74,1%) e em única sessão (64,2%). O encaminhamento para o tratamento restaurador foi para o próprio CEO em 81,2% dos casos, e foi finalizado em 24,1% casos. A contrarreferência após o tratamento restaurador aconteceu em 58,7% dos casos. É necessário um planejamento conjunto do tratamento odontológico que vise assegurar o desfecho da restauração dos dentes tratados endodonticamente e sua manutenção em função, cumprindo o princípio de integralidade.

**Descritores:** Atenção Secundária à Saúde. Endodontia. Serviços de Saúde Bucal. Assistência Odontológica

## **Abstract**

The study evaluated the itinerary of patients treated in primary care and referred to endodontics in Dental Specialties Centers (DSC) of Belo Horizonte, MG and the outcome of their teeth. This was a cross-sectional study which data collect used two forms: (1) about the endodontic treatment, filled by endodontists; and (2) data from the medical records of restorative treatment collected by researchers. The results were analyzed by frequency and percentiles using the SPSS 19.0 program. A total of 452 endodontic treatments were completed.. Patients presented a median of 39 years old, the majority were female (69.7%) and presented a primary care (PC) reference form (96.2%). Most of the endodontic treatments were performed in upper premolars (23.7%) followed by lower molars (22.3%), using a mixed technique (74.1%) and in a single session (64.2%). The referral for restorative treatment was to the DSC in 81.2% and was completed in 24.1% of the cases (n=109). The counter-reference after the restorative treatment occurred in 58.7% of the 109 completed cases. It is necessary a joint planning of the dental treatment that aims to ensure the outcome of the restoration of the endodontically treated teeth and their maintenance in function, fulfilling the integrality principle.

**Key words:** Secondary Care. Endodontics. Dental Health Services. Dental Care.

## Introdução

A partir da Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988 e da consequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à saúde da população brasileira foi organizada, observando-se os princípios estabelecidos de universalização, descentralização, equidade, integralidade e participação social. As ações e serviços públicos foram se estruturando em rede em todo território nacional, com a finalidade de proporcionar melhorias das condições de vida e combate às iniquidades<sup>1,2</sup>.

A saúde bucal, como todos os serviços do SUS, deve se organizar a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), anteriormente denominada Atenção Básica<sup>3</sup>, sendo esta a porta de entrada do sistema<sup>4</sup>.

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) aconteceu em 2000, como caminho para o planejamento das ações de saúde bucal, com base na territorialização, orientadas pelos determinantes sociais e pelas necessidades epidemiológicas da população<sup>5,6</sup>.

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) definiu as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal: um pacto pela saúde com ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, integrado ao Plano Nacional de Saúde Bucal<sup>7,8</sup>. Nesta política, previu-se a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs)<sup>7-9</sup>, como primeiro norte em direção à construção da rede de atenção à saúde bucal. O CEO funciona como referência para os trabalhos da Equipe Saúde da Família e ESB, nas atividades de média complexidade (atenção secundária), ofertando inicialmente as especialidades de periodontia, endodontia, cuidados de pacientes com necessidades especiais, estomatologia com ênfase no diagnóstico de câncer bucal e cirurgia oral menor. Posteriormente foram incluídas as especialidades de ortodontia/ortopedia e a implantodontia<sup>10</sup>.

Para o funcionamento da recente rede de atenção criada, foram sendo desenvolvidos mecanismos de organização e controle, como a sistematização da referência e contrarreferência, como elos da rede de assistência à saúde<sup>11</sup>, permanecendo a APS como referência e organizadora do cuidado<sup>4</sup>.

A interface ideal entre os serviços de atenção primária e secundária deve levar em consideração algumas características como: equidade, quando todos os casos diagnosticados corretamente devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem barreiras para este referenciamento; integralidade, onde todo tratamento necessário deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário; e eficiência e eficácia, garantindo que as referências sejam apropriadas e com mecanismos de triagem adequados; e a contrarreferência assegurada após o tratamento finalizado, ou até mesmo, ao longo do mesmo<sup>12</sup>.

Segundo o SISREG (Sistema de Regulação) Saúde Bucal de Belo Horizonte-MG, na endodontia existem procedimentos considerados de alta prioridade (1. dentes anteriores - incisivos, caninos e pré-molares - de qualquer idade, inclusive retratamentos; 2. molares de usuários, de qualquer idade, sem perda dentária no arco em que se localiza o dente a ser tratado, visando evitar a indicação de prótese) e média prioridade (molares suporte de prótese parcial removível já existente e que sejam o último recurso para manter a dimensão vertical de oclusão). Molares com destruição extensa da coronária e/ou doença periodontal apresentando mobilidade, terceiros molares que não são suporte para prótese pré existente e primeiros molares permanentes com rizogênese incompleta, não devem ser encaminhados<sup>13</sup>.

Após a realização do tratamento endodôntico no CEO os dentes passíveis de restaurações diretas devem ser encaminhados para restauração na APS. Os dentes com necessidades de restaurações protéticas (indiretas) devem ser encaminhados para o tratamento especializado dentro do CEO, onde serão restaurados<sup>13</sup>.

Um tratamento endodôntico é um procedimento intermediário, não tem um fim em si mesmo. Após concluído, o dente precisa ser restaurado para sua recuperação total, evitando a possibilidade de fraturas, novas lesões cáries ou em última instância, a sua extração. Em vista da possibilidade desta finalização indesejada, é preciso conhecer a resolutividade deste serviço.

O conhecimento do itinerário percorrido pelo usuário dentro do SUS, quando necessita de atendimento especializado (CEO) pode possibilitar um melhor planejamento de ações e de estratégias que possam trazer para a realidade os princípios da universalização, equidade e integralidade.

Face ao exposto, o objetivo desse trabalho foi conhecer o caminho percorrido pelos pacientes atendidos na atenção primária e encaminhados para a especialidade endodontia no CEO, os percalços observados e a resolatividade deste atendimento.

## **Métodos**

Este é um estudo transversal, de abordagem quantitativa. O local selecionado para a coleta de dados foi o CEO Centro-Sul, localizado na regional Centro-Sul, em Belo Horizonte/MG. Optou-se por coletar os dados deste CEO por ser o primeiro e o maior entre os existentes no município. A opção permitiu viabilizar o estudo, concentrando a coleta em um só local.

Por ter sido escolhido previamente o local, esta é uma amostra de conveniência, não probabilística. Realizou-se o cálculo amostral pelo método de estimativa de proporções considerando uma prevalência de necessidade de tratamento endodôntico de 50%, nível de confiança e precisão de 5%, resultando em uma amostra mínima de 384 pacientes. A este valor foi acrescentado 20% referente às perdas que poderiam ocorrer durante o estudo, totalizando uma amostra de 461 pacientes. Por ser um estudo exploratório, o cálculo serviu exclusivamente para nortear um número adequado de casos para o estudo.

Foram coletados os dados relacionados a pacientes, maiores de idade, que constavam na lista do Sistema de Regulação-Saúde Bucal (SISREG)<sup>13</sup> e foram encaminhados da Atenção Primária de Saúde (APS) para o tratamento endodôntico no CEO em estudo, no período de maio a novembro de 2016 e que concordaram em participar do estudo.

Para a coleta de dados foram utilizados dois formulários: (1) sobre o tratamento endodôntico, preenchido pelos endodontistas que concordaram em participar do estudo e (2) dados dos prontuários dos pacientes, sobre o tratamento restaurador realizado, coletados pelos pesquisadores.

As questões relativas ao tratamento endodôntico abordaram: UBS de origem, data de nascimento, sexo (masculino/feminino), presença de guia de referência (sim/não) e data, adequação do meio bucal (sim/não), se o dente encontrava-se dentro dos critérios de encaminhamento do serviço (sim/não), data de início e finalização do tratamento endodôntico, grupos de dente(s) tratado(s) (dentes anteriores, pré-molares

e molares, superiores e inferiores), técnica endodôntica utilizada (manual, rotatória, mista), número de sessões em que o tratamento foi finalizado (1, 2, 3 ou mais), intercorrências durante o tratamento endodôntico (sim/não), data de encaminhamento para restauração do dente tratado, local de encaminhamento do paciente para restaurar o dente tratado endodonticamente (UBS, CEO).

Após a finalização do tratamento endodôntico, foram buscadas informações nos prontuários dos pacientes para o preenchimento dos dados do tratamento restaurador. As questões relativas ao tratamento restaurador abordaram: local onde o tratamento restaurador foi/está sendo realizado (UBS, CEO, consultório particular), data de início e finalização do tratamento restaurador, intercorrências durante o tratamento restaurador, se houve contrarreferência para a APS após tratamento restaurador (sim/não).

Foi realizado um estudo piloto, com a finalidade de treinamento dos endodontistas a fim de que preenchessem os dados de maneira uniforme, evitando perdas. As questões que geraram dúvidas foram reformuladas para o estudo principal.

Os resultados foram analisados de forma descritiva utilizando o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS versão 19.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Armonk, NY). Os dados quantitativos tiveram sua normalidade analisada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* e como não apresentaram uma distribuição normal ( $p < 0,001$ ) foram identificados por meio de percentis. Os dados categóricos foram analisados por meio de frequência.

Este estudo seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466<sup>14</sup>, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sendo aprovado sob os pareceres nº 1.531.418 e nº 1.573.494, respectivamente. Todos os endodontistas e usuários que participaram da coleta de dados deste estudo foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos sobre os objetivos da mesma e da garantia de preservação de suas identidades. Estando de acordo com os princípios do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pacientes não foram contatados pela pesquisadora, além do momento de coleta de dados e assinatura no TCLE.

## **Resultados**

Durante o período de coleta de dados, 466 tratamentos endodônticos foram iniciados no CEO da região Centro-Sul de Belo Horizonte, MG. Destes 14 foram excluídos por não terem sido finalizados dentro do período de coleta de dados, resultando em uma amostra de 452 tratamentos endodônticos finalizados, em pacientes adultos.

Os pacientes que realizaram tratamento endodôntico apresentaram mediana de 39 anos de idade, a maioria era do sexo feminino (69,7%), se apresentaram portando a guia de referência da APS (96,2%) e vieram encaminhados em maior volume de Centros de Saúde da regional Nordeste de Belo Horizonte (29,2%). Em relação à adequação do meio bucal destes pacientes, foi possível observar que a maioria dos pacientes não apresentava o meio bucal adequado (60,4%), apresentando placa e/ou cálculo, cavidades e restos radiculares. A maioria dos pacientes (84,8%) encontrava-se dentro dos critérios de referência do serviço (SISREG). No entanto, mesmo os que não se encontravam nos critérios (15,2%), foram atendidos pelos endodontistas (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise descritiva dos pacientes encaminhados para o tratamento endodôntico no CEO, de acordo com o sexo, regional de origem, presença de guia de encaminhamento, adequação do meio e critérios de referência do serviço. Belo Horizonte, 2016.

Em relação aos tratamentos endodônticos realizados, a maior parte dos tratamentos foi em pré-molares superiores (23,7%) seguidos de molares inferiores (22,3%), utilizando uma técnica mista (74,1%) e em uma única sessão (64,2%). As intercorrências mais citadas em relação aos tratamentos endodônticos foram falta de material (6,9%), seguida de problemas inflamatórios como presença de lesão periapical, exsudato e/ou edema (6,0%). Quando se avaliou a continuidade do tratamento observou-se que 81,2% dos pacientes foram encaminhados para o próprio CEO e 18,8% foram contrarreferenciados para a UBS para a realização do tratamento restaurador (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise descritiva dos pacientes encaminhados para o tratamento endodôntico no CEO de acordo com tipo de dente tratado, técnica de instrumentação

utilizada, número de sessões utilizadas, intercorrências, local de encaminhamento para o tratamento restaurador. Belo Horizonte, 2016.

Dos 452 tratamentos endodônticos finalizados, 109 (24,1%) tiveram seu tratamento restaurador finalizado (94 no CEO, 14 na UBS e 1 em consultório particular), 123 (27,2%) encontravam-se em tratamento (118 no CEO, 2 na UBS e 3 em consultório particular), e 220 (48,7%) não apresentavam informação sobre o tratamento restaurador até o período de finalização da coleta de dados. O tratamento restaurador seguiu a tendência mostrada pela referência, onde a maioria dos tratamentos finalizados e em andamento foi ou estava sendo executada no CEO (46,9%). Várias intercorrências foram citadas durante o tratamento restaurador, mas a necessidade de encaminhamento para o aumento de coroa clínica (3,5%) teve destaque. Foi observado que a contrarreferência após o tratamento restaurador no CEO aconteceu em 58,7% dos casos (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise descritiva dos pacientes encaminhados para o tratamento endodôntico no CEO, de acordo com o local para realização do tratamento restaurador, situação do tratamento restaurador, intercorrências e contrarreferência. Belo Horizonte, 2016.

O tempo de espera mediano para o paciente iniciar o tratamento endodôntico após a referência da UBS para a atenção secundária foi de 5 meses. Quando se considerou o tempo mediano para realização do tratamento endodôntico e para o encaminhamento para o tratamento restaurador este foi de 0 dia, ou seja, de uma forma geral, o paciente iniciou e finalizou o tratamento endodôntico no mesmo dia (única sessão), e no mesmo dia da finalização do tratamento endodôntico foi encaminhado para o tratamento restaurador. Após o encaminhamento para o tratamento restaurador o paciente esperou uma mediana de 57 dias para ser atendido, e este tratamento teve uma mediana de 17 dias de duração. Estes dados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Análise descritiva dos pacientes encaminhados para o tratamento endodôntico no CEO, de acordo com o tempo de espera e duração dos tratamentos endodôntico e restaurador. Belo Horizonte, 2016.

## **Discussão**

A evolução da cárie dentária é a causa mais comum de indicação de tratamento endodôntico. Muitas vezes os pacientes com necessidade de tratamento endodôntico passam por quadros de dor e relatam história de busca por tratamentos de urgência recorrente e espera por atendimento especializado<sup>15</sup>. Desta forma, o tratamento endodôntico é considerado um meio seguro de manter na arcada dentes que de outra forma seriam extraídos. O índice de sucesso destes tratamentos chega a 95% e são considerados indicativos de cura a ausência de dor, edema, fístula, comprometimento periodontal, e imagem radiográfica de normalidade periapical<sup>16</sup>.

A maioria da amostra ser composta por mulheres (69,7%) já é um dado bem relatado na literatura<sup>17,18</sup>. Além de outros fatores já conhecidos, a existência de programas específicos para mulheres como, por exemplo, o pré-natal ou a prevenção de câncer (colo do útero e mama), pode facilitar a aproximação das mulheres com o serviço de saúde<sup>19</sup>.

A maior parte dos encaminhamentos veio da Região Nordeste (quase 30%). Os encaminhamentos são feitos de acordo com o número de vagas existentes e este é o maior CEO do município, funcionando em dois locais distintos. Esta regional pode apresentar uma maior demanda por tratamento endodôntico ou maior facilidade em inserir o nome das pessoas na fila eletrônica do SISREG. Para que um usuário seja encaminhado da UBS para atenção especializada é necessário que um funcionário da UBS faça a inserção do nome do paciente na fila do SISREG. Desta maneira, a forma como a gestão é feita no serviço pode contribuir para um maior ou menor encaminhamento para a atenção especializada.

Um dado positivo observado foi que 96,2% dos casos referenciados para a atenção secundária em endodontia, no período do estudo, apresentaram a guia de referência da UBS para o CEO. Este é um indicador de que a central de marcação de consultas funciona de forma adequada<sup>17</sup>. Além disso, o sistema bem regulado, de certa

maneira contribui com a equidade<sup>12</sup>, já que fatores pessoais ou outros interesses não podem interferir facilmente neste processo.

O encaminhamento para o tratamento endodôntico no serviço público municipal é feito pelo SISREG Saúde Bucal segundo prioridades e critérios que foram estipulados pela Secretaria Municipal de Saúde. O SISREG é um programa *on line* que recebe os pedidos realizados na UBS e disponibiliza as vagas existentes segundo esses critérios. Antes do encaminhamento do paciente para o CEO na especialidade de endodontia, deve ser realizado o controle da infecção bucal, na APS, por meio da adequação do meio bucal (raspagem e polimento coronário, selamento de cavidades e extração de restos radiculares) e o cuidado prévio com o dente a ser tratado endodonticamente (remoção de tecido cariado, acesso coronário, curativo e selamento da cavidade). Em todos os casos deve ser avaliado se o dente é passível de restauração protética e se a pessoa poderá receber o tratamento<sup>13</sup>.

Neste estudo, 60,4% dos indivíduos não se apresentaram com o meio bucal adequado e dos encaminhamentos feitos, 84,9% estavam dentro dos critérios estabelecidos pelo serviço<sup>13</sup>. Entretanto, mesmo os pacientes que foram encaminhados e não se enquadravam nos critérios (15,2%) foram incluídos no atendimento, o que pode acarretar interferência no planejamento e sobrecarga de trabalho nos serviços especializados, como, por exemplo, a realização de procedimentos que devem ser feitos na APS (adequação do meio). A dificuldade de se recusar um paciente que já se deslocou para o atendimento é real. Muitas vezes as regras são violadas, ou por uma postura profissional humanizada ou para se evitar o estresse da recusa no momento do atendimento.

A necessidade da adequação do meio bucal, previamente ao encaminhamento para o serviço especializado apresenta questões, que vão além da interferência na organização do serviço, pois este procedimento permite a diminuição da contagem de microrganismos na cavidade oral. A adequação do meio bucal deve ser realizada na APS para que o usuário tenha seu encaminhamento para o CEO com a atividade de doença bucal controlada. Procedimentos que diminuem sensivelmente o nível de infecção na cavidade bucal, como os preconizados<sup>20</sup>, são imprescindíveis de serem feitos antes do início do tratamento endodôntico.

No presente estudo, os dentes mais tratados endodonticamente foram os pré-molares superiores, seguido dos molares inferiores. Considerando grupos de dentes

(anteriores e posteriores), cerca de 75% dos dentes tratados foram posteriores (36,8% de pré-molares, 38,9% de molares). Hollanda *et al.*<sup>21</sup> avaliando radiografias utilizadas em tratamentos odontológicos, constataram resultados semelhantes. Em 6.313 dentes tratados endodonticamente 70,4% representava dentes posteriores sendo 40,4% pré-molares e 30% molares.

A prioridade alta do SISREG para realização do tratamento endodôntico é para dentes anteriores e pré-molares ou molares quando não houver perdas dentárias no arco em que se localiza o dente a ser tratado. Os dados podem sugerir uma nova discussão sobre as prioridades estabelecidas, principalmente se considerarmos que dentes posteriores são fundamentais para manutenção da funcionalidade na mastigação. Sobretudo com relação aos pré-molares, no caso de perdas precoces de molares, deve-se objetivar garantir a capacidade mastigatória, pelo menos por meio do arco dentário reduzido, evitando-se a necessidade de prótese. O arco dentário reduzido<sup>22</sup> é consequência da perda de um ou mais molares e pode garantir minimamente a mastigação, por meio dos dentes anteriores e pré-molares remanescentes.

De uma forma geral, os pacientes após serem referenciados da atenção primária para o tratamento especializado em endodontia esperaram uma mediana de 5 meses (Q1=3,23; Md=4,98; Q3=7,32). Outros estudos têm encontrado um tempo de espera bem menor, em torno de 30 dias para uma consulta no serviço especializado, inclusive na especialidade de endodontia<sup>17,23,24</sup>.

Melgaço Costa *et al.*<sup>25</sup> avaliando a percepção dos usuários sobre o tratamento endodôntico realizado em serviços públicos de saúde, encontraram que os pacientes consideram o tempo de espera de 3 a 4 meses, longo, principalmente quando existe a presença de dor. Um período de 5 meses de espera por um tratamento endodôntico, como encontrado neste estudo, pode gerar várias consequências negativas como a busca constante do paciente por tratamentos de urgência com intuito de alívio da dor<sup>17</sup>, sobrecarregando a APS com este tipo de demanda, além da possibilidade de ocorrer fratura do elemento dental e/ou desistência do paciente pelo tratamento. Estes dois últimos fatores podem resultar na exodontia do elemento dentário posteriormente.

Com o advento de recursos tecnológicos, como os localizadores apicais e as limas rotatórias de níquel-titânio, aumentou a possibilidade da realização de tratamentos endodônticos em sessão única<sup>26-29</sup>. De uma forma geral, neste estudo os

tratamentos foram finalizados em uma única sessão, e utilizando uma técnica de instrumentação mista (manual e rotatório).

A opção de realizar o tratamento endodôntico em uma ou mais sessões independe da presença ou ausência de lesão periapical ou de necrose pulpar. Esta é uma decisão clínica e depende da escolha do caso, das condições do dente, do tempo disponível para realizar as etapas necessárias, do domínio por parte do profissional, e limitações do paciente como história médica e considerações anatômicas<sup>26-29</sup>.

Múltiplas sessões não têm mostrado redução na incidência da dor pós-operatória em relação à sessão única, o que confirma a segurança do tratamento endodôntico realizado em sessão única<sup>26,27</sup>. Excetuam-se os casos que envolvam a presença de abscesso agudo, que podem necessitar de mais de uma sessão<sup>26-29</sup>.

Outro benefício no tratamento em sessão única, é a melhor relação custo benefício, tanto para o paciente como para o dentista<sup>16,28</sup>, ou neste caso para o serviço público. O tratamento endodôntico em sessão única implica em menos gastos com material de consumo<sup>28</sup> e em menos deslocamentos do paciente e/ou faltas ao trabalho para finalizar este procedimento.

O uso de instrumentos rotatórios de níquel-titânio tem sido associado a menor dor pós-operatória quando comparados aos instrumentos manuais de aço inoxidável. A ação dos instrumentos rotatórios em conduzir os restos dentinários em direção cervical é relacionada com esse achado<sup>27</sup>.

A tecnologia e o conhecimento devem ser utilizados para o aumento da resolutividade, como observamos neste estudo. No entanto, a experiência do profissional não pode ser desconsiderada, pois normalmente resulta em um preparo mais rápido e com menos erros de procedimentos, como fratura de instrumentos e formação de degraus<sup>30</sup>, diminuindo o tempo de tratamento. Os endodontistas que trabalham no CEO em estudo já estão nesta função há mais de 10 anos, o que pode ter facilitado o curto tempo de tratamento endodôntico observado.

A realização do tratamento endodôntico em sessão única, quando possível, é a conduta de primeira escolha no CEO Centro Sul. Caso o endodontista precise de uma nova sessão, a data de retorno para o tratamento endodôntico fica a critério da administração do mesmo. Por isso, apesar da maioria dos tratamentos endodônticos terem sido realizados em 1 dia, houve casos em que este tempo levou até 41 dias

(Q3=75%). Esta demora se deve em função da agenda estar fora do controle do endodontista.

Como intercorrências durante o tratamento endodôntico, os endodontistas citaram falta de material e problemas no próprio tratamento (anatomia do sistema de canais radiculares, procedimentos intermediários necessários e outros). A falta de material nos serviços de saúde é um sério problema que pode comprometer a eficiência e qualidade dos mesmos. A priorização de outros setores em detrimento da saúde bucal, com redução dos recursos, pode levar à queda na produção de serviços odontológicos<sup>31</sup>. As outras intercorrências citadas, como problemas de origem inflamatória e anatomia do sistema de canais radiculares são imprevisíveis, mas todas podem dificultar ou até mesmo comprometer o sucesso do tratamento endodôntico.

Entre os procedimentos intermediários foi citado o aumento da coroa clínica, que restabelece o espaço biológico para assegurar a saúde dos tecidos periodontais, facilitando o uso dos grampos para isolamento absoluto no tratamento endodôntico e a preservação do dente<sup>32</sup>.

A melhor inter-relação entre a endodontia, periodontia e prótese poderia auxiliar neste problema. Um adequado diálogo entre as especialidades facilita o encaminhamento adequado do paciente e a agenda conjugada pode diminuir o tempo de espera por um determinado tratamento.

Dos 452 pacientes que tiveram o tratamento endodôntico finalizado no CEO, 81,2% foram encaminhados para realização do tratamento restaurador no CEO e 18,8% na própria UBS de origem, com indicação de restauração direta, como é recomendado pela SMSA-BH, com guia de contrarreferência do endodontista que realizou o procedimento. Esse dado mostra que 81,2% dos dentes com tratamento endodôntico necessitavam de uma restauração complexa, provavelmente por causa do esforço mastigatório a que são submetidos ou porque apresentavam alto comprometimento de sua estrutura.

Cumprindo o princípio da integralidade, o tratamento endodôntico realizado no CEO é uma continuação do trabalho realizado na UBS. Dessa forma o sistema de referência e contrarreferência torna-se peça chave em mão dupla. São entraves ao atendimento especializado: oferta insuficiente, remuneração inadequada da tabela do SUS segundo gestores e gerentes, e falta de política para a média complexidade

promovida pelo Ministério da Saúde (MS). Uma estratégia com bons resultados na visão dos profissionais que atuam na atenção especializada é a integração da rede<sup>33</sup>.

Até o final da coleta de dados, um total de 109 pacientes havia restaurado o dente (24,1%), 123 estavam em tratamento (27,2%), e a maioria 48,7% não havia informação se o tratamento restaurador tinha sido iniciado ou não, ou por falta de dados no prontuário do paciente em relação ao tratamento restaurador, ou no caso dos pacientes encaminhados para realizar o tratamento restaurador na UBS, por falta de informação da mesma. Esta dificuldade de acesso à informação entre a APS e serviço especializado denota a necessidade de uma melhor interface de comunicação entre estes dois níveis de atenção, considerando que devem funcionar em uma rede.

O desfecho favorável dos dentes tratados endodonticamente acontece quando esse dente volta a fazer parte da oclusão do paciente, tendo a sua função mastigatória restabelecida. Para que isso ocorra é necessário que a restauração seja realizada em um menor tempo possível para que se consiga preservar os elementos dentais. O selamento temporário colocado após o término do tratamento endodôntico até a realização do tratamento restaurador definitivo, devido a solubilidade à saliva e baixa resistência a compressão não devem permanecer por um tempo longo<sup>34</sup>.

A maioria dos tratamentos restauradores foi ou estava sendo realizada no CEO (46,9%) e, de uma forma geral, o paciente foi encaminhado para o tratamento restaurador no mesmo dia em que finalizou o tratamento endodôntico. Mas a espera pelo início desta fase do tratamento foi de quase dois meses ( $M_d=57$ dias). Provavelmente alguns tratamentos contabilizados como “sem informação” estivessem ainda na espera, após o término da coleta de dados.

Após o início do tratamento restaurador, este teve uma duração aproximada de 17-30 dias ( $M_d=17$ ;  $Q_3=30$  dias) o que pode significar mais ausências ao trabalho e mais gastos com a condução. Excluindo os referenciados das UBS da regional Centro Sul, todos fazem um deslocamento de sua moradia, com custo mínimo de 8 a 16 reais aproximados, em cada consulta.

Apenas 64 (58,7%) dos 109 pacientes que finalizaram o tratamento restaurador receberam a guia de contrarreferência após o tratamento restaurador, para a UBS. Este é um número muito aquém do esperado, quando se considera que o funcionamento do serviço depende de um adequado fluxo de referência e contrarreferência<sup>12,35</sup>. A integração neste momento se quebra, e o profissional da APS

que é o cuidador daquele paciente, perde informações para a continuidade. Profissionais e pacientes devem ter consciência desta importância.

O atendimento de pacientes no CEO necessita de uma forma de encaminhamento. Protocolos de referência e contrarreferência são documentos que devem ser rigorosamente utilizados, cumprindo sua missão. A alta demanda dos serviços de APS e a escassez de vagas no CEO são fatores de complicação na interface dos serviços da rede<sup>15</sup>.

A ausência de pacientes entre as consultas também foi citada. Múltiplas sessões de tratamento promovem deslocamentos frequentes e geram gastos como também a ausência do paciente no trabalho. Além disso, problemas técnicos que demandam a repetição do trabalho de prótese aumentam a possibilidade de absenteísmo. O tempo gasto durante o tratamento deve considerar o absenteísmo. O absenteísmo ambulatorial é causa de perda da consulta para outros usuários, originando problemas administrativos e financeiros, sendo considerado causa do aumento das filas de espera. Sua solução é um trabalho multiprofissional. Cabe aos gestores desenvolverem métodos de controle dos pacientes atendidos visando à diminuição de gastos e aumento da finalização dos tratamentos iniciados<sup>36-38</sup>.

Muitos pacientes não são avisados sobre o dia de agendamento e não sabem da vaga para o procedimento especializado, levando à perda da mesma por falha na comunicação, inclusão de pessoas que não tinham sido referenciadas ou mesmo duplicação da marcação de usuários<sup>23</sup>. Para tanto, deve-se levar em conta o uso de instrumentos de comunicação que possam ser entendidos pelos usuários. Os mesmos devem ser esclarecidos a fim de que não tenham receio de desmarcar as consultas que não puderem comparecer<sup>23,36-38</sup>.

A resolutividade do serviço de restauração após realizar tratamento endodôntico ainda é um desafio. É necessário um planejamento conjunto do tratamento odontológico que vise assegurar o desfecho da restauração dos dentes tratados endodonticamente e sua manutenção em função, cumprindo o princípio de integralidade do SUS.

Este estudo apresenta limites que devem ser considerados. A escolha intencional do local do estudo pode ser contemporizada pelo fato de ser este o maior e mais antigo CEO de Belo Horizonte. Como a regulação é a mesma em todo o município, consideramos que os resultados serão semelhantes em muitos aspectos.

Além disto, trabalhou-se com amostra não probabilística, mas, acreditamos que os objetivos do estudo foram alcançados.

### **Colaboradores**

MBPM, EFF, RCM participaram de todas as etapas de pesquisa e de redação do manuscrito.

DVO, RFL participaram da coleta, análise e interpretação dos resultados.

### **Agradecimentos**

Este estudo teve o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Pró Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (PRPQ/UFMG).

### **Referências**

1. Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado; 1988.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS - Doutrinas e Princípios*. 1990.
3. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação na Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comunic Saude Educ* 2010; 14(35):797-810.
4. Lino PA, Werneck MAF; Lucas SD, Abreu MHNG. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais. *Cien Saude Colet* 2014; 19(9): 3879-88.
5. Brasil Departamento de Atenção Primária- Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(3):316-9.

6. Junqueira SR, Pannuti CM, Rode SM. Oral health in Brazil – part I: public oral health policies. *Braz Oral Res* 2008; 22(1):8-17.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. 2004a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal> Acesso em 21/05/2015
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa da Saúde. Brasil Sorridente*. 2004b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal> Acesso em 21/05/2015
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n. 599/GM 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. 2006. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/portaria599-23-03-06.pdf> Acesso em 24/05/2015
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n. 718, de 20 de dezembro de 2010*. Inclui ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares e implantodontia no rol das especialidades odontológicas atendidas pelo SUS. 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0718\\_20\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0718_20_12_2010.html)
11. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Cien Saude Colet* 2010; 15 (Supl 3):3579-3586.
12. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J* 2001;191(12):666-670.
13. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH). Sistema de Regulação - Saúde Bucal (SISREG). 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/guia-regulacao-saude-bucal.pdf>

14. Brasil. Ministério da Saúde. *Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Considerando a legislação pertinente resolve aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
15. Souza GC, Lopes MLDS, Roncalli AG, Medeiros-Junior A, Clara-Costa IC. Referência e contrarreferência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev Salud Pública* 2015;17(3):416-428.
16. Manfredi M, Figini L, Gagliani M, Lodi G. Single versus multiple visits for endodontic treatment of permanent teeth. *Cochrane Database of Syst Rev* 2016; 12. DOI: 10.1002/14651858.CD005296.pub3.
17. Souza LF, Chaves SCL. Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública* 2010; 34(20):371-387.
18. Dörr DD, Grecca FS, Giordani JMA. Avaliação dos atendimentos endodônticos em um Centro de Especialidades Odontológicas em Porto Alegre, RS. *Rev ABENO* 2016; 16(3):85-95.
19. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC 2004. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2):228-238.
20. Pagani PR, Alves M U, Haas NAT. Adequação do meio bucal através de tratamento restaurador atraumático modificado em pacientes pediátricos infectados pelo vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA). *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2007; 7(1):21-27.
21. Hollanda ACB, Alencar AHG, Estrela CRA, Bueno MR, Estrela C. Prevalence of endodontically treated teeth in a brazilian adult population. *Braz Dent J* 2008; 19(4):313-17.

22. [Witter DJ](#), [van Palenstein Helderma WH](#), [Creugers NH](#), [Käyser AF](#). The shortened dental arch concept and its implications for oral health care. [Community Dent Oral Epidemiol](#) 1999; 27(4):249-58.
23. Vasquez FL, Guerra LM, Vitor ESA, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC. Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia. Campinas, SP, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1) 245-255.
24. Martins RC, Reis CMR, Machado ATGM, Amaral JHL, Werneck MAF, Abreu MHNGA. Relationship between primary and secondary dental care in public health services in Brazil. *Plos One*. 2016; 18(10):1-12. DOI:10.1371/journal.pone.0164986
25. Melgaço-Costa JLB, Martins RC, Ferreira EF, Sobrinho APR. Patients' perceptions of endodontic treatment as part of public health services: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13(5):450. DOI:10.3390/ijerph13050450
26. Patil AA, Joshp SB, Bhagwt SV, Patil Sanjana A. Incidence of postoperative pain after single visit and two visit root canal therapy: a randomized controlled trial. *J Pathol Clin Res* 2016; 10(5):ZC09-ZC12.
27. Kashfinejad M, Harandi A, Eram S, Bijani. A. comparison of single visit post endodontic pain using mtwo rotary and hand k-file instruments: a randomized clinical trial. *J Islam Dent Assoc Iran* 2016; 13(1):10-17.
28. Schwendicke F, Gostemeyer G. Cost-effectiveness of single versus multistep root canal treatment. *J Endod* 2016; 42(10):1446-1452.
29. Gill GS, Bhuyan AC, Kalita CDL, Kataki R, Bhuyan D. single versus multi visit endodontic treatment of teeth with apical periodontitis: an in vivo study with 1-year evaluation. *Ann Med Health Sci Res* 2016; 6(1):9-26

30. [Vieira EP](#), [França EC](#), Martins RC, [Bahia MGA](#), [Buono VTL](#). Influence of multiple clinical use on fatigue resistance of ProTaper rotary nickel-titanium instruments. *Internat Endod J*; 2008; 41(2):163-172.
31. Volpato LER, Scatena JH. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). *Epidemiol Serv Saude* 2006; 15(2):47-55.
32. [Pilalas I](#), [Tsalikis L](#), [Tatakis DN](#). Pre-restorative crown lengthening surgery outcomes: a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2016; 43(12):1094-1108.
33. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(2):286-298.
34. Torabinejad M, Ung B, Kettering JD. In vitro bacterial penetration of coronally unsealed endodontically treated teeth. *J.Endod* 1990; 16(12) 566-569.
35. Borghi GN, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Guerra LM, Bulgarelli JV, Pereira AC. A avaliação do sistema de referência e contra referência na atenção secundária em Odontologia. *RFO* 2013; 18(2):154-159.
36. Bulgarelli JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazques FL, Cortellazzi KL, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC. Informações da atenção secundária em odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. *Rev.Odontol UNESP* 2013; 42(4): 229-236.
37. Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev Odontol UNESP* 2013; 42(5): 317-323.

38. Bittar OJN, Magalhães N, Martines CM, Felizola NBG, Falção LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. BEPA 2016; 13(152):19-32

Tabela 1 – Análise descritiva dos pacientes encaminhados para o tratamento endodôntico no CEO, de acordo com o sexo, regional de origem, presença de guia de encaminhamento, adequação do meio e critérios de referência do serviço. Belo Horizonte, 2016.

Variáveis	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
<i>Sexo</i>		
Feminino	315	69,7
Masculino	137	30,3
<i>Regional de origem*</i>		
Nordeste	132	29,2
Noroeste	61	13,5
Leste	58	12,8
Oeste	52	11,5
Barreiro	50	11,2
Norte	40	8,8
Centro Sul	32	7,1
Pampulha	25	5,5
Venda Nova	1	0,2
Sem informação	1	0,2
<i>Guia de referência</i>		
Sim	435	96,2
Não	17	3,8
<i>Adequação do meio bucal</i>		
Sim	179	39,6
Não	273	60,4
<i>Critérios de referência contemplados</i>		
Sim	383	84,7
Não	68	15,1
Sem informação	1	0,2
<b>Total</b>	<b>452</b>	<b>100</b>

\*Apenas dados válidos

Tabela 2 - Análise descritiva dos pacientes encaminhados para o tratamento endodôntico no CEO de acordo com tipo de dente tratado, técnica de instrumentação utilizada, número de sessões utilizadas, intercorrências, local de encaminhamento para o tratamento restaurador. Belo Horizonte, 2016.

Variáveis*	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
<i>Grupos de dentes</i>		
<i>Dentes anteriores</i>		
Superiores	87	19,2
Inferiores	23	5,1
<i>Pré-molares</i>		
Superiores	107	23,7
Inferiores	59	13,1
<i>Molares</i>		
Superiores	75	16,6
Inferiores	101	22,3
<i>Técnica de tratamento utilizada</i>		
Manual	110	24,4
Rotatória	5	1,1
Mista	335	74,1
Sem informação	2	0,4
<i>Número de sessões no tratamento endodôntico</i>		
Uma	290	64,1
Duas	149	33,0
Três ou mais	13	2,9
<i>Intercorrências</i>		
Sim*	129	28,5
Não	323	71,5
<i>Paciente encaminhado para tratamento restaurador</i>		
UBS	85	18,8
CEO	367	81,2
<b>Total</b>	<b>452</b>	<b>100</b>

\*Falta de material, retorno com o dente sem selamento coronário; dificuldades durante tratamento endodôntico (acesso, isolamento, anestesia, hemorragia gengival e/ou no canal, pequena abertura de boca do paciente e ânsia de vômito); necessidade de cirurgia periapical; aparelho de RX com defeito, presença de leucoplasia no palato; tempo de trabalho curto e trauma.

Tabela 3 – Análise descritiva dos pacientes encaminhados para o tratamento endodôntico no CEO, de acordo com o local para realização do tratamento restaurador, situação do tratamento restaurador, intercorrências, contra referência. Belo Horizonte, 2016.

Variáveis	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
<i>Situação do tratamento restaurador</i>		
Finalizado	109	24,1
Em tratamento	123	27,2
Sem informação	220	48,7
<i>Onde foi/está sendo realizado tratamento</i>		
UBS	16	3,5
CEO	212	46,9
Consultório particular	4	0,9
Sem informação	220	48,7
<i>Intercorrências</i>		
Sim*	73	16,2
Não	379	83,8
<i>Após o tratamento restaurador o paciente foi contrarreferenciado? **</i>		
Sim	64	58,7
Não	15	13,8
Sem informação	30	27,5
<b>Total</b>	<b>452</b>	<b>100</b>

\*O paciente não quis restauração metálica no dente; troca de laboratório de prótese; provisório descartado pelo paciente; preparo atípico usando dois horários; ausência de adequação do meio bucal; sangramento gengival.\*\*Dados se referem apenas aos casos com tratamento restaurador finalizado (n=109)

Tabela 4 – Análise descritiva dos pacientes encaminhados para o tratamento endodôntico no CEO, de acordo com o tempo de espera e duração dos tratamentos endodôntico e restaurador. Belo Horizonte, 2016.

Variáveis	Percentis		
	25%	50%	75%
<i>Tempo de espera para início do tratamento endodôntico para referenciamento da UBS (meses)</i>	3,23	4,98	7,32
<i>Duração do tratamento endodôntico (dias)</i>	0,0	0,0	41,0
<i>Tempo entre o final do tratamento endodôntico e encaminhamento do tratamento restaurador (dias)</i>	0,0	0,0	0,0
<i>Tempo de espera após encaminhamento para início do tratamento restaurador (dias)</i>	23,0	57,0	74,0
<i>Duração do tratamento restaurador (dias)</i>	0,0	16,5	30,0

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE ESTA DISSERTAÇÃO

O atendimento para avaliação e procedimento de tratamento endodôntico do usuário encaminhado por meio do SISREG Saúde Bucal para o CEO-CS pela APS foi realizado. Em seguida foi feito seu encaminhamento para o tratamento restaurador no próprio CEO-CS, ou na APS de origem, quando a restauração poderia ser feita pelo método direto.

Dos 466 dentes onde o tratamento endodôntico foi iniciado, em pacientes adultos, 452 dentes tiveram o tratamento endodôntico concluído dentro do período da pesquisa. Todos os 452 dentes foram encaminhados para restauração. Os dentes que tiveram os tratamentos restauradores finalizados somaram 109 (24,1%). Aqueles nos quais o tratamento restaurador foi iniciado e não concluído foram 123 (27,2%). Do total 220 (48,7%) dentes encaminhados para o tratamento restaurador não apresentaram informação até o final da coleta de dados.

A contrarreferência após o tratamento restaurador foi fornecida no CEO, para ser entregue na APS a 58,7%% dos usuários.

Como o tratamento endodôntico concluído não é suficiente para que o dente retorne à sua função com segurança, isto se constitui um desafio para que o princípio do SUS da integralidade seja cumprido. É necessário um planejamento conjunto do tratamento odontológico que vise assegurar o desfecho da restauração dos dentes tratados endodonticamente e sua manutenção em função.

Para o serviço realizado pelo SUS em Belo Horizonte, é importante conhecer o resultado do esforço feito pela Secretaria Municipal de Saúde no sentido de dar condições para que o usuário tenha seu atendimento realizado de uma forma produtiva.

Conhecer qual a realidade de um serviço preconizado pelo sistema público de saúde em um país da dimensão do Brasil pode contribuir para o direcionamento de ações. Muito esforço tem sido feito por gestores e profissionais ligados ao serviço. Esse trabalho procura mostrar a continuidade de um tratamento que não encerra em si mesmo. O desfecho pretendido é a restauração e a devolução para a função do elemento dental encaminhado para endodontia. É um conhecimento que somado pode nortear o planejamento e ações favorecendo a aplicação de recursos humanos e financeiros na busca pela saúde bucal de qualidade.

## APÊNDICE 1

*Universidade Federal de Minas Gerais*

*Faculdade de Odontologia*

*Colegiado de Pós-Graduação*

*Mestrado Profissional em Odontologia de Saúde Pública*

### **PRODUTO TECNICO – Grupo A**

#### **Estudos de apoio à gestão pública**

Documento elaborado para a SMSA BH com subsídios para aprimoramentos no atendimento especializado em Endodontia nos Centros de Especialidades Odontológicas

Fundamento teórico: Referência e contrarreferência na especialidade de endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas (Dissertação)

Maria Beatriz Pires de Magalhães

Efigênia Ferreira e Ferreira

Renata de Castro Martins

A dissertação finalizada teve como objetivo verificar o caminho dos pacientes atendidos na atenção primária e encaminhados para especialidade de endodontia em um dos Centros de Especialidade Odontológica de Belo Horizonte, e o desfecho ocorrido com os dentes destes pacientes referenciados para a atenção secundária.

Dados da fila de espera da Endodontia, segundo o Sistema de Regulação do município (SISREG-Saúde Bucal) mostram em janeiro de 2016 um total de 4.527 pacientes aguardando encaminhamento. Em novembro de 2016, apesar de todo o trabalho realizado durante o ano, a fila passou para 6.382 pacientes, um aumento de 41%.

Podemos observar que a demanda/necessidade é grande, com tendência clara de crescimento, mas além disto, outros fatores podem estar impactando este

crescimento. Podemos destacar aqui, por exemplo, o aumento da cobertura na Atenção Primária.

Como resolver ou minorar este problema? Quais são os nós críticos existentes? Como desenhar um plano de ação com metas possíveis e crescentes?

Um serviço de saúde como o de Belo Horizonte, com o grau de organização e qualidade que vem desenvolvendo, já deve conhecer os problemas aqui detectados. No entanto, o estudo nos permite sistematizar os dados, debruçar sobre eles, discutir criticamente e esboçar possíveis encaminhamentos, que deverão ser discutidos com o serviço em questão, antes de serem considerados como orientadores.

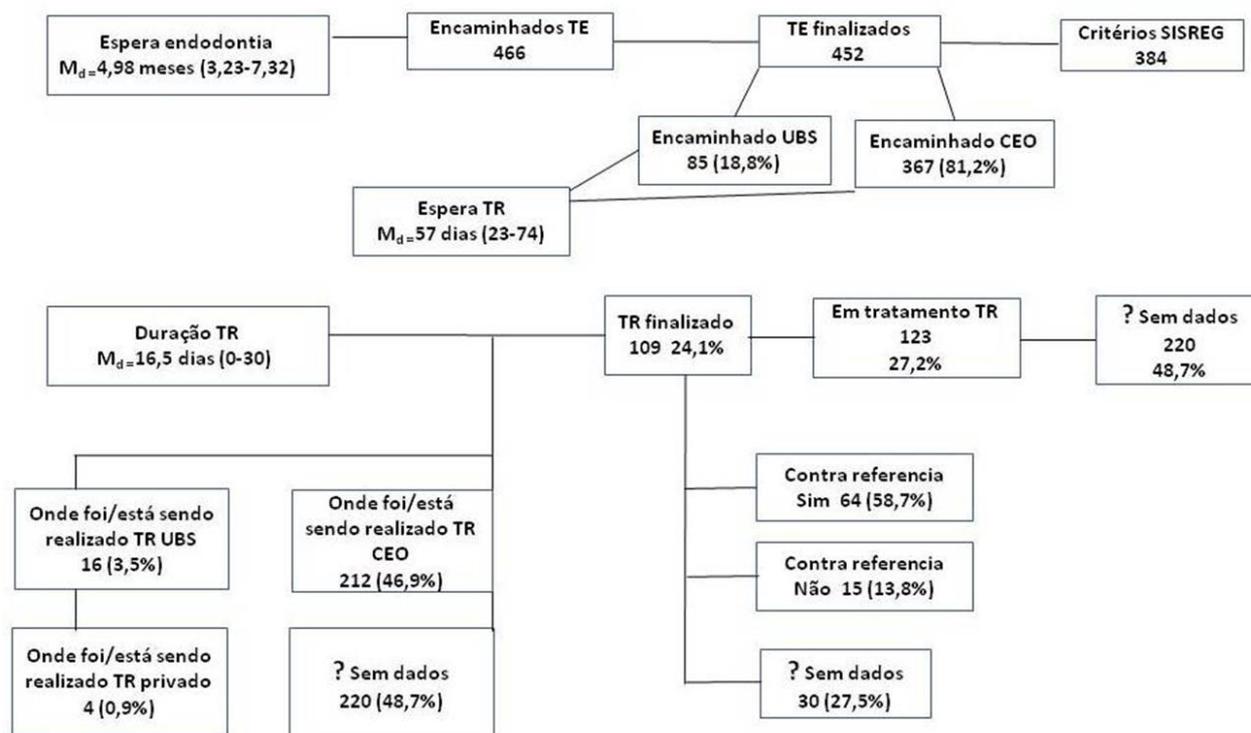
A autora principal deste estudo e deste produto técnico é profissional de saúde do município, atuando há mais de 20 anos na endodontia. Este pode ser um diferencial deste produto técnico apresentado, uma vez que a reflexão teórica foi feita sobre uma prática consolidada.

Esperamos poder contribuir com este produto, para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), para que ele consiga estruturar uma rede de atendimento sólida, resolutiva e de qualidade, contribuindo para uma população mais saudável. Ao autorizar a realização desta pesquisa, esta foi uma solicitação explicitada pelo serviço.

### **Os achados do estudo e os caminhos pensados**

A Figura 1 representa esquematicamente qual é o caminho do paciente com necessidade endodôntica, no serviço de saúde bucal. Participaram deste estudo dez endodontistas (entre 11 do CEO Centro-Sul) e os dados dos pacientes adultos agendados para eles, foram coletados de maio a novembro de 2016.

Figura 1. Itinerário do paciente indicado para o tratamento endodôntico no CEO-BH.



De 466 pacientes agendados na endodontia do CEO Centro-Sul, após sete meses, podemos afirmar com certeza que 109 (24,1%) tiveram o problema resolvido.

### O acesso à endodontia

As marcações são feitas pelo SISREG (Sistema de Regulação) saúde Bucal, via *online*, conforme número de vagas ofertadas para cada especialidade.

Figura 2: Inscritos no SISREG, para endodontia, no ano de 2016.



Neste período, a endodontia CEO Centro-Sul teve condições de absorver em torno de 10% da média mensal (4.500) dos inscritos para a especialidade. Este fato pode explicar o aumento de 41% observado na fila de espera, de janeiro a novembro de 2016.

Dos referenciados, 96,2% compareceram com a guia de referência da Unidade Básica de Saúde (UBS), portanto, marcados pelo sistema e 84,8% das referências, contemplavam os critérios de encaminhamento estabelecidos. Mas os 15,2% com critérios não adequados, também foram absorvidos no CEO.

Em relação à adequação do meio bucal, anterior ao encaminhamento, previsto no protocolo estabelecido entre os profissionais, somente 39,6% destes pacientes, contemplaram este item. Foi possível observar que muitos pacientes apresentavam presença de placa (56,2%), cálculo (27,4%), cavidades (21,9%) e/ou restos radiculares (6,0%).

O tempo de espera desde a inscrição até a marcação foi de 3 a 7 meses (mediana=5 meses)

**Como está:**

O acesso ao tratamento endodôntico ainda é um problema no SUS-BH, pelo total da necessidade apresentada. Este total fica represado na fila, à espera de vaga e, como o sistema não pára, a fila nunca para de crescer. O crescimento da “fila” indica que entram mais pacientes do que saem. A espera por cinco meses, nesta situação é inevitável.

A absorção de pacientes fora dos critérios é outro problema que interfere nesta fila por aumentar o atendimento no CEO, além do planejado. A não realização da adequação do meio bucal na UBS faz com que os profissionais da endodontia assumam tarefas que deveriam ter sido feitas na Atenção Primária, mas, para a manutenção da qualidade, realizam a adequação antes do tratamento endodôntico.

**O que fazer:**

Aumentar o acesso ao CEO que só poderá ser conseguido com a expansão deste serviço, com mais recursos físicos, econômicos e humanos.

Criar estratégias para que os profissionais sigam rigorosamente o planejamento, com relação ao encaminhamento, aos critérios estabelecidos e às condições prévias para o encaminhamento. O profissional deve compreender que em uma rede, se existe problema em um dos nós desta rede, outro nó sofrerá o impacto.

O CEO endodontia conta com profissionais experientes e capacitados, está adequadamente equipado e incorporou tecnologias atuais. A resolutividade do procedimento comprova estes fatos: 64,2% dos tratamentos são concluídos em uma sessão e 33,0% em duas.

Das intercorrências apontadas, a manutenção dos insumos necessários é a única previsível e deve ser levada em conta, sempre. O impacto no serviço é mais prejudicial do que o dispêndio do recurso necessário para esta manutenção.

**Como está:**

Em alguns momentos a não garantia dos insumos mínimos para o funcionamento provoca gaps indesejáveis no desenvolvimento das atividades.

**O que fazer:**

Identificar onde está o problema: no encaminhamento, na marcação da consulta ou nos critérios estabelecidos. Garantir os insumos necessários, evitando a interrupção do atendimento. Sem a identificação correta do problema, não há como solucionar.

Embora os critérios estabelecidos priorizem os dentes anteriores e pré-molares, condicionados a perdas dentárias no mesmo arco ou dentes base de próteses, a demanda tem encaminhado o serviço para outros rumos. Os dentes com maior frequência de tratamento foram os pré-molares superiores e os molares inferiores. Ou existe problema na obediência aos critérios ou estas não são prioridades reais e precisam ser revistas.

**Como está:**

Para adultos, existe uma demanda instalada para tratamento de molares, juntamente com os pré-molares, maior que de dentes anteriores.

**O que fazer:**

Identificar o problema: as prioridades precisam ser rediscutidas? De quanto em quanto tempo?

**O tratamento restaurador dos dentes tratados endodonticamente**

A maioria dos encaminhamentos para restaurações dos dentes foi feita para o próprio CEO. Este fato tem uma lógica relacionada ao procedimento. Dentes tratados endodonticamente necessitam, na maioria das vezes, de restaurações protéticas, pela fragilidade do tecido remanescente. Sobretudo em molares e pré-molares, que constituem a maior parte dos tratamentos realizados (cerca de 75%).

Outro problema apontado foi o tempo para se conseguir a consulta para o tratamento restaurador (cerca de dois meses). Esta demora pode colocar em risco o tratamento endodôntico feito, já que o selamento provisório está sujeito a fraturas que podem incluir o dente fragilizado.

**Como está:**

Existe uma certa discrepância entre as prioridades estabelecidas e os tratamentos que estão sendo realizados e isto interfere na decisão sobre o local da realização do tratamento restaurador. O tempo entre o final do tratamento endodôntico e início do restaurador precisa ser reduzido.

**O que fazer:**

Identificar a origem dos problemas observados com vistas ao encaminhamento imediato para tratamento restaurador e planejamento mais fiel, quanto ao local onde ele será realizado. Não há como priorizar os encaminhamentos para as UBS.

**Considerações finais**

Este é um documento que se propõe a servir de base para discussão com o Serviço de Saúde Bucal da Prefeitura de Belo Horizonte. Trata-se de investimento na busca de estratégias, para caminhar mais alguns passos na proposta da integralidade do cuidado.

As ideias de ações apresentadas são reais e não podem ser consideradas como pretensões sonhadoras. Conhecemos os limites e dificuldades de cada ação. Mas uma estratégia a ser construída precisa mirar no real e não no possível.

E para que o possível fique cada vez mais próximo do real, consideramos de fundamental importância a participação de profissionais e população, uma discussão que possa ir além da gestão e dos conselhos de saúde.

O esforço na formação da rede de atenção deve fazer parte de todas as discussões, o que implica minimamente na integração entre atenção primária e secundária.

O que devemos, o que podemos e o que estamos fazendo deve ser claro e transparente para todos os segmentos envolvidos. Podemos começar pequeno, com a Endodontia, por exemplo, mas devemos começar, e acreditamos que esta equipe está disposta a participar ativamente desta transformação.

## APÊNDICE 2

### QUESTIONÁRIO A SER RESPONDIDO PELOS ENDODONTISTAS

1-Número de registro do paciente no CEO: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_

2- Número de registro do paciente na UBS : \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

3- UBS de origem do paciente: \_\_\_\_\_

4 – Data de nascimento do paciente: \_\_\_\_\_

5 Sexo do paciente: ( ) Masculino ( ) Feminino

6 - Guia de encaminhamento? ( ) Sim ( ) Não Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7 - Condições bucais quando o paciente chegou para o tratamento endodôntico:

Condições bucais	sim	Não
Presença de placa		
Presença de cálculo		
Presença de cavidades (lesões de cárie)		
Presença de restos radiculares		

8 - O usuário encaminhado para o tratamento endodôntico encontra-se dentro dos critérios de encaminhamento para a especialidade no SISREG?

( ) Sim

( ) Não

9 - Data do início do tratamento endodôntico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

10 - Dentes tratados (marque com um X o dente tratado):

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

11 - Tratamento endodôntico finalizado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

12 - Qual técnica endodôntica utilizada?

( ) Manual ( ) Rotatória ( ) Mista

13 - Em quantas sessões o tratamento endodôntico foi finalizado?

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ou mais

14 - Intercorrências (anotar dificuldades encontradas pelo profissional no serviço):

\_\_\_\_\_

15 - Paciente encaminhando para restaurar o dente tratado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) UBS

No próprio CEO ( )



## APÊNDICE 4

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO ENDODONTISTA

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Referência e contra referência na especialidade de endodontia no CEO Centro-Sul de Belo Horizonte” desenvolvida pelas pesquisadoras Maria Beatriz Pires de Magalhães, Renata de Castro Martins, e Efigênia Ferreira e Ferreira, que pretende conhecer o caminho percorrido pelas pessoas com indicação de tratamento endodôntico, desde a Atenção Primária até o Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Os resultados desta pesquisa serão utilizados pela equipe de pesquisadores para trabalhos científicos, e em momento algum haverá divulgação dos dados pessoais como nome, endereço e telefone. Os dados coletados serão armazenados por um período de 5 anos sob a guarda da pesquisadora Maria Beatriz Pires de Magalhães. Após este período serão destruídos. A pesquisa será feita por meio da aplicação de questionários com perguntas sobre o desenvolvimento do tratamento endodôntico, como data de encaminhamento, dente tratado, condições da cavidade bucal do paciente, data de finalização do tratamento e encaminhamento para tratamento restaurador. Os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um maior conhecimento a respeito do processo do itinerário percorrido pelo paciente na referência e contrarreferência do SUS. Não existem respostas certas ou erradas, o que importa é a sua verdadeira forma como este caminho do paciente dentro do sistema de saúde aconteceu. Você poderá se sentir desconfortável e/ou constrangido ao responder questões sobre o tratamento endodôntico realizado por você, e poderá decidir participar ou não da pesquisa, ou desistir em qualquer momento, sem prejuízo algum. Você não terá custo e nem recebimento para participar, e receberá uma via deste Termo assinada pelos pesquisadores. Em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa você terá direito à indenização a ser definida em decisão judicial. Os resultados deste estudo são de grande importância, e por isso, a sua colaboração e sinceridade são de grande valor. Se você precisar de mais esclarecimentos sobre esta pesquisa, pode ligar para a equipe de pesquisadores (Maria Beatriz Pires de Magalhães – Telefone: (31) 3277 6983, Renata Martins de Castro – Telefone: (31) 3409 2474, Efigênia Ferreira e Ferreira – Telefone: (31) 3409 2474. Para esclarecimentos éticos sobre a pesquisa você pode procurar o COEP-UFMG, na Avenida Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II Belo Horizonte, Minas Gerais, Telefone (31) 3409 4592 e/ou o CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte na Rua Frederico Bracher Júnior, 103/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte – Minas Gerais, Telefone (31) 3277-5309.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido devidamente esclarecido (a) sobre os objetivos da pesquisa “Referência e contra referência na especialidade de endodontia no CEO Centro-Sul de Belo Horizonte” e a forma como os dados serão coletados. Minha participação reflete o meu interesse em colaborar com a pesquisa. É minha escolha participar ou não. A minha decisão em não participar da pesquisa, ou em desistir a qualquer momento, não me trará prejuízo algum.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do a endodontista \_\_\_\_\_

Maria Beatriz Pires de Magalhães \_\_\_\_\_

Renata de Castro Martins \_\_\_\_\_

Efigênia Ferreira e Ferreira \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 5

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Referência e contra referência na especialidade de endodontia no CEO Centro-Sul de Belo Horizonte” desenvolvida pelas pesquisadoras Maria Beatriz Pires de Magalhães, Renata de Castro Marins e Efigênia Ferreira e Ferreira, que pretende conhecer o caminho percorrido pelas pessoas com indicação de tratamento de canal, desde a Unidade Básica de Saúde, até o Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Os resultados desta pesquisa serão utilizados pela equipe de pesquisadores para trabalhos científicos, e em momento algum haverá divulgação dos dados pessoais como nome, endereço e telefone. A pesquisa será feita por meio da aplicação de questionário com perguntas sobre o número vezes que foi dentista por causa do dente, motivo do encaminhamento, tempo gasto para tratar o dente e local onde pretende obturar o dente. Os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um maior conhecimento a respeito do caminho percorrido por você dentro do serviço público odontológico. Não existem respostas certas ou erradas, o que importa é a sua verdadeira percepção sobre o serviço público de saúde. Você poderá se sentir desconfortável e/ou constrangido ao responder questões sobre o seu percurso até o tratamento endodôntico, e desta forma, poderá decidir participar ou não da pesquisa, ou desistir em qualquer momento, sem prejuízo do tratamento a ser realizado. Você não terá custo e nem recebimento para participar, e receberá uma via deste Termo assinada pelos pesquisadores. Os resultados deste estudo são de grande importância, e por isso, a sua colaboração e sinceridade são de grande valor. Se você precisar de mais esclarecimentos sobre esta pesquisa, pode ligar para a equipe de pesquisadores (Maria Beatriz Pires de Magalhães – Telefone: (31) 3277 6983, Renata Martins de Castro – Telefone: (31) 3409 2474, Efigênia Ferreira e Ferreira – Telefone: (31) 3409 2474. Para esclarecimentos éticos sobre a pesquisa, você pode procurar o COEP-UFMG, na Avenida Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II Belo Horizonte, Minas Gerais, Telefone (31) 3409 4592,

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido devidamente esclarecido (a) sobre os objetivos da pesquisa “Referência e contra referência na especialidade de endodontia no CEO Centro-Sul de Belo Horizonte” e a forma como os dados serão coletados. Minha participação reflete o meu interesse em colaborar com a pesquisa. É minha escolha participar ou não. A minha decisão em não participar da pesquisa, ou em desistir a qualquer momento, não me trará prejuízo algum.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do a paciente \_\_\_\_\_

Maria Beatriz Pires de Magalhães \_\_\_\_\_

Renata de Castro Martina \_\_\_\_\_

Efigênia Ferreira e Ferreira \_\_\_\_\_

**Anexo 1**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

**Projeto: CAAE – 54213816.1.0000.5149**

**Interessado(a): Profa. Renata de Castro Martins  
Departamento de Odontologia Social e  
Preventiva  
Faculdade de Odontologia– UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 02 de maio de 2016, o projeto de pesquisa intitulado **“Referência e contra referência na especialidade de endodontia no CEO Centro Sul de Belo Horizonte, MG”** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Prof. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz  
Coordenadora do COEP-UFMG



**PREFEITURA  
BELO HORIZONTE**

**Anexo 2  
SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/  
SMSA-BH**



## **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**Elaborado pela Instituição Coparticipante**

### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Referência e contra referência na especialidade de endodontia no CEO Centro Sul de Belo Horizonte, MG

**Pesquisador:** Renata de Castro Martins

**Área**

**Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54213816.1.3001.5140

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### **DADOS DO PARECER**

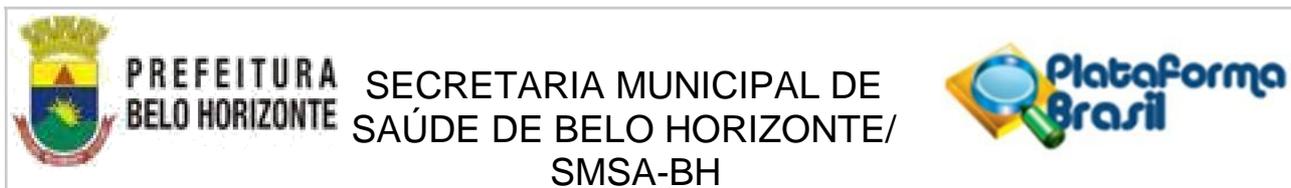
**Número do Parecer:** 1.573.494

#### **Apresentação do Projeto:**

O objetivo será conhecer o itinerário dos pacientes atendidos na atenção primária e encaminhados para especialidade de endodontia no Centro de Especialidades Odontológicas da região Centro-Sul (CEO Centro -Sul) de Belo Horizonte, MG e o desfecho ocorrido com os dentes destes pacientes referenciados para a atenção secundária. Trata-se de um estudo transversal, que será realizado no CEO da região Centro-Sul de Belo Horizonte, MG, na especialidade de endodontia. Farão parte do estudo os pacientes encaminhados da Atenção Primária em Saúde (APS) para o tratamento endodôntico neste CEO e os endodontistas que realizarão os respectivos tratamentos, no período de maio a outubro de 2016. Para a coleta de dados serão utilizados os dados de prontuários de pacientes atendidos na atenção primária e encaminhados para especialidade de endodontia no CEO da região Centro-Sul de Belo Horizonte, MG, bem como, questionários. Os dados serão analisados de forma descritiva, e análises estatísticas pertinentes serão realizadas com auxílio do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences – SPSS versão 18.0.

#### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, que será realizado no CEO da região Centro-Sul de Belo Horizonte, MG, localizado na Rua Carijós, 528, na especialidade de



Continuação do Parecer: 1.573.494

endodontia. Farão parte do estudo os pacientes, maiores de 18 anos, encaminhados da APS para o tratamento endodôntico neste CEO e os endodontistas que realizarão os respectivos tratamentos, no período de maio a outubro de 2016.

#### Descrição da amostra

Para que este estudo tenha representatividade foi realizado um cálculo amostral de estimativa de proporções considerando uma prevalência de necessidade de tratamento endodôntico de 50%, nível de confiança e precisão de 5%, resultando em 384 pacientes. A este valor foi acrescentado 20% referente às perdas que poderão ocorrer durante o estudo, finalizando a amostra em 461 pacientes. Trata-se de uma amostra de conveniência,

portanto não probabilística. Participarão desta pesquisa os pacientes que constarem na lista do SISREG e forem encaminhados para tratamento endodôntico no CEO da região Centro-Sul de Belo Horizonte, MG no período de coleta de dados.

#### Coleta de dados

Para a coleta de dados serão utilizados os dados de prontuários de pacientes atendidos na atenção primária e encaminhados para especialidade de endodontia no CEO da região Centro-Sul de Belo Horizonte, MG, bem como, questionários. Os questionários serão previamente testados, e abordarão questões abertas e fechadas sobre o itinerário dos pacientes sob a perspectiva dos usuários (APÊNDICE 3); de acordo com a referência e contra referência estabelecida pelo SUS de Belo Horizonte, MG (APÊNDICE 4); e identificando o desfecho dos elementos tratados endodonticamente e se os pacientes foram contra-referenciados para a atenção primária após o tratamento na atenção especializada (APÊNDICE 5).

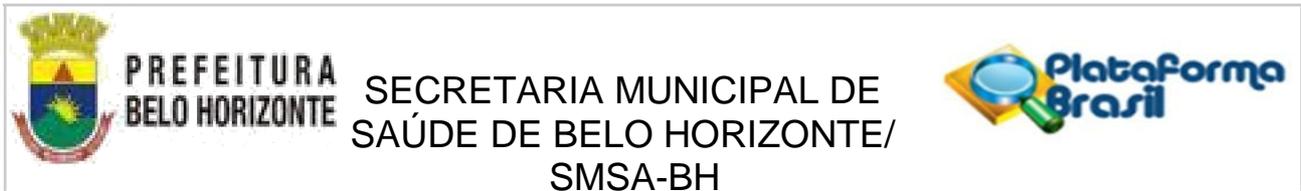
Os questionários serão entregues aos pacientes no primeiro dia do tratamento endodôntico (APÊNDICE 3) e preenchidos pelos endodontistas durante o mesmo (APÊNDICE 4). Após a finalização do tratamento endodôntico, a pesquisadora principal buscará as informações nos prontuários dos pacientes para o preenchimento do Apêndice 5. Não haverá acompanhamento dos pacientes. A coleta de dados neste momento será realizada por meio de dados secundários: prontuários do CEO ou da atenção primária, conforme a marcação interna do CEO.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Hipótese:

Para que os princípios do SUS sejam atendidos é importante que o paciente tenha acesso a todos os níveis de atenção, sendo a porta de entrada

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.573.494

no sistema a Atenção Primária em Saúde (APS). De acordo com a necessidade de tratamentos especializados o paciente deve ser referenciado para a atenção secundária e ou terciária e após o seu tratamento neste nível de atenção, deve ser contra-referenciado para a atenção primária a fim de manter sua saúde.

Na odontologia, a atenção secundária se faz nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Conhecer o caminho percorrido pelo paciente dentro do SUS, a partir da referência/contra referência é importante para auxiliar no planejamento de ações e traçar estratégias para garantir os princípios de universalização, equidade e integralidade.

Acredita-se que possa haver dificuldades neste itinerário do paciente e a identificação destas será importante no redirecionamento de ações dentro do sistema pesquisado.

**Objetivo Primário:**

Conhecer o itinerário dos pacientes atendidos na atenção primária e encaminhados para especialidade de endodontia no CEO da região Centro-Sul de Belo Horizonte, MG e o desfecho ocorrido com os dentes destes pacientes referenciados para a atenção secundária.

**Objetivo Secundário:**

- Conhecer o itinerário dos pacientes atendidos na atenção primária e encaminhados para especialidade de endodontia no CEO da região Centro-Sul de Belo Horizonte, MG sob a perspectiva dos usuários;
- Conhecer o itinerário dos pacientes atendidos na atenção primária e encaminhados para especialidade de endodontia no CEO da região Centro-Sul de Belo Horizonte, MG de acordo com a referência e contra referência estabelecida pelo SUS desta cidade;
- Identificar se os tratamentos endodônticos iniciados no CEO da região Centro-Sul de Belo Horizonte, MG foram finalizados;
- Identificar o desfecho dos dentes tratados endodonticamente no CEO da região Centro-Sul de Belo Horizonte, MG;
- Identificar se os pacientes foram contra referenciados para a atenção primária após o tratamento no CEO da região Centro-Sul de Belo

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Não há riscos conhecidos ou mensuráveis relativos à participação nesta pesquisa, no entanto os participantes (pacientes) poderão se sentir desconfortáveis e/ou constrangidos ao responder questões sobre o tratamento realizado, e desta forma, poderão decidir participar ou não da

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

**Bairro:** Padre Eustáquio

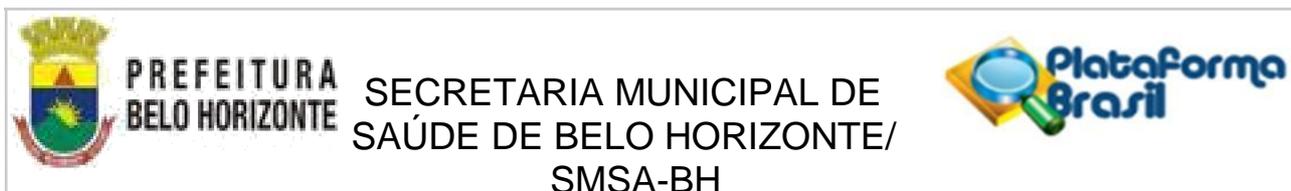
**CEP:** 30.720-000

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.573.494

pesquisa, ou desistir em qualquer momento, sem prejuízo.

**Benefícios:**

Serão relacionados a um maior conhecimento a respeito da referência e contra referência na especialidade de endodontia no CEO Centro Sul de Belo Horizonte, MG, auxiliando na elaboração de estratégias para aprimorar a atenção em saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Consideramos que os objetivos do Projeto de pesquisa são relevantes e poderão possibilitar a obtenção de conhecimentos adicionais sobre o objeto do estudo.

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

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Renata de Castro Martins e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisa.

**Recomendações:**

1) adotar TCLE do qual conste os dados de contato do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309;

2) adotar TCLEs dos quais constem informações relativas à garantia de reparação dos danos causados na execução da pesquisa e do reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa, segundo a Resolução 466/12:IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: ... g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;

3) adotar TCLE do qual conste, na última página, recomendação em destaque para assinatura do pesquisador e do pesquisado e rubrica de ambos, nas demais páginas;

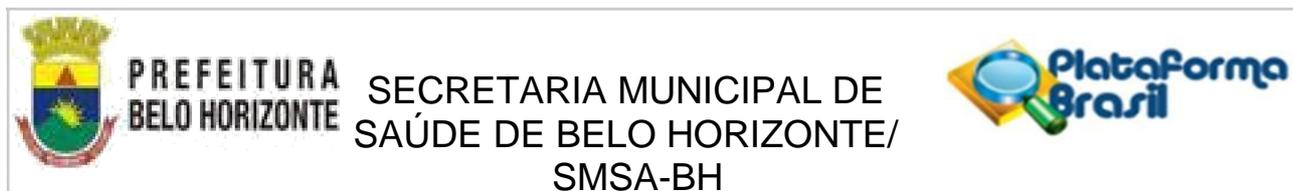
4) adotar TCLE do qual conste o destino do instrumentos de coleta de dados a serem adotados na pesquisa. Se há o planejamento de se armazenar os dados após o término do prazo prescrito na

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br)



Continuação do Parecer: 1.573.494

Resolução CNS 466/12, explicar durante quanto tempo, e quem será o responsável pela guarda do material e local da guarda. Segundo a resolução CNS 466/12, cabe ao pesquisador “manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP”.

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

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto Referência e contra referência na especialidade de endodontia no CEO Centro Sul de Belo Horizonte, MG.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

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

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

**Bairro:** Padre Eustáquio

**CEP:** 30.720-000

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/  
SMSA-BH



Continuação do Parecer: 1.573.494

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	542138161aprovacao.pdf	05/05/2016 10:32:06	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Informações Primárias do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_PRIMÁRIAS_DO_P ROJETO_670931.pdf	26/04/2016 15:07:54		Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	26/04/2016 15:06:41	Renata de Castro Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.doc	26/04/2016 15:03:20	Renata de Castro Martins	Aceito
Informações Primárias do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_PRIMÁRIAS_DO_P ROJETO_670931.pdf	15/03/2016 08:43:36		Aceito
Outros	20160311142208014.pdf	15/03/2016 08:42:55	Renata de Castro Martins	Aceito
Informações Primárias do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_PRIMÁRIAS_DO_P ROJETO_670931.pdf	05/03/2016 11:37:51		Aceito
Outros	Parecer.pdf	05/03/2016 11:37:31	Renata de Castro Martins	Aceito
Informações Primárias do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_PRIMÁRIAS_DO_P ROJETO_670931.pdf	01/03/2016 18:57:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.doc	01/03/2016 18:20:13	Renata de Castro Martins	Aceito
Outros	20160226115851831.pdf	01/03/2016 18:19:08	Renata de Castro Martins	Aceito
Outros	20160226115859583.pdf	01/03/2016 18:17:20	Renata de Castro Martins	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	01/03/2016 18:15:28	Renata de Castro Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	01/03/2016 18:14:24	Renata de Castro Martins	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	01/03/2016 18:00:41	Renata de Castro Martins	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 03 de Junho de 2016

**Assinado por: Eduardo Prates Miranda**  
**(Coordenador)**