

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Valéria Maria Barbosa Moreira de Mello

**ANÁLISE DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA
ENDODONTIA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO
HORIZONTE MG**

Belo Horizonte
2015

Valéria Maria Barbosa Moreira de Mello

**ANÁLISE DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA
ENDODONTIA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO
HORIZONTE MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do
Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas
Gerais

Orientador: Prof. Dr. Flávio de Freitas Mattos

Co-orientador: Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck

Belo Horizonte
2015

Aos meus queridos filhos Diogo e Filipe, pessoas mais importantes e amadas da minha vida, que souberam entender vários momentos de minha ausência e impaciência. Torceram para a mamãe do princípio ao fim.

Aos meus pais e irmãos que, em todos os momentos, estiveram ao meu lado.

A todos os amigos que foram meus incentivadores e que me deram apoio nos momentos mais difíceis... Nunca esquecerei das palavras carinhosas e calorosas de cada um...

Muito obrigada a todos!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu companheiro de todos os dias.

Ao professor Flávio Freitas de Mattos por ter sido meu orientador e ter me amparado com total dedicação em todos os momentos. Muito obrigada!

Ao professor Marcos Werneck, pela sua sabedoria e humildade, sempre acreditando e apoiando nos momentos mais difíceis deste trabalho. Obrigada pela paciência e empenho.

Aos professores e funcionários do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da UFMG que, de várias formas, contribuíram para esta conquista.

Aos meus colegas de mestrado, deixo o imenso prazer e alegria de poder ter convivido e compartilhado com vocês, momentos de alegrias e dificuldades.

À Ângela Regina Rinco Fontoura, referência técnica da saúde bucal de Contagem, por ter me auxiliado, com tanta boa vontade, aos acessos de dados do município.

Em especial, agradeço à Margarida Brasilina do Nascimento Ribeiro, assistente administrativo do CEO Contagem, por ter implantado o registro dos pacientes no sistema. Estes dados foram imprescindíveis para a minha coleta.

“A persistência é o melhor caminho para o êxito”

Charles Chaplin

RESUMO

A avaliação nos serviços de saúde compreende a utilização de indicadores gerais de monitoramento dos serviços. A pesquisa avaliativa objetiva estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados. As avaliações de serviços em atenção secundária em saúde bucal no Brasil estão em fase incipiente de construção de evidências, sobretudo após a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas. Este estudo teve como objetivo analisar o processo de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária no serviço de Endodontia do CEO do município de Contagem, Minas Gerais e subsidiar o aperfeiçoamento do protocolo de encaminhamento para o serviço. Foram coletados dados secundários, dos sistemas de informação municipais, bem como de prontuários contidos nos arquivos do CEO em estudo, relativos ao universo dos 512 pacientes atendidos entre 2009 e 2014. Falhas nos registros impediram a verificação do tempo médio de espera pela primeira consulta. O tempo médio decorrido entre a primeira consulta e a conclusão do tratamento foi em média de 3,12 meses. Houve maior frequência relativa dos indivíduos oriundos das regiões administrativas municipais onde há maior população e maior número de unidades básicas de saúde. Houve números bastante semelhantes entre dentes uni radiculares e não uni radiculares tratados. Grande número de pacientes chegou ao serviço de endodontia do CEO apresentando dentes já sem possibilidade de tratamento. Foram gerados dados que pudessem subsidiar a renovação do protocolo de funcionamento vigente para o serviço estudado.

Palavras Chave: Endodontia. Sistema Único de Saúde. Referência e consulta. Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The evaluation of health services may use both general service monitoring indicators and evaluation research, which aims at studying service performance and its enhancement through problem solving. The evaluation of secondary level oral health services in Brazil is incipient in evidence construction, hence after the creation of the CEO. This study aimed at analyzing the referral system between primary health care and the endodontics secondary level care from the CEO of the city of Contagem, Minas Gerais, searching for the enhancement of the existing referral protocol. Secondary data were collected from the city's data systems as well as from service's files, regarding all 512 patients who attended it between 2009 and 2014. Register flaws prevented the determination of mean waiting time before first appointment. Mean time between first appointment and treatment conclusion was 3.12 months. There was higher frequency of individuals from those city's administrative regions with higher population and more availability of primary health care units. Similar proportions of single and non-single rooted teeth were treated. Great proportions of teeth reached CEO's endodontics service without possible treatment. Data were generated to supply the renovation of the present service referral protocol.

Keywords: Endodontics. Unified Health System. Referral and consultation. Health service evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição geográfica dos CEO em território brasileiro em 2015	19
Figura 2 - Evolução do número de CEO de 2003 a 2015	20
Figura 3 - Mapa da Cidade de Contagem e circunvizinhança	26
Figura 4 - Regiões Administrativas do Município de Contagem	27
Figura 5 - Síntese do fluxo de agendamento de consulta odontológica especializada	32

-

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 - Distribuição da população, unidades de saúde, equipes de saúde bucal e especialidades por região administrativa do município de Contagem (Minas Gerais, 2014) ..29

Artigo

Tabela 1 - Distribuição populacional, regionalizada e por sexo dos pacientes que acessaram a endodontia do CEO Contagem (2009 a 2014)40

Tabela 2- Abandono do tratamento endodôntico, por sexo e faixa etária (2009 a 2014).....41

Tabela 3 - Perfil regionalizado, comparativo, do status do elemento dental encaminhado ao chegar à endodontia (tratamento restaurador provisório presente)43

Gráfico 1 - Distribuição regionalizada dos pacientes que tiveram acesso à endodontia (2009 a 2014).....40

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMUC	Fundação de Assistência Médica e Urgência de Contagem
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Niti	Níquel Titânio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISC	Programa de Atenção integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PMAQ	Programa de Melhoria e Qualidade
PNE	Portadores de Necessidades Especiais
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
SES-MG	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SF	Saúde da Família
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Política de saúde bucal	14
2.2 A integralidade na saúde.....	15
2.3 Os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO	17
2.4 Monitoramento e avaliação de serviços de saúde	18
2.5 Acesso aos serviços de saúde.....	22
2.6 A Endodontia	24
2.7 O município de Contagem	26
2.8 Necessidades em saúde bucal no município de Contagem.....	27
2.9 Serviços e recursos humanos no município de Contagem	28
2.10 Protocolo para o sistema de referência e contrarreferência em Contagem	30
2.11 Critérios gerais de encaminhamento para as especialidades do CEO Contagem	30
2.12 Critérios de encaminhamento para a especialidade Endodontia.....	31
2.13 Fluxo de agendamento da consulta odontológica especializada.....	31
3 OBJETIVOS	33
3.1 Objetivo Geral	33
3.2 Objetivos Específicos.....	33
4 MÉTODOS.....	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE	56
ANEXOS	59

1 INTRODUÇÃO

A atenção odontológica no Brasil ficou caracterizada, durante anos, por atender grupos populacionais restritos como exemplo, os escolares. Por meio de programas voltados para o curativismo, tendo como resultado uma baixa cobertura, tanto no aspecto assistencial como populacional, o restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

As desigualdades de acesso ao tratamento odontológico também são realidade em diversos países, mesmo naqueles de economia desenvolvida. Um estudo do Reino Unido relatou que pequeno, mas significativo, número de pessoas no Sul de Cheshire apresentava problemas de acesso e cuidados odontológicos. Leake (2006), em um estudo sobre a organização e prestação de serviços em odontologia, afirmou que apesar dos cuidados de saúde serem um direito do cidadão canadense, graves desigualdades ao acesso de saúde bucal ainda persistem (HARRIS apud LINO *et al.*, 2014).

A utilização dos serviços pode ser influenciada quando da existência de problemas de acessibilidade que podem ser atribuídos aos obstáculos impostos pelos serviços e ao poder dos usuários para superar tais dificuldades (CHAVES *et al.*, 2010). Entre os fatores do serviço associado à maior utilização estão: a oferta adequada de procedimentos segundo as necessidades populacionais, a acessibilidade geográfica e organizacional, além da definição de um profissional de saúde para o acompanhamento de cada caso, especialmente para procedimentos especializados (GIOVANELLA *et al.*, 2002).

Além da utilização da avaliação em saúde para a área de saúde bucal, o reordenamento das políticas, programas e serviços é um desafio constante para o monitoramento dos serviços para a melhoria da qualidade, bem como vigilância em saúde bucal. As avaliações de serviços em atenção secundária em saúde bucal, particularmente no Brasil, estão em fase incipiente de construção de evidência, sobretudo com a implantação dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (GOES *et al.*, 2012).

Contagem é um dos 34 municípios da região metropolitana de Belo Horizonte. Está situado na região central do Estado de Minas Gerais. Sua população é de 637.960 habitantes. O modelo de atenção no município está estruturado por meio de estratégias de promoção da saúde bucal. Nos distritos sanitários, as equipes de saúde bucal das unidades básicas de saúde (UBS) são compostas pelos cirurgiões dentistas (CD), os auxiliares de saúde bucal (ASB) e os técnicos em saúde bucal (TSB). O acesso se dá por meio da demanda programada e o

atendimento às urgências odontológicas também é realizado nesta UBS (CONTAGEM, 2012).

A partir das UBS, ocorrendo a constatação da necessidade de tratamento especializado, os pacientes devem ser encaminhados ao CEO municipal. O CEO de Contagem é do tipo II e foi inaugurado em 2008, sendo responsável pelo atendimento da população dos sete distritos administrativos. Oferece as seguintes especialidades: estomatologia, periodontia, cirurgia oral menor, endodontia, próteses dentárias (prótese total removível, prótese parcial removível estética), odontopediatria e atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais (PNE). (CONTAGEM, 2012).

No Brasil, em função da cárie dentária ainda ser o maior problema enfrentado pelo setor de saúde bucal, a endodontia se constitui em resposta fundamental para a preservação dos dentes acometidos por cáries extensas e grande destruição coronária. No âmbito da atenção primária, constitui-se em uma intervenção objetiva, limitando-se a resolver os casos de dor aguda. Porém, historicamente, a não continuidade do tratamento neste nível de atenção, vem se constituindo numa das principais causas de extrações dentárias e a consequente perda de uma condição saudável da boca das pessoas. Esta lacuna só começou a ser enfrentada em 2004, com a criação dos CEO, quando do lançamento, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Assim, para além da resolução imediata de casos agudos, ela é uma solução possível para evitar extrações precoces, sendo demandada por um grande volume de pacientes que, de em sua maioria, não têm acesso aos serviços ofertados no setor privado (de alto custo) (SALIBA, 2005). Por este motivo, embora seja uma oferta ainda limitada, significa um grande avanço para a saúde bucal no SUS.

No CEO de Contagem, local deste estudo, predomina o uso da técnica de instrumentação manual com o uso de limas de aço inoxidável, que é uma técnica de baixa resolutividade onde a conclusão de cada tratamento (cada dente) leva, em média, duas a três sessões clínicas. Em função disto, frente a uma enorme demanda, o município não consegue prestar atendimento a toda população encaminhada ao CEO, sendo, portanto, necessário o estabelecimento de critérios para a priorização do atendimento programado (CONTAGEM, 2012).

Todo serviço prestado necessita ser avaliado e monitorado. Até o presente momento, não há nenhum estudo registrado sobre a efetividade do serviço da Especialidade de Endodontia oferecida pelo CEO do município de Contagem. Este estudo se propõe a ser um motivador, avaliando o papel da Endodontia e seu benefício aos usuários da Saúde Bucal do SUS do município. Analisar o cumprimento de parte das metas na atenção secundária à saúde

bucal de Contagem atende a necessidade de monitorar o serviço de saúde para um efetivo direcionamento de recursos, verificando sua qualidade e organização. Além disso, faz-se necessário conhecer o serviço de endodontia do CEO na cidade de Contagem através da análise da relevância de alguns critérios e normas de seu funcionamento. Também será de grande valia, a verificação da efetiva aplicação dos protocolos específicos hora em uso, com vistas, se necessário, a novas proposições.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Política de saúde bucal

Em 1988, com a promulgação da nova constituição federal e a instituição do SUS, a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. O SUS compreende um conjunto de instalações, serviços e ações que interagem com um mesmo objetivo, tendo os mesmos princípios em todo território nacional: universalização, descentralização, integralidade e participação social (JUNQUEIRA PANNUTI; RODE, 2008; PUCCA JÚNIOR *et al.*, 2009).

Em 2004, o Ministério da Saúde estabeleceu as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), integradas ao Plano Nacional de Saúde. Trata-se de um pacto pela saúde, que enfatiza 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. A PNSB, com o nome fantasia de “Programa Brasil Sorridente”, criada em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, visa à melhoria da saúde da população e a redução das desigualdades, ampliando e reorganizando o acesso à atenção básica (LEVICOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; PUCCA JÚNIOR *et al.*, 2009).

De acordo com informações geradas pelo Ministério da Saúde acerca da PNSB, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Brasil passaram de 4.261 para 20.300 no período de 2002-2010, tendo um investimento de 600 milhões de reais no ano de 2010. Embora o acesso dos brasileiros ao serviço odontológico tenha melhorado nos últimos anos, ainda há um grande nó crítico quanto ao acesso a serviços especializados (BRASIL, 2011).

Recentemente, a prestação de serviços de saúde bucal em nível nacional apresentou sensível expansão dos níveis primário e secundário, com ênfase no primeiro. Em um sistema de saúde, é necessário que haja uma eficiente interface entre atendimento odontológico primário e secundário, ou seja, não basta apenas a existência dos níveis de atenção, mas também da interlocução entre esses níveis. Para um adequado funcionamento de um serviço de saúde é necessária a oferta de serviço em todos os níveis, sendo a atenção primária a principal porta de entrada no sistema (SALIBA, 2005).

Com o intuito de orientar a organização da atenção à saúde bucal no nível das diferentes regiões e municípios, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

elaborou as Linhas Guia em Saúde Bucal. Dentre os objetivos específicos desta Linha-guia, encontra-se o de se estabelecer critérios para formação de um sistema de referência e contrarreferência, de modo a avançar na sua organização, e garantir a articulação da atenção primária com os serviços de referência (MINAS GERAIS, 2008). O Ministério da Saúde, em 2008, publicou, nos “Cadernos de Atenção Básica”, na edição de nº 17, um volume sobre a saúde bucal, onde há um capítulo que discute a inter-relação entre atenção básica e especializada, com a apresentação de protocolos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2008).

Um dos princípios da atenção primária é o da coordenação. O encaminhamento para referências deve ser feito através da atenção primária e os profissionais da equipe de saúde devem acompanhar o desenvolvimento do atendimento no tratamento especializado e retomar o acompanhamento desse usuário na atenção primária, após término do tratamento. Para que os processos de referência e contrarreferência ocorram de maneira a aumentar a resolutividade do atendimento, é necessária a criação e organização de fluxos de atendimento elaborados em conjunto entre as equipes da atenção primária e os centros de referência. O princípio da equidade é importante nos critérios de encaminhamento (MINAS GERAIS, 2008).

Segundo Starfield (2004), a entrada em um sistema de saúde para a resolução das necessidades presentes deve acontecer pela atenção primária (que no Brasil recebe a denominação de Atenção Básica), nível que se caracteriza como porta de entrada. Esta também fornece atenção para todas as condições e sobre a pessoa no decorrer do tempo. Excluem-se os problemas de saúde pouco prevalentes. Cabe também à atenção primária, a coordenação ou integração da atenção fornecida em outros lugares. A coordenação é um estado de estar em harmonia dentro de um esforço comum. Nem sempre se tem acesso às informações sobre o atendimento de usuários realizado em vários pontos de atenção. Isto será sempre um desafio para os profissionais. A coordenação tem, como essência, a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e cuidados prestados.

2.2 A integralidade na saúde

No Brasil, a integralidade fez parte das propostas de reforma desde o início da década de 80, quando surgiram programas abrangentes para grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança - PAISC), sendo finalmente, assumida como diretriz para a organização do SUS (CONILL, 2004).

A integralidade da atenção considera as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Logo, deve-se articular com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que repercutem na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2001).

Diretriz política, ideal ou objetivo, a integralidade torna-se atributo relevante a ser levado conta na avaliação na qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, em geral, naqueles direcionados para uma política de cuidados primários (CONIL, 2004).

A integralidade deve contemplar ações de saúde direcionadas à cura e prevenção. O indivíduo deverá ser entendido como um ser integral, sendo vulnerável às diferentes situações de vida e de trabalho que podem levá-lo a adoecer e morrer. Todo atendimento deverá ser voltado à saúde e não à doença. Este deverá ser prestado para erradicar as causas e tratar os danos, diminuindo os riscos. Portanto, o acesso necessita ser garantido para ocorrerem as ações de prevenção, proteção e recuperação. Em seus diferentes níveis de complexidade, as unidades prestadoras devem formar um conjunto indivisível, fazendo com que o sistema seja capaz de prestar a assistência integral (ALMEIDA *et al.*, 2001).

Refletindo sobre a realidade da produção dos serviços de saúde no Brasil, percebemos que a integralidade, além de ser uma diretriz do SUS, é uma bandeira de luta. Ela representa um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária (MATTOS, 2003).

Pautada pela integração entre níveis ou entre ações promocionais e reabilitadoras, a integralidade desejada requer boa cobertura da atenção primária para permitir a utilização adequada dos serviços de saúde bucal. Estudos têm revelado que a integralidade, enquanto articulação entre as ações de promoção, prevenção e tratamento, além da interface entre os níveis de atenção, é maior quando há cobertura adequada das equipes de saúde bucal na atenção primária (CHAVES *et al.*, 2010).

Segundo Faulkner *et al.* (2003), a coordenação entre a Atenção Primária e Secundária, deve ser entendida como ação ou esforço comum. Denominada também, por alguns autores, como interface, ela recebeu atenção nas reformas recentes dos sistemas de saúde europeus com iniciativas para fortalecer a Atenção Primária à saúde. Nesses países, as possíveis formas de interface com atenção secundária, além do tradicional encaminhamento para a execução de procedimentos, vão desde a definição comum de protocolos de manejo de casos, até o desenvolvimento de programas de atendimento compartilhado entre especialidades e profissionais da rede básica.

2.3 Os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO

No Brasil, até 2004, os serviços odontológicos do SUS eram centrados, quase que exclusivamente na Atenção Básica. Os serviços especializados correspondiam a apenas 3,5% do total de procedimentos clínicos. Como o número de procedimentos na atenção secundária e na atenção terciária era baixo, tornava-se impossível a continuidade dos atendimentos odontológicos, o que comprometia a integralidade da assistência (BRASIL, 2004).

Na busca por reverter este quadro, o Ministério da Saúde, através das Portarias 1570, 1571 e 1572 de 29 de julho de 2004, instituiu os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como parte da proposta de ação integral da PNSB, Brasil Sorridente (BRASIL, 2004). De acordo com o modelo de atenção proposto pela PNSB, os CEO devem se constituir em referência para as Equipes de Saúde da Família, priorizando as áreas de tratamento e encaminhamento de lesões bucais, endodontia, periodontia, cirurgia oral menor e próteses, além do atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais. Entre as várias especialidades que compõem o CEO, a periodontia e a endodontia têm papel fundamental na proposta de redução do número de exodontias. A atenção especializada aos problemas periodontais propicia a recuperação e a manutenção de elementos dentários e suas estruturas de suporte, atuando em uma das maiores causas de exodontias, colaborando diretamente com a manutenção dos dentes, proporcionando conforto ao paciente e reduzindo o impacto das doenças gengivais em inúmeras doenças sistêmicas. A endodontia atua diretamente na dor, fator que é responsável por inúmeras extrações dentárias (SILVA, 2008).

Segundo a Portaria MS/GM nº 599, de 23 de março de 2006, os CEO foram classificados em três tipos. As principais diferenças entre eles são o número de consultórios odontológicos e o número de profissionais atuantes. O CEO tipo I tem três consultórios odontológicos completos e três ou mais cirurgiões dentistas; o CEO tipo II conta com quatro a seis consultórios odontológicos e, no mínimo, quatro cirurgiões dentistas; e o CEO tipo III, sete ou mais consultórios odontológicos, com sete ou mais cirurgiões dentistas. O quadro de funcionários é variável de acordo com o Tipo de CEO, porém todos devem funcionar durante 40 horas semanais (BRASIL, 2006).

Dados do ano 2012 mostram que o maior número de CEO se encontrava na região Nordeste, seguido das regiões Sudeste, Sul, Norte e Centro-Oeste (BRASIL, 2015).

2.4 Monitoramento e avaliação de serviços de saúde

Donabedian (1972) propôs um conceito de qualidade em serviços de saúde baseado em sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A efetividade seria a melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde da população.

Nos últimos anos houve avanço nos mecanismos e instrumentos de acompanhamento e avaliação utilizados pelas instancias gestoras do SUS. Os sistemas de informação também se diversificaram. Dentre os vários instrumentos com potencial para auxiliar os processos de acompanhamento e avaliação em saúde podem-se citar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os indicadores e parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade e os manuais dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH), dentre outros (BRASIL, 2011).

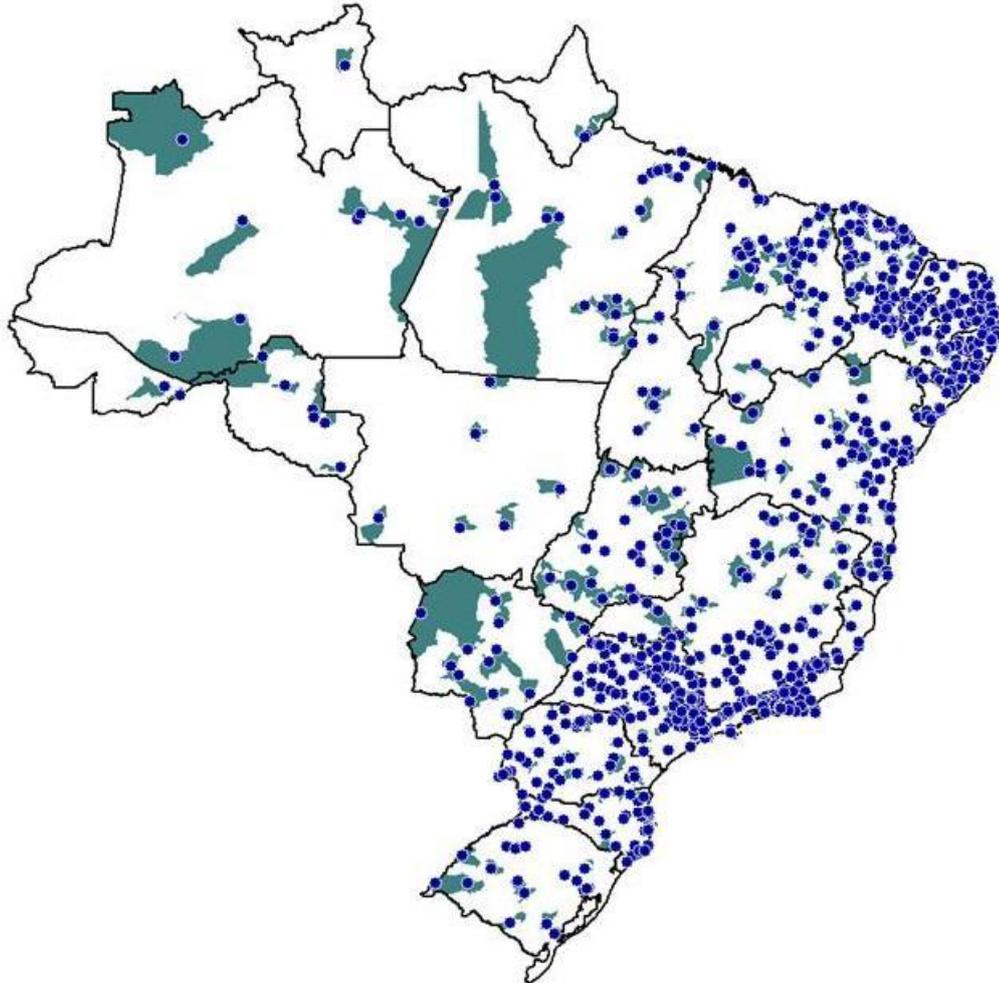
Extrapolando a necessidade de avaliar a eficiência dos serviços e do sistema de saúde, outros fatores contribuíram para que a avaliação em saúde se firmasse como um novo campo do conhecimento e de práticas, destacando-se: a incorporação contínua de novas tecnologias; a ampliação da oferta e da complexidade organizacional dos serviços de saúde; e a crescente necessidade de informação sobre a eficácia, a efetividade e o funcionamento do sistema (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A prática da avaliação nos serviços de saúde deve ser compreendida em duas perspectivas. O tipo mais comum de avaliação de serviço utiliza indicadores gerais de monitoramento do serviço e de sistema, sendo usado em situações pontuais, buscando gerar ações que garantam melhoria da qualidade. Por outro lado, pode se recorrer à pesquisa avaliativa, que resulta de um esforço acadêmico que tem por objetivo estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados (GOES *et al.*, 2012).

Avaliar a atenção secundária em saúde bucal, prestada pelo SUS, até 10 anos atrás era difícil, visto que eram escassos os locais onde esse tipo de assistência existia. Após definições políticas voltadas às ações de saúde bucal que aumentaram o aporte de recursos e possibilitaram o crescimento da rede, conhecê-la e analisá-la tornou-se um passo necessário. O Ministério da Saúde aponta metas de produtividade para os diversos tipos de CEO. A produção mensal mínima para a área de endodontia é igual a 35, 60 e 95 elementos dentários

com canais obturados correspondentes aos CEO tipo I, II, III. Assim, pode-se avaliar e analisar os procedimentos odontológicos de atenção secundária produzida pelos CEO (KORNIS *et al.*, 2011).

Figura 1 - Distribuição geográfica dos CEO em território brasileiro em 2015



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em setembro de 2015

Figura 2 - Evolução do número de CEO de 2003 a 2015

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em setembro de 2015

Estudo de LINO *et al.* 2013, analisou a oferta e o acesso à atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais. Foi observada uma concentração de CEO em algumas regiões, em contraste com vazios assistenciais em outras. Segundo o plano diretor de regionalização do estado, o usuário deve encontrar serviços de atenção secundária dentro da microrregião em que reside. O CEO deve ter abrangência microrregional com base populacional, sendo que o tipo II teria capacidade para atender população referenciada de 130.000 habitantes. Esta situação desejável decorre de uma liberação oficial da SES/MG. Os resultados achados também sugerem que o tempo de implantação pode interferir na eficiência dos CEO, ou seja, quanto maior for a idade de implantação, mais eficientes. Grande parte dos CEO de Minas Gerais não vêm alcançado as metas do Ministério da Saúde para as especialidades de cirurgia, periodontia e endodontia. Os municípios que prestam atendimento especializado por meio do CEO possuem maior número absoluto de ESB implantadas. Também possuem melhor índice de desenvolvimento humano (IDH) quando comparados aos municípios sem CEO.

Instituído pela Portaria MS/GM nº 261, de 21/02/13, o PMAQ-CEO é o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas. O programa avalia o desempenho dos CEO e institui, no âmbito da PNSB, um instrumento de negociação entre as esferas de gestão do SUS. Nele, o Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), debateram soluções para viabilizar a ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos CEO em todo o Brasil (BRASIL, 2013).

A adesão ao programa é voluntária para todos os CEO em funcionamento no Brasil. Realizada a adesão, o CEO já passa a receber 20% do incentivo do PMAQ-CEO. Os CEO que aderiram a este programa são monitorados por meio de indicadores de produção, de gestão, de processo de trabalho e satisfação do usuário. Após a avaliação externa, o CEO poderá perder os 20%, ou ampliar para 60%, podendo alcançar até 100% deste incentivo financeiro.

Dentre os desafios que o PMAQ-CEO pretende enfrentar ou já enfrenta para a qualificação da atenção especializada em saúde bucal, destacam-se:

- a) Qualidade da estrutura física;
- b) Insuficiência de instrumentos e equipamentos de qualidade, comprometendo a qualidade das ações;
- c) Ambiência acolhedora do CEO, evitando que os usuários tenham uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;
- d) Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;
- e) Instabilidade e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo a integração dos profissionais e continuidade do serviço;
- f) Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;
- g) Grande demanda acumulada pelos modelos excludentes, sobrecarregando os CEO com número excessivo de pessoas, gerando um longo tempo de espera para o atendimento;
- h) Ausência de protocolos clínicos para tratamentos especializados, comprometendo a resolutividade do serviço;
- i) Pouca integração dos profissionais do CEO com a equipe de saúde bucal da atenção básica e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- j) Ausência de protocolos de referência e contrarreferência de usuários, gerando excesso de encaminhamentos inadequados;
- k) Financiamento insuficiente (BRASIL, 2013).

A implementação dos CEO pode constituir estratégia relevante com vista à melhoria da qualidade da atenção no âmbito odontológico. Estudo de Figueiredo e Góes (2009) identificou diferentes desempenhos dos CEO segundo o porte populacional e o IDH das

regiões atendidas. Este estudo revelou maior cumprimento de metas em municípios com menor cobertura de saúde da família, indicativo de baixa articulação entre serviços da atenção primária à saúde e atenção secundária à saúde.

2.5 Acesso aos serviços de saúde

Acesso é a entrada do usuário ao sistema de saúde. As diferentes características sociais, econômicas, culturais e geográficas podem interferir no acesso aos serviços especializados. Observa-se que, em geral, para as pessoas que mais dependem do SUS e necessitam dos seus serviços, o acesso reflete o resultado da demanda daquelas pessoas que têm maior acessibilidade. Torna-se importante pois, compreender a diferença conceitual entre acesso e acessibilidade (DONABEDIAN, 1972). A acessibilidade permite e possibilita a chegada aos serviços de saúde. Já o acesso possibilita seu uso oportuno, propondo a melhores resultados possíveis, e relacionando-se a forma como o indivíduo experimenta os serviços de saúde (STARFIELD, 2004).

O acesso aos serviços de saúde deve ser estabelecido, em cada unidade de saúde, com a participação de toda a equipe e de representantes da comunidade que reside em uma área de abrangência. As diferentes características sociais, econômicas, culturais e geográficas podem interferir no acesso aos serviços especializados. A área de abrangência de uma unidade de saúde é o território sob sua responsabilidade. As características geográficas deste território e as situações sócio culturais, em geral e em cada setor censitário, são fundamentais na definição dos fluxos de acesso da população aos serviços ofertados por uma unidade de saúde (UNGLERT, 1999).

Entendida como uma característica dos serviços de saúde, a acessibilidade pode ser referida por diferentes enfoques (ACURCIO e GUIMARÃES, 1996; FERREIRA, 2004; RAMOS e LIMA, 2003; REIS *et al.*, 1990; UNGLERT, 1999):

- a) Político: são consideradas as relações estabelecidas entre a conformação histórica do modelo de atenção à saúde e as políticas de saúde, sendo considerada a possibilidade de desenvolver a consciência sanitária e a organização social;
- b) Geográfico: relaciona-se com a distância a ser percorrida e obstáculos. O tempo de locomoção, os meios de transporte que serão usados pelos usuários para terem acesso às unidades de saúde e o tempo de permanência fora do trabalho são fatores relacionados;

- c) Técnico ou funcional: refere-se aos tipos de serviços oferecidos, horário de funcionamento, qualidade e o acesso facilitado ao serviço de referência;
- d) Cultural: analisa a inserção do serviço no nível sociocultural dos usuários.
- e) Econômico: considera a relação entre a oferta e a demanda e sabe-se que a totalidade dos serviços de saúde não está ao alcance a todos os cidadãos. É abordado o valor gasto com o transporte coletivo e o tempo gasto na ida e volta ao serviço.

O acesso aos serviços de saúde dá-se pelo seu uso e não pela sua existência. Com sua utilização é representado o consumo real em relação a sua necessidade. Disponibilidade, tipo, quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos), localização geográfica, cultura média do local, entre outros, influenciam o padrão de consumo dos serviços de saúde. Condições sociais desfavoráveis tendem a reduzir as chances de uso dos serviços (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

A definição de acesso aos serviços de saúde tem sofrido modificações. Com as mudanças experimentadas pela sociedade, passou-se a incorporar os conceitos de justiça social e equidade. O acesso pode ser compreendido pela entrada ou possibilidade de atingir algo. Indo além, pode-se definir acesso como a entrada do usuário no sistema. No entanto, nos dias atuais, este conceito ultrapassa a simples utilização dos serviços. Passa a ser compreendido como a capacidade de se buscar e acessar os serviços, de acordo com suas necessidades, não dependendo da situação financeira (HIRMAS ADAUY *et al.*, 2013; SANCHES e CICONELLI, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

Segundo Sanches e Ciconelli (2012), o acesso aos serviços de saúde está fundamentado em quatro elementos principais: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, aproximando-se, assim, do conceito de equidade em saúde.

O acesso é considerado como algo mais elaborado que a disponibilidade de recursos organizados em aspectos sociais e geográficos. Ele é determinado por políticas de saúde, população em risco, utilização de serviços por usuários. Deve-se classificar o acesso em dimensões contextuais como o sistema de saúde, família e comunidade. Acesso pode ser considerado como o resultado entre a oferta de serviço de saúde e a necessidade da população por tais serviços, que podem ser expressos como demanda (HIRMAS-ADAUY *et al.*, 2013).

Iniquidades no acesso ao serviço de saúde mantêm-se mesmo em países desenvolvidos, fazendo com que os indivíduos com melhores situações econômicas sejam mais beneficiados. A desigualdade no uso dos serviços de saúde é alta nos Estados Unidos,

México, Finlândia, Portugal, Irlanda e Suécia. Na maioria dos países, verifica-se uma desigualdade na distribuição das consultas, sendo que os usuários de melhor condição social são significativamente mais beneficiados no acesso à consulta com o especialista. Na Inglaterra, há fortes tendências de que os mais necessitados comparecem mais às consultas ambulatoriais, contudo, o acesso ao especialista continua sendo maior nos grupos com maior poder aquisitivo (VAN DOORSLAER, 2006). Devido ao crescimento urbano desenfreado e sem sustentabilidade, com estrutura sanitária precária, continua havendo desigualdade na utilização dos serviços na maior parte da periferia das médias e grandes cidades da América Latina (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Diferenças na qualidade da atenção à saúde, principalmente na saúde Bucal, além de dificuldade de acesso e desigualdades entre regiões, foram apontadas em estudos de utilização dos serviços no Brasil (FRIAS *et al.*, 2007; MACINCKO e LIMA-COSTA, 2012; SOARES *et al.*, 2013).

No município de Contagem, o tratamento odontológico está baseado na promoção de saúde bucal. As unidades odontológicas são compostas por um cirurgião dentista, um assistente de saúde bucal e um técnico de saúde bucal que desenvolvem a promoção de saúde. Além da demanda programada, há o atendimento às urgências odontológicas onde não há definição de área como acontece nos procedimentos eletivos. O serviço não é capaz de atender toda a demanda adscrita, por isso, são estabelecidos critérios de priorização para atendimento programado. Gestantes e diabéticos fazem parte deste grupo (CONTAGEM, 2012).

2.6 A Endodontia

A Endodontia se ocupa da prevenção e do tratamento das afecções pulpares e periapicais. O tratamento endodôntico consiste, basicamente, no preparo mecânico-químico do sistema de canais radiculares, com o intuito de eliminar tecido orgânico e microrganismos e, conseqüentemente, criar um espaço adequado que possa ser obturado tridimensional e hermeticamente (SHILDER, 1974).

Por ser a dor dentária o grande motivo da busca por tratamento odontológico, justifica-se a grande demanda por serviços de endodontia. Neste, são necessárias várias sessões para a abertura do dente até o tecido pulpar e a recuperação dos tecidos lesionados por meio da troca de curativos até o dente estar saudável para o fechamento dos canais e, posteriormente, ser restaurado, devolvendo função ao elemento dentário. O tratamento é de alto custo em

consultórios particulares. Por este motivo, a procura é grande, ocasionando filas de espera no serviço público (SALIBA, 2005).

A dor de origem pulpar ou perirradicular é comum nos casos de emergência em consultórios dentários e muitas vezes a intervenção endodôntica se torna imprescindível para o alívio dos sintomas. O problema endodôntico está entre as maiores causas de dor, resultando em maior procura por atendimento para sua solução. A importância do tratamento endodôntico se associa diretamente à necessidade do controle de infecção para preservação da saúde. Na presença de infecção endodôntica, a solução tem dois caminhos: tratamento endodôntico ou exodontia, sendo que esta última opção, por sua vez, acaba afetando a qualidade de vida do indivíduo, tanto em termos funcionais, quanto sociais e psicológicos (SALIBA, 2005).

Quando da presença de infecção endodôntica, dois caminhos se colocam na busca de solução deste problema: tratamento endodôntico ou exodontia, sendo que esta última opção, por sua vez, acaba afetando a qualidade de vida do indivíduo, tanto em termos funcionais, quanto sociais e psicológicos.

No município de Contagem, local deste estudo, o trabalho dos endodontistas é baseado na técnica de instrumentação mecânica e manual, com o uso de limas de aço inoxidável. Estas são utilizadas, devido ao seu baixo custo em relação as limas mais modernas. Os instrumentos rotatórios de Níquel Titânio (NiTi) foram inseridos na Endodontia e tornaram-se populares devido ao seu baixo módulo de elasticidade em relação às limas de aço inoxidável (WALIA *et al.*, 1988). Estes são facilitadores, pois possibilitam a limpeza do canal em menos tempo e maior eficiência clínica. Há menor fadiga para os pacientes e para os profissionais, que podem atingir maior número de altas e qualidade da técnica. A relação custo/benefício é, pois, favorável. O emprego dos instrumentos de NiTi no atendimento de pacientes do SUS, mostrou-se mais eficiente e resolutivo, comparado à instrumentação manual. Permite-se atender um maior número de pacientes em menor tempo, contribuindo para uma melhoria do acesso e diminuído o tempo na fila de espera (SEIJO, 2010).

2.7 O município de Contagem

Contagem é um dos 34 municípios da região metropolitana de Belo Horizonte. Está situado na região central do Estado de Minas Gerais, ocupando uma área de 194,586 Km², conforme ilustrado na Figura 3. Sua população é de cerca de 637.960 habitantes. Segundo dados do IBGE, em 2010, Contagem apresentava IDH de 0,756, considerado alto, e passou a ocupar o trigésimo primeiro lugar dentre as cidades mineiras (IBGE, 2010; PNUD, 2014). Este escore não é homogêneo e, possivelmente, encobre as desigualdades existentes no município.

A cidade de Contagem, devido à larga extensão territorial, é dividida em sete regiões administrativas denominadas: Sede, Eldorado, Petrolândia, Vargem das Flores, Industrial (que incorpora a região do Riacho), Ressaca e Nacional (Figura 4).

Figura 3 - Mapa da Cidade de Contagem e circunvizinhança



Fonte: IBGE, 2005

Figura 4 - Regiões Administrativas do Município de Contagem



Fonte: IBGE, 2002

2.8 Necessidades em saúde bucal no município de Contagem

Em 2012, a SES-MG, utilizando metodologia semelhante à que foi realizada pelo Ministério da Saúde para os levantamentos epidemiológicos denominados SB Brasil 2003 e 2010, realizou a “Pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira” (SB - Minas Gerais), que é um inquérito epidemiológico abrangendo todo o território de Minas Gerais. De acordo com a metodologia empregada, os municípios foram divididos em três grupos (capital, interior 1 e interior 2). O município de Contagem pertenceu ao grupo denominado interior 1. Neste estudo foi observado o padrão clássico de distribuição de dentes cariados, perdidos e obturados (índice CPO-D) que aumenta ao longo dos ciclos da vida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice CPOD é utilizado em levantamentos epidemiológicos com o objetivo de medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações (WHO, 1997).

O estudo revelou, ainda, que em termos absolutos, a média de CPO-D de Minas Gerais (1,8) foi ligeiramente acima da média do Sudeste (1,7) e abaixo da brasileira (2,1). Aos 12 anos, observou-se sempre a melhor situação na capital, seguida pelo Interior 1 e pelo Interior 2. As necessidades de tratamento acompanharam o perfil do mesmo índice calculado para dentes decíduos (ceod) e do CPOD, principalmente com relação à proporção dos componentes cariados, perdidos e obturados.

A evolução da cárie dentária, sem a possibilidade de tratamento imediato, em geral, leva ao comprometimento pulpar, o que exige tratamento endodôntico e, caso este não ocorra, leva à necessidade de extração do dente. Entre os adolescentes houve valores muito próximos de necessidade de tratamento pulpar entre as idades pesquisadas. O grupo etário de 65 a 74 anos apresentou a maior necessidade de tratamento pulpar (4,9%) enquanto, o grupo de menor necessidade, foi o de 12 anos (0,19%). O estudo apontou 0,22% de dentes com a polpa comprometida no grupo de 15 a 19 anos, 1,17% no grupo de 35 a 44 anos enquanto que, as crianças de 5 anos, apresentam a segunda maior necessidade, 0,25% (MINAS GERAIS, 2013).

2.9 Serviços e recursos humanos no município de Contagem

A Tabela 1 mostra as características demográficas e a disponibilidade de serviços e recursos humanos em saúde bucal, apresentando o número total (77) de Cirurgiões Dentistas (CD) e sua distribuição por cada divisão administrativa do município de Contagem. Não há uma distribuição homogênea de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de equipes de saúde bucal (ESB), refletindo a distribuição territorial da população do município. Entre os CD, 21 (27,7%) encontram-se na estratégia de Saúde da Família (ESF), 44 (57,1%) atuam apenas na Atenção Básica e 12 (15,6%) na atenção especializada, alocados no CEO. Dentre estes, 3 (3,9%) são endodontistas, com carga horária de 20 horas semanais cada.

O CEO do município de Contagem, implantado em 2008, é do tipo II, com cinco equipamentos completos. A carga horária para a endodontia totaliza 60 horas semanais.

Tabela 1 - Distribuição da população, unidades de saúde, equipes de saúde bucal e especialidades por região administrativa do município de Contagem (Minas Gerais, 2014)

DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM	POPULAÇÃO	UNIDADE BÁSICA SAÚDE	EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	CD NÃO INSERIDO NA ESB	CD INSERIDO ESB	CD ESPECIALISTA	CD ENDODONTISTA
INDUSTRIAL	127572 (20,1%)	7	1	11	1	0	0
RESSACA	99899 (15,7%)	4	6	3	6	0	0
SEDE	62668 (9,9%)	2	2	5	2	10	3
VARGEM DAS FLORES	52629 (8,3%)	3	3	1	3	0	0
NACIONAL	65837 (10,3%)	4	5	0	5	0	0
PETROLÂNDIA	80118 (12,7%)	4	2	6	2	0	0
ELDORADO	149237 (23,5%)	7	2	18	2	2	0
TOTAL	637960 (100%)	31	21	44	21	12	3

Em 2013, a ESF do município de Contagem apresentava uma cobertura populacional de 52,83%. Pertenciam a este grupo, 436 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), caracterizando cobertura populacional de 40,84%. Segundo o DATASUS, em 2013, a cobertura da atenção básica em saúde bucal era de 28,79%. Em relação ao ano de 2014, segundo informação pessoal da Coordenação de Saúde Bucal/SAS/SMS/Contagem (2015), esta cobertura baixou para cerca de 20%, em função da redução do número de cirurgiões dentistas em exercício.

2.10 Protocolo para o sistema de referência e contrarreferência em Contagem

A organização da demanda de um serviço local de saúde deve ter, como pressuposto, a entrada dos pacientes pela UBS, sob a responsabilidade da Equipe de Saúde Bucal (ESB) da equipe de Saúde da Família (SF). Isto é utilizado para a otimização e melhoria na qualidade do serviço. Neste modelo de atenção, o processo de trabalho necessita estruturar-se coletivamente. (SOUZA e RONCALLI, 2007)

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o encaminhamento para o CEO deve ser realizado a partir das UBS e das Unidades de Saúde da Família. Nestas unidades, o profissional avalia a viabilidade da recuperação do dente de acordo com critérios pré-estabelecidos. A interface entre a atenção básica e a atenção secundária no município de Contagem se dá por meio de um protocolo de referência e contrarreferência, elaborado pela coordenação de saúde bucal no ano de 2009, época que foi inaugurado o CEO (CONTAGEM, 2012). O atendimento ao usuário tem início na atenção básica (AB), e visa a resolução de todas as necessidades próprias deste nível de atenção. Quando ocorre a identificação de necessidades cuja resolução não é possível de realizar na AB, deve haver o encaminhamento para outros níveis de complexidade. Ao final do tratamento nestes níveis de atenção, os profissionais devem reencaminhar os usuários à Atenção Básica para a continuidade da assistência. Portanto, de acordo com este protocolo, o usuário pertence à Atenção Básica, que se constitui, pois, no lugar de alocação do mesmo no sistema municipal de saúde.

2.11 Critérios gerais de encaminhamento para as especialidades do CEO Contagem

No município de Contagem, o protocolo de encaminhamentos entre a AB e os níveis de maior complexidade prevê que, independente da especialidade a que o usuário seja referenciado, este processo siga os seguintes critérios:

- *Os encaminhamentos devem ser feitos somente pelos cirurgiões dentistas da rede básica de saúde do município de Contagem por meio de Guia de Referência/Contrarreferência em duas vias. Uma das vias deverá ser anexada ao prontuário do usuário e a outra entregue a ele para que o fluxo de agendamento na especialidade seja iniciado;*
- *O monitoramento dos usuários encaminhados para o CEO deve ser realizado por meio de arquivo rotativo ou registro em caderno específico;*
- *Não devem ser encaminhados casos de urgência;*
- *É de responsabilidade da equipe de saúde bucal da atenção básica acompanhar o estado clínico do usuário encaminhado ao CEO nos casos em que o tempo de espera para agendamento da primeira consulta seja superior a 4 (quatro) meses. Estes usuários devem ser agendados inicialmente para a manutenção com o TSB e se necessário posteriormente com o cirurgião dentista;*

- *Os usuários devem ser encaminhados somente para uma especialidade, de acordo com a prioridade clínica estabelecida pelo cirurgião dentista da Unidade Básica de Saúde;*
- *O encaminhamento de uma especialidade para outra será realizado através de Guia de Referência/Contrarreferência, dentro da vaga pré-estabelecida na agenda do CEO;*
- *Os usuários só devem ser encaminhados após conclusão do tratamento básico e sem sintomatologia dolorosa;*
- *Os usuários que se apresentarem para iniciar o tratamento no CEO devem, obrigatoriamente, apresentar na recepção a guia de referência/contrarreferência devidamente preenchida.*

2.12 Critérios de encaminhamento para a especialidade Endodontia

Em relação aos procedimentos de endodontia, segundo o protocolo municipal de encaminhamento para as especialidades do CEO, os critérios específicos para a especialidade são os seguintes:

- *Os usuários encaminhados devem apresentar remoção de todo o tecido cariado do elemento dental a ser tratado, abertura adequada da câmara pulpar, curativo de demora e selamento coronário provisório adequado;*
- *Pulpotomia não é um procedimento de urgência. Este tipo de procedimento deve ser realizado e acompanhado na atenção básica;*
- *Deverão ser avaliados criteriosamente antes do encaminhamento, os dentes sem função, terceiros molares com curvatura acentuada, dentes que não possuam possibilidade de reabilitação (destruição extensa da coroa) e dentes com difícil acesso para instrumentação;*
- *Os usuários encaminhados devem portar radiografia do dente a ser tratado. Deve-se anotar na guia de referência que o usuário está de posse da radiografia inicial;*
- *Os usuários devem ser informados quando houver necessidade de tratamento protético e esta orientação deve ser registrada no prontuário, seguida de assinatura do usuário.*

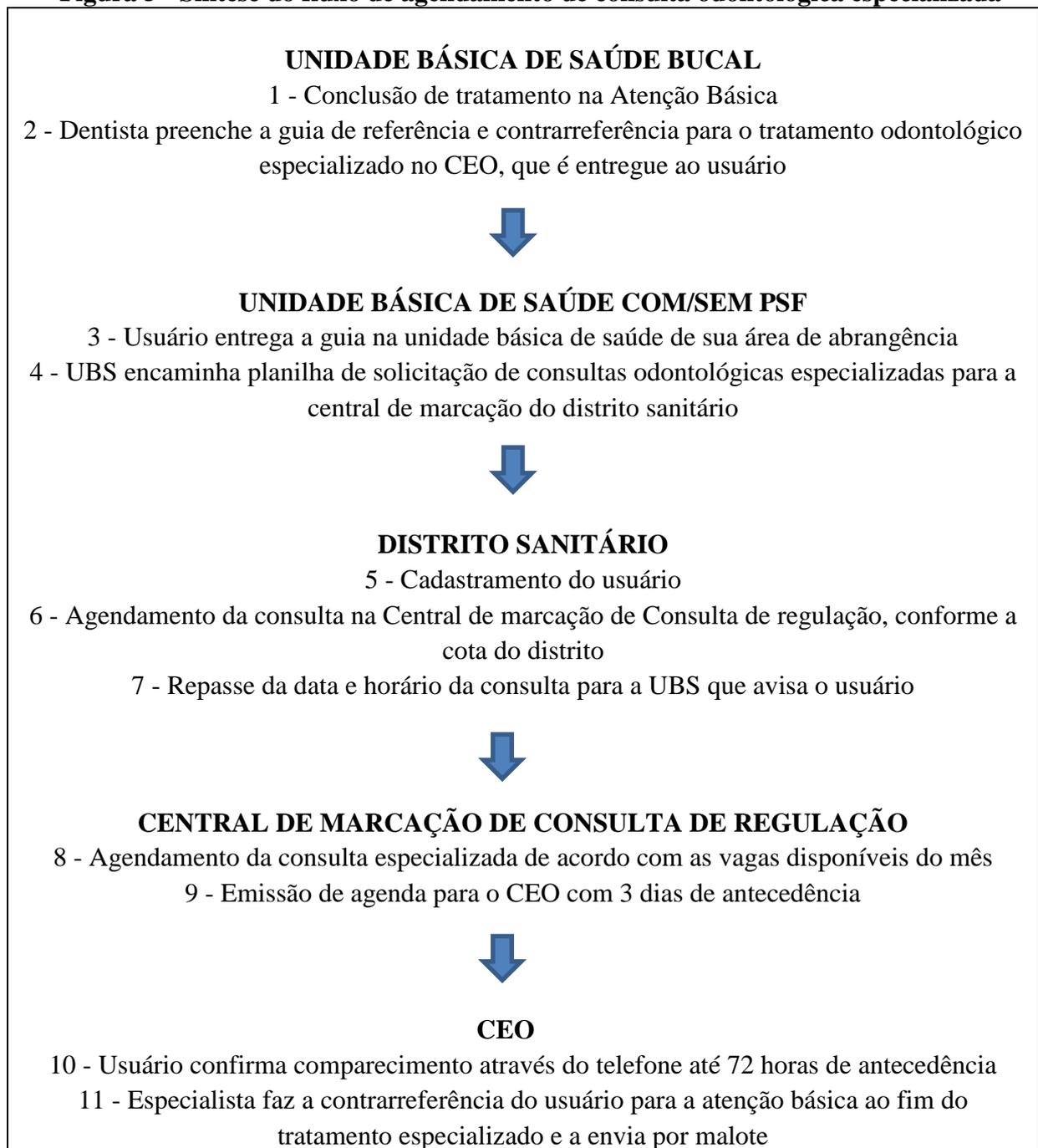
Desta forma, após a conclusão do atendimento, a contrarreferência deve se dar pelo envio ao cirurgião dentista da atenção básica, de um relatório explicitando o tratamento realizado, o diagnóstico, o retorno (quando for o caso) e o prognóstico.

2.13 Fluxo de agendamento da consulta odontológica especializada

Após a conclusão do tratamento na atenção básica, as referências são encaminhadas da unidade de saúde para a central de marcação de consultas do distrito sanitário. Esta central cadastra o usuário e é responsável pelo agendamento da consulta, conforme a cota do distrito. Todos os meses o CEO, organiza a disponibilidade de primeiras consultas de acordo com a agenda dos dentistas, respeitando o critério de cotas disponibilizadas para cada região administrativa do município, ditadas pela coordenação da saúde bucal. Deste modo, há o agendamento da consulta especializada de acordo com as vagas disponíveis no mês. Neste

momento, ocorre o repasse da data e horário da consulta no CEO para a UBS, sendo ela responsável por informar ao usuário. Há uma emissão dos nomes contemplados para a agenda do CEO com três dias de antecedência. O usuário deverá confirmar o seu comparecimento através de telefone, diretamente no CEO, com 72 horas de antecedência. Ocorrido o tratamento, o especialista faz a contrarreferência do usuário para a atenção básica, encaminhando-a por malote.

Figura 5 - Síntese do fluxo de agendamento de consulta odontológica especializada



3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária para o serviço de Endodontia no município de Contagem, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar a observância e o cumprimento do protocolo de encaminhamento para o serviço de endodontia do município;
- b) Verificar a efetividade do serviço de Endodontia do município a partir da análise da regionalização de sua cobertura;
- c) Verificar a efetividade do serviço de Endodontia do município a partir da relação total e também regionalizada entre primeiras consultas especializadas de endodontia e tratamentos concluídos;
- d) Subsidiar o aperfeiçoamento do protocolo de encaminhamento para o serviço de endodontia do município diante das análises de efetividade do serviço de endodontia do município.

4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, de caráter avaliativo, para análise da cobertura e resolutividade das referências e contrarreferências encaminhadas para o serviço de endodontia do CEO do município de Contagem, Minas Gerais.

Foram utilizados dados secundários, coletados dos sistemas de informação municipais, bem como de prontuários contidos nos arquivos do CEO em estudo. Compreendeu-se o período de 2009 a 2014. Para acesso a estas fontes, foi obtida a Carta de Anuência da Secretaria de Saúde do município de Contagem e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob CAAE nº 48123815.8.0000.5149.

A partir das fontes de informação secundárias supracitadas, coletaram-se as seguintes variáveis: número de pacientes referenciados para o CEO; sexo e faixa etária; número de primeiras consultas de pacientes que resultaram em tratamento endodôntico; número de primeiras consultas que resultaram em exodontias; intervalo entre início e término do tratamento dos pacientes atendidos pela endodontia; número de pacientes que concluíram o tratamento endodôntico; número de pacientes que abandonaram o tratamento endodôntico. Todas as variáveis foram analisadas sob a perspectiva da totalidade do município e da particularidade de cada uma de suas regiões administrativas. Realizou-se a análise descritiva dos dados, bem como análise comparativa através do teste Chi quadrado.

Todas as atividades propostas nesta metodologia foram realizadas pela autora deste estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

ANÁLISE DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA ENDODONTIA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE MG

Analysis of the referral system to the public endodontics service in a city from the metropolitan area of Belo Horizonte

Valéria Maria Barbosa Moreira de Mello¹

Marcos Azeredo Furquim Werneck¹

Flávio de Freitas Mattos¹

Resumo

A avaliação nos serviços de saúde pode compreender a utilização de indicadores gerais de monitoramento do serviço e a pesquisa avaliativa, que objetiva estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados. As avaliações de serviços em atenção secundária em saúde bucal no Brasil estão em fase incipiente de construção de evidências, sobretudo após a implantação dos CEO. Este estudo objetivou analisar o processo de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária no serviço de Endodontia do CEO do município de Contagem, Minas Gerais. Além disso, subsidiar o aperfeiçoamento do protocolo de encaminhamento para o serviço. Foram coletados dados secundários, dos sistemas de informação municipais, bem como de prontuários contidos nos arquivos do CEO em estudo, relativos ao universo dos 512 pacientes atendidos entre 2009 e 2014. Falhas nos registros impediram a verificação do tempo médio de espera pela primeira consulta. O tempo médio decorrido entre a primeira consulta e a conclusão do tratamento foi em média de 3,12 meses. Houve maior frequência relativa dos indivíduos oriundos das regiões administrativas municipais onde há maior população e maior número de unidades básicas de saúde. Houve números bastante semelhantes entre dentes uni radiculares e não uni radiculares atendidos. Grande proporção de dentes chegou à endodontia do CEO sem possibilidade de tratamento. Foram gerados dados que pudessem subsidiar a renovação do protocolo de funcionamento vigente para o serviço estudado.

Palavras Chave: Endodontia. Sistema Único de Saúde. Referência e consulta. Avaliação de Serviços de Saúde.

¹ Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Abstract

The evaluation of health services may use both general service monitoring indicators and evaluation research, which aims at studying service performance and its enhancement through problem solving. The evaluation of secondary level oral health services in Brazil is incipient in evidence construction, hence after the creation of the CEO. This study aimed at analyzing the referral system between primary health care and the endodontics secondary level care from the CEO of the city of Contagem, Minas Gerais, searching for the enhancement of the existing referral protocol. Secondary data were collected from the city's data systems as well as from service's files, regarding all 512 patients who attended it between 2009 and 2014. Register flaws prevented the determination of mean waiting time before first appointment. Mean time between first appointment and treatment conclusion was 3.12 months. There was higher frequency of individuals from those city's administrative regions with higher population and more availability of primary health care units. Similar proportions of single and non-single rooted teeth were treated. Great proportions of teeth reached CEO's endodontics service without possible treatment. Data were generated to supply the renovation of the present service referral protocol.

Keywords: Endodontics. Unified Health System. Referral and consultation Health service evaluation.

1 INTRODUÇÃO

A atenção odontológica no Brasil ficou caracterizada durante anos, por atender grupos populacionais restritos, por meio de programas voltados para o curativismo, tendo como resultado uma baixa cobertura, tanto no aspecto assistencial como populacional. Por muito tempo, a atenção odontológica no serviço público brasileiro prestou assistência a grupos populacionais re, com ênfase para os escolares. O restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores ¹.

A utilização dos serviços, por sua vez, pode também ser influenciada pela acessibilidade, entendida como relação aos obstáculos impostos pelos serviços e os poderes dos usuários para superarem tais dificuldades². Entre os fatores do serviço associado à maior utilização estão: a oferta adequada de procedimentos segundo as necessidades populacionais, a acessibilidade geográfica e organizacional, além da definição de um profissional de saúde para o acompanhamento de cada caso, especialmente para procedimentos especializados³.

A aplicação da avaliação em saúde para a área de saúde bucal, reordenamento das políticas, programas e serviços é um desafio constante para o monitoramento dos serviços para a melhoria da qualidade, bem como vigilância em saúde bucal. As avaliações de serviços em atenção secundária em saúde bucal, particularmente no Brasil, estão em fase incipiente de construção de evidência, sobretudo com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas. A prática da avaliação nos serviços de saúde deve ser compreendida em duas perspectivas. Por um lado, o tipo mais comum de avaliação de serviço utiliza indicadores gerais de monitoramento do serviço e do sistema, sendo usado em situações pontuais, buscando gerar ações que garantam melhoria da qualidade. Por outro lado, pode se recorrer à pesquisa avaliativa, que resulta de um esforço acadêmico que tem por objetivo estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados⁴.

Segundo Faulkner⁵, a coordenação entre a Atenção Primária e Secundária, deve ser entendida como ação ou esforço comum. Denominada também, por alguns autores, como interface, ela recebeu atenção nas reformas recentes dos sistemas de saúde europeus como iniciativas para fortalecer a Atenção Primária à saúde. Nesses países, as possíveis formas de interface com atenção secundária, além do tradicional encaminhamento para a execução de procedimentos, vão desde a definição comum de protocolos de manejo de casos, até o desenvolvimento de programas de atendimento compartilhado entre especialidades e profissionais da rede básica.

Por ser a dor dentária o grande motivo da busca por tratamento odontológico, justifica-se a grande demanda por serviços de endodontia. Neste, são necessárias várias sessões para a abertura do dente até o tecido pulpar e a recuperação dos tecidos lesionados. Ou ainda, da troca de curativos até o dente estar saudável para o fechamento dos canais e, posterior restauração, devolvendo função ao dente. Em geral, este tratamento é de alto custo em

consultórios particulares e, muitas vezes, não é oferecido pelo serviço público. Por este motivo, a procura é grande, ocasionando a fila de espera⁶.

Contagem é um dos 34 municípios da região metropolitana de Belo Horizonte. Está situado na região central do Estado de Minas Gerais. Sua população se aproxima de 647.000 habitantes⁷. No município, há um Centro de Especialidades Odontológicas, implantado em 2008, do tipo II. Este é responsável pelo atendimento da população dos sete distritos administrativos em que o município se divide: Sede, Eldorado, Petrolândia, Vargem das Flores, Industrial (que incorpora a região do Riacho), Ressaca e Nacional. Atende às seguintes especialidades: estomatologia, periodontia, cirurgia oral menor, endodontia, próteses dentárias (prótese total removível, prótese parcial removível estética), odontopediatria e atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais (PNE). Até o momento, sete anos após sua implantação, não foi realizada nenhuma avaliação quanto à acessibilidade ou utilização do CEO de Contagem.

2 OBJETIVOS

Este estudo objetivou analisar o processo de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária no serviço de Endodontia no município de Contagem, Minas Gerais e subsidiar o aperfeiçoamento do protocolo de encaminhamento para o serviço de endodontia do município diante das análises de efetividade do serviço de endodontia do município.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, de caráter avaliativo, para análise da cobertura e resolutividade das referências e contrarreferências encaminhadas para o serviço de

endodontia do Centro de Especialidades Odontológicas do município de Contagem, Minas Gerais.

Foram utilizados dados secundários, coletados dos sistemas de informação municipais, bem como de prontuários contidos nos arquivos do CEO em estudo. Compreendeu-se o período de 2009 a 2014. Para acesso a estas fontes, foi obtida a Carta de Anuência da Secretaria de Saúde do município de Contagem e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob CAAE nº 48123815.8.0000.5149.

A partir das fontes de informação secundárias supracitadas, coletaram-se as seguintes variáveis: número de pacientes que foram referenciados para o CEO; seu sexo e faixa etária; número de primeiras consultas de pacientes que resultaram em tratamento endodôntico; número de primeiras consultas que resultaram em exodontias; intervalo entre início e término do atendimento dos pacientes tratados pela endodontia; número de pacientes que abandonaram o tratamento endodôntico; número de pacientes que concluíram o tratamento endodôntico. Todas as variáveis foram analisadas sob a perspectiva da totalidade do município e da particularidade de cada uma de suas regiões administrativas. Realizou-se a análise descritiva dos dados, bem como análises comparativas através do teste Chi quadrado.

4 RESULTADOS

Foram obtidos dados relativos ao universo dos 512 pacientes que tiveram acesso ao CEO, referenciados para o serviço de Endodontia, entre os anos de 2009 a 2014. As informações relativas a pacientes que estavam com dados incompletos, devido a erro no sistema e fichas clínicas perdidas ou incompletas, foram excluídas das análises. Não foram identificadas significâncias estatísticas das diferenças encontradas.

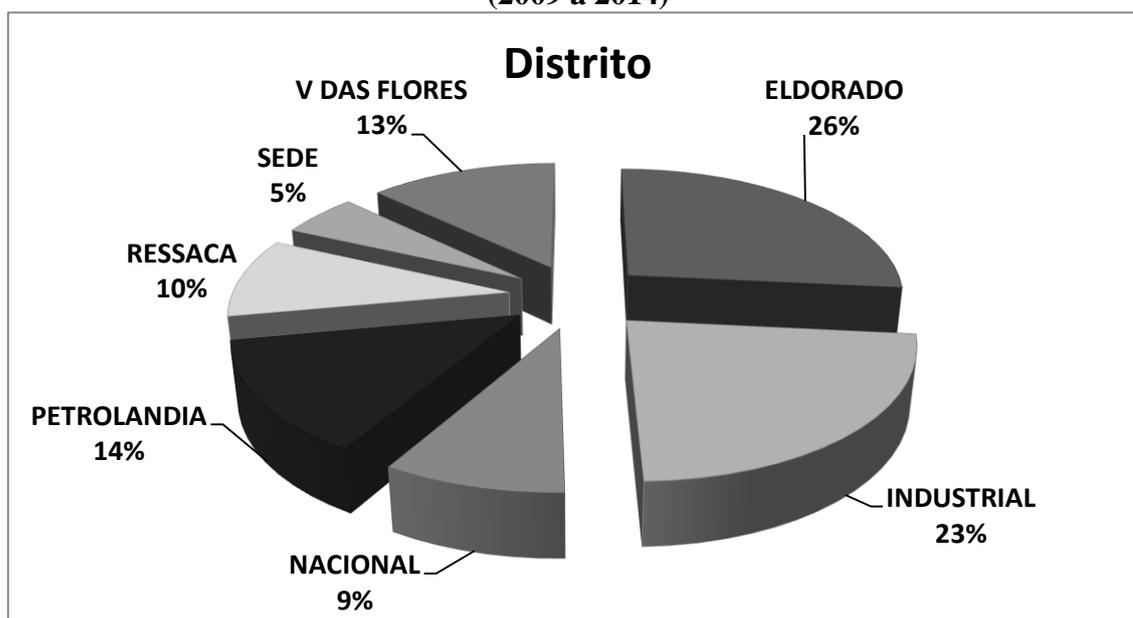
Os números absolutos e relativos pertinentes ao acesso de pacientes ao CEO de Contagem podem ser vistos na Tabela 1 e no Gráfico 1. Percebeu-se a maior frequência

relativa dos indivíduos oriundos do Eldorado (25,8%), proximamente seguidos por aqueles do Industrial (22,3%). Em conjunto os dois distritos totalizam quase a metade da utilização do serviço. Curiosamente, o menor percentual de indivíduos atendidos pelo serviço teve origem na Sede, distrito onde fica localizado o CEO em estudo. Na totalidade municipal, houve o predomínio do sexo feminino.

Tabela 1 - Distribuição populacional, regionalizada e por sexo dos pacientes que acessaram a endodontia do CEO Contagem (2009 a 2014)

Distrito	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Eldorado	94	25,8	42	28,4	136	26,6
Industrial	81	22,3	37	25,0	118	23,0
Nacional	37	10,2	08	5,4	45	8,8
Petrolândia	51	14,0	19	12,8	70	13,7
Ressaca	39	10,7	11	7,4	50	9,8
Sede	18	4,9	09	6,1	27	5,3
V das Flores	44	12,1	22	14,9	66	12,9
TOTAL	364	71,7	148	28,3	512	100%

Gráfico 1 - Distribuição regionalizada dos pacientes que tiveram acesso à endodontia (2009 a 2014)



Verificaram-se os números relativos, regionalizados, por sexo e por faixa etária de indivíduos que, após a primeira consulta, não deram prosseguimento ao tratamento, caracterizando, assim, o abandono. Grande parte (71,1%) do abandono do tratamento deu-se entre aqueles da faixa etária 19 a 59 anos, seguidos igualmente por aqueles entre 13 e 18 anos (14,4%) e pelos maiores de 60 anos (7,3%) e pela faixa etária entre 6 e 12 anos (7,3%). O percentual de abandono de tratamento foi também mais elevado entre as mulheres (71,2%) do que entre os homens (28,8%) (Tabela 2).

Tabela 2- Abandono do tratamento endodôntico, por sexo e faixa etária (2009 a 2014)

Variáveis	Abandono do tratamento					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
6 a 12 anos	31	299	06	6,5	37	7,3
13 a 18 anos	57	118	16	17,2	73	14,4
19 a 30 anos	64	299	13	14,0	77	15,2
19 a 30 anos	230	118	53	57,0	283	55,8
60 anos e mais	32	299	05	5,4	37	7,3
Sexo						
Feminino	299	299	66	68,8	365	71,2
Masculino	118	118	30	31,3	148	28,8

Em relação à demanda municipal (521 dentes - 100%), entre os tipos de dentes que chegaram à endodontia do CEO, os números foram muito semelhantes, se comparados os uni radiculares (259) e os não uni radiculares (262).

Analisando-se o intervalo médio de tempo entre o encaminhamento dos pacientes à endodontia do CEO e a realização da primeira consulta, observou-se a existência de falhas nos registros, o que impediu uma verificação apurada. Entretanto, ao se analisar o tempo médio decorrido entre a primeira consulta na endodontia do CEO e a conclusão do tratamento, foi possível constatar o intervalo médio de 3,12 meses para cada paciente. Ficaram acima desta média aqueles provenientes dos distritos Ressaca (3,58 meses), Eldorado (3,54 meses) e

Vargem das Flores (3,27 meses). A baixo desse tempo médio ficaram os distritos Industrial (3,02 meses), Nacional (2,97 meses), Petrolândia (2,47 meses) e Sede (2,32 meses).

A análise da frequência de perda de elementos dentários antes da possibilidade do início do tratamento endodôntico deu-se, em ordem decrescente, entre os indivíduos com 60 anos ou mais (72,7 %), 6 a 12 anos (58,3%), 13 a 18 anos (52,6%) e 19 a 59 anos (28,57%). A exodontia foi o único tratamento possível para 39,7% dos elementos dentários uni radiculares e para 39,7% dos elementos dentários não uni radiculares encaminhados à endodontia. Tomando-se por base as regiões administrativas, o distrito Industrial apresentou a maior proporção de elementos extraídos (34,6%), seguido pelo Eldorado (19,2%), Petrolândia (15,4%). Os distritos Nacional, Ressaca, Sede e Vargem das Flores apresentaram proporções iguais neste indicador (7,7%).

Os pacientes encaminhados ao serviço de endodontia do CEO Contagem deveriam chegar à atenção secundária com seus elementos dentários provisoriamente restaurados na atenção primária. Tal afirmativa não foi verdadeira entre 21,3% das mulheres e 28,8% dos homens. A distribuição da ocorrência de ausência de restauração provisória entre as regiões foi de 30,7% dos pacientes provenientes da Sede, 29,1% do Ressaca, 28,6% do Industrial, 26,6% da Vargem das Flores, 21,9% de Petrolândia, 20,2% dos pacientes do Eldorado e 14,8% do Nacional. Nos diferentes grupos etários estudados, a mesma falha foi detectada em 41,6% dos dentes de pacientes entre 6 e 12 anos, 35% entre 13 e 18 anos, 20,1% de 60 anos ou mais e 11,62% entre 19 e 39 anos.

Tabela 3 - Perfil regionalizado, comparativo, do status do elemento dental encaminhado ao chegar à endodontia (tratamento restaurador provisório presente)

Distrito	Adequação do meio					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	N	%
Eldorado	71	31,7	18	25,7	89	30,3
Industrial	50	22,3	20	28,6	70	23,8
Nacional	23	10,3	04	5,7	27	9,2
Petrolândia	32	14,3	09	12,9	41	13,9
Ressaca	17	7,6	07	10,0	24	8,2
Sede	09	4,0	04	5,7	13	4,4
V das Flores	22	9,8	08	11,4	30	10,2

5 DISCUSSÃO

Este estudo partiu dos pressupostos apresentados por Goes *et al.*⁴. Segundo os autores, a prática da avaliação nos serviços de saúde deve ser compreendida em duas perspectivas: o tipo mais comum utiliza indicadores gerais de monitoramento do serviço e de sistema, sendo usado em situações pontuais, buscando gerar ações que garantam melhoria da qualidade. Por outro lado, pode se recorrer à pesquisa avaliativa, que resulta de um esforço acadêmico que tem por objetivo estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados. Nesse segundo pressuposto, enquadra-se o presente estudo.

O CEO deve ter abrangência microrregional com base populacional conforme critérios epidemiológicos e populacionais. O do tipo II teria capacidade para atender população referenciada de 130.000 habitantes⁹. Ainda que não haja dados precisos referentes ao contingente populacional do município que depende do SUS para a atenção à saúde bucal em nível secundário, a população de Contagem, de 637.960 habitantes, está muito acima do recomendado, acarretando a evidente sobrecarga do serviço e o conseqüente não atendimento da demanda municipal por tratamento endodôntico no SUS.

A utilização dos serviços disponibilizados pode ser influenciada pela acessibilidade aos serviços, entendida como relação os obstáculos impostos pelos serviços e os poderes dos usuários para superarem tais dificuldades². Entre os fatores do serviço associados à maior utilização estão: a oferta adequada de procedimentos segundo as necessidades populacionais e a acessibilidade geográfica e organizacional³. No município estudado, a área territorial é extensa, dividida em sete regiões administrativas. Percebeu-se a maior frequência relativa dos indivíduos oriundos de duas destas regiões administrativas, numa totalização conjunta de quase metade daqueles que utilizaram o serviço. Isto pode ser explicado pela localização, nestas regiões, de 14 das 31 unidades básicas de saúde municipais, bem como de 32 dos 44 cirurgiões-dentistas. Percebe-se que a distribuição geográfica do serviço de atenção secundária reflete a distribuição dos serviços de Atenção Primária. A acessibilidade geográfica do CEO parece não estar comprometida, pois o menor percentual de indivíduos atendidos pelo serviço teve origem no distrito onde ele se localiza, que dispõe de apenas 2 unidades básicas de saúde com 7 cirurgiões-dentistas.

Ainda que, no nível municipal, tenha havido predominância do sexo feminino entre a população atendida pelo CEO, houve diferenças percentuais entre as regionais administrativas. Outros estudos precisam ser conduzidos para identificar as possíveis diferenças demográficas ou de qualquer outra natureza que explique tal variação.

Grande parte do abandono do tratamento endodôntico deu-se entre indivíduos da faixa etária 19 a 59 anos, que podem ser compreendidos como integrantes do mercado de trabalho. Por outro lado, viu-se que os menores percentuais de abandono de tratamento envolveram indivíduos entre 6 e 12 anos e aqueles maiores de 60 anos. É possível que aspectos estruturais do serviço estudado, tal como o horário de funcionamento, dificultem o acesso da população economicamente ativa. Estudos mais aprofundados são necessários para conferir veracidade a tal hipótese.

O protocolo municipal vigente sobre o encaminhamento de pacientes ao serviço de endodontia do CEO não estabelece metas quantitativas ou proporcionais de tratamento de dentes uni ou multiradiculares⁷. Isto se reflete nos achados deste estudo quanto aos tipos do elemento dentário que chegaram à endodontia do CEO. Houve números bastante semelhantes, se comparados os uni radiculares e os não uni radiculares tratados. Não foram encontrados na literatura dados epidemiológicos que distinguissem no município as necessidades de tratamento endodôntico dos diferentes tipos de dente. Assim, faltam subsídios que orientem o protocolo de atendimento quanto a priorização de dentes anteriores ou posteriores. Sabe-se que não há no SUS do município serviço de prótese que possibilite a restauração e recuperação dos dentes com tratamentos endodônticos realizados. A combinação deste fator com a baixa oferta relativa de tratamento endodôntico torna necessária a priorização daqueles dentes com maior possibilidade de restauração na APS.

Há falhas nos registros do CEO que impedem a verificação do intervalo médio entre o encaminhamento dos pacientes à endodontia e a realização da primeira consulta que precisam ser corrigidas. A interface entre atenção primária à saúde e a atenção secundária deve ser ampliada para além do tradicional encaminhamento para a execução de procedimentos. Ela precisa abranger desde a definição comum de protocolos de manejo de casos, até o desenvolvimento de programas de atendimento compartilhado entre especialidades e profissionais da rede básica⁵. Entre os diferentes distritos, verificou-se relativa homogeneidade, sem significância estatística das diferenças, no tempo médio decorrido entre a primeira consulta na endodontia do CEO e a conclusão do tratamento, em média de 3,12 meses para cada paciente. Para além da presença de falhas nos registros, é possível que haja outras causas nos campos da compreensão do modelo de atenção, da gestão do processo de trabalho, da parametrização dos procedimentos e da implicação dos profissionais com a organização das ações no CEO. É necessário se pensar em outros estudos mais detalhados

para compreender melhor esta situação e subsidiar os processos de gestão. Também, faz-se necessária a proposição e a elaboração de um parâmetro para o número de sessões necessárias à finalização do tratamento endodôntico para dentes unirradiculares e não unirradiculares.

Ao abordar a qualificação da atenção especializada em saúde bucal, alguns desafios se colocam e, dentre estes, merecem destaque dois que o PMAQ-CEO pretende enfrentar: a pouca integração dos profissionais do CEO com as equipes de saúde bucal da atenção básica e com os outros pontos da rede de atenção à saúde; e a ausência de protocolos de referência e contrarreferência de usuários, que geram excesso de encaminhamentos inadequados⁹. Ainda que exista um protocolo municipal vigente, houve grande proporção de usuários cujos dentes chegavam ao CEO sem possibilidade de tratamento, tanto entre os uni radiculares quanto os não uni radiculares, em todos os grupos etários, com destaque para pacientes com 60 anos ou mais. Destacou-se, entre as regiões municipais, uma onde foi mais frequente a impossibilidade de tratamento restaurador, o que gera a necessidade de se aprofundar na compreensão das causas deste fato, que podem refletir equívocos no encaminhamento dos pacientes ou excesso de tempo na espera pelo tratamento na atenção secundária.

A atenção secundária do município segue um sistema de referência e contrarreferência, elaborado à época em que foi inaugurado o CEO. Ele estabelece que os usuários encaminhados devam apresentar remoção de todo o tecido cariado do elemento dental a ser tratado, abertura adequada da câmara pulpar, curativo de demora e selamento coronário provisório adequado. É de responsabilidade da equipe de saúde bucal da atenção básica acompanhar o estado clínico do usuário encaminhado ao CEO⁷. A inexistência de tratamento restaurador temporário no momento da primeira consulta da endodontia do CEO foi verificada em grandes proporções entre diversos dos distritos municipais, principalmente entre pacientes de 6 a 12 anos. Isto reflete uma falha no sistema de referência e

contrarreferência e demonstra o acompanhamento inadequado dos pacientes no período que antecede à primeira consulta da endodontia no CEO.

Em Contagem, o trabalho dos endodontistas do CEO é baseado na técnica de instrumentação mecânica e manual, devido ao seu baixo custo, apesar do maior número de sessões clínicas envolvidas. Hoje, entretanto, sabe-se que os instrumentos rotatórios de níquel titânio (NiTi) são facilitadores, pois a relação custo/benefício de seu emprego é favorável. Eles possibilitam a limpeza dos canais em menos tempo, maior eficiência clínica e menor fadiga para os pacientes e para os profissionais, que podem atender um maior número de paciente em menor tempo, contribuindo para uma melhoria do acesso e diminuindo o tempo na fila de espera¹⁰. A adoção da técnica de instrumentos rotatórios pode conferir maior eficiência e efetividade ao serviço.

6 CONCLUSÃO

Neste estudo foram coletadas informações que possibilitaram analisar o processo de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária no serviço de Endodontia no município de Contagem, Minas Gerais. A efetividade da sua atuação, na perspectiva da disponibilidade do serviço às diversas regiões do município, do cumprimento do protocolo de funcionamento existente e da efetiva condução e conclusão do tratamento dos pacientes referenciados, foi avaliada.

É possível que não haja a correta observância do protocolo que rege os fluxos de referência e contrarreferência entre a atenção básica e atenção especializada ou, então, um possível excesso de tempo decorrido entre o encaminhamento e a primeira consulta no CEO.

Foram gerados dados que podem subsidiar a renovação do protocolo de funcionamento vigente para o serviço estudado. Espera-se que a proposta de monitoramento e avaliação aqui apresentada se torne permanente no município estudado e possa estimular o

desenvolvimento de outras propostas relativas às demais especialidades presentes nos CEO, não só neste município, mas também em outros.

COLABORADORES

VMBMM foi responsável pela coleta, análise de dados e redação. FFM, orientador do trabalho, contribuiu para a construção do referencial teórico- metodológico e análise, interpretação dos resultados e ajuda em todo o texto. MAFW contribuiu para a finalização, fazendo uma revisão crítica de todo o trabalho. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do artigo.

Referências

1. Oliveira RS, Magalhães BG, Gaspar GS, Rocha ACP, Góes PSA. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da estratégia de saúde da família. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2009; 11(4):34-38.
2. Chaves SCI, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política nacional de saúde bucal: fatores relacionados com a integralidade do cuidado. *Rev Saúde Publica* 2010; 44(6):1005-1013.
3. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate* 2002; 26:37-61.
4. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JCs, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(Supl): S81-89.
5. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ, Sharp D. A systematic review of the effect of primary care based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract*. 2003; 53(496):872-84.
6. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Cienc saúde coletiva*. 2005; 10(Supl).297-302.
7. Prefeitura de Contagem. Diretrizes para a organização da saúde bucal do município de Contagem. Contagem: Secretaria Municipal de Saúde; 2012.
8. Lino PA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Análise da atenção secundária em saúde bucal no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(9):3879-3888.
9. MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 407 de 22 de novembro de 2007. Institui a Rede Estadual e define os critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) em Minas Gerais. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/De1%20407%20CEO.pdf>. Acesso em: 15/05/2015.
10. Seijo, MOS. O ensino de endodontia em uma instituição pública: percepção dos estudantes. [dissertação] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou os dados do sistema de referência e contrarreferência do serviço de Endodontia do CEO da cidade de Contagem MG. Notou-se, uma necessidade de mudanças no protocolo do serviço para que haja maior agilidade, tanto no acesso quanto no atendimento da demanda. Verificou-se a necessidade de maior precisão e responsabilidade para com os sistemas de registro para a incorporação de informações imprescindíveis ao monitoramento do tempo de espera pelo serviço, como o tempo decorrido entre a data do encaminhamento do paciente pela Unidade Básica e aquela do início do tratamento no CEO.

Foram levantadas informações relevantes, como por exemplo, o elevado número de abandono do tratamento e a inadequação da existência de apenas um CEO provendo serviço público de endodontia para um município de população e área territorial de dimensões relevantes.

O uso adequado do protocolo de referência e contrarreferência entre a atenção básica e a atenção especializada ainda parece não ser uma meta alcançada, constituindo-se em um enorme desafio para todos os sujeitos envolvidos com a gestão do modelo de saúde bucal em Contagem.

Propôs-se uma metodologia específica para avaliação do serviço de endodontia oferecido em um CEO. Apontou-se, com isto, a necessidade de mudanças do protocolo vigente, bem como o não atendimento a algumas de suas determinações, caracterizando assim a necessidade da implementação de estratégias para que o serviço de endodontia do município seja mais resolutivo, atendendo mais e melhor a população que dele faz uso.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 233-242, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1508.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2014.
- ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 82-86, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1n2/v1n2a05.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2014.
- ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A; ZIONI, F. Políticas públicas e organizações do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Org.). *Gestão de serviços de saúde*. São Paulo: Edusp, 2001.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**, Brasília: MS, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 11 set 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Secretaria de Atenção a Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: maio 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 mar. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0600_23_03_2006_comp.html>. Acesso em: maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas da saúde: Brasil sorridente**, Brasília: MS, 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21125>. Acesso em: 16 set. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: MS, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 14 set. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1521.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 25 set. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Brasil Sorridente - A política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, setembro de 2015. Documento em Power Point. Comunicação direta com a autora.

CHAVES, S. C. I. *et al.* Política nacional de saúde bucal: fatores relacionados com a integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/1646.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2015.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/38.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, 1996. Disponível em: <http://www.ufmg.br/bioetica/coep/images/stories/196_96.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal. **Diretrizes para a organização da saúde bucal do município de Contagem**. Contagem: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, Cambridge, v. 50, n. 4, p. 103-154, Oct. 1972.

FAULKNER, A. *et al.* A systematic review of the effect of primary care based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. **The British Journal of General Practice**, v. 53, n. 496, p. 872-884, Nov. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314732/pdf/14702909.pdf>>. Acesso em: 1 maio 2015.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19824.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2015.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n2/04.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2015.

FRIAS, A. C. *et al.*, Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 22, n. 4, p. 279-285, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n4/08.pdf>>. Acesso em: 1maio 2015.

GARCIA-SUBIRATS *et al.* Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities central Colombia and north-eastern Brazil. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 13, p. 10, Jan. 2014. Disponível em: <<http://www.equityhealthj.com/content/13/1/10>>. Acesso em: jun. 2014.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz para a integralidade: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: jun. 2015.

GOES, P. S. A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, Supl., p. S81-S89, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/09.pdf>>. Acesso em: jun. 2015.

GOMES, A. M. A. *et al.* Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. *Rev Esc Enferm USP*, v.42, n.4, p. 635-642, 2008.

HIRMAS ADAUY, M. *et al.* Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 33, n. 3, p. 223-229, 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/journal/index.php?gid=571&option=com_docman&task=doc_download>. Acesso em: jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: jan 2015.

JUNQUEIRA, S. R; PANNUTI, C. M; RODE, S. M. Oral health in Brazil: Part I: public oral health policies. **Brazilian Oral Research**, v. 22, Supl. 1, p.8-17. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/09.pdf>>. Acesso em: jan. 2015.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA. R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011.

LEAKE, J. L. Why Do We Need an Oral Health Care Policy in Canada? (A presentation to the Access and Care Symposium, University of Toronto, May 4, 2004). *JCDA*. Ottawa: May 2006, Vol. 72, No. 4.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-91, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>>. Acesso em: jan. 2015.

LIMA, A. C. S.; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 991-1002, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/21.pdf>>. Acesso em: jan. 2015.

LINO, P. A. *et al.* Análise da atenção secundária em saúde bucal no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3879-3888, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3879.pdf>>. Acesso em: fev. 2015.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. *International Journal for Equity in Health*, v. 11, p. 33, jun. 2012.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos: Rio de Janeiro, Abrasco; 2003

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 407 de 22 de novembro de 2007**. Institui a Rede Estadual e define os critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) em Minas Gerais. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%20407%20CEO.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Belo Horizonte: SESMG, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em: maio 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução nº 0811, de 30 de dezembro de 2005**. Identifica as Gerências Regionais de Saúde - GRS do Estado de Minas Gerais e estabelece as suas respectivas áreas de abrangência. Belo Horizonte: SES/MG, 2005. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0811.pdf>. Acesso em: 11/06/2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **SB Minas Gerais**: pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira: resultados principais. Belo Horizonte: Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Saúde Bucal, 2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/SBMinas_Relatorio_Final.pdf>. Acesso em: maio 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORRIS, A. J.; BURKE, F. J. T. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. **British Dental Journal**, v. 191, p.660-664, 2001.

OLIVEIRA, R. S. *et al.* Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 4, p.34-38, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/353/264>>. Acesso em: maio 2011.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/353/264>>. Acesso em: jul 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO **Relatório do desenvolvimento humano 2014 sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência**. Brasília: PNUD, 2014. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al.* Oral health policies in Brazil. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v.23, Supl. 1, p. 9-16, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bor/v23s1/03.pdf>>. Acesso em: maio 2011.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: maio 2014.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n1/v6n1a06.pdf>>. Acesso em: jun 2014.

SALIBA, N. R. A. Atenção odontológica no Programa Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, Supl., p. 297-302, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a30v10s0.pdf>>. Acesso em: jun 2014.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 31, n. 3, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

SCHILDER H. Cleaning and shaping the root canal. **Dental Clinics North America**, v. 18, n. 2, p. 269-296, Apr. 1974.

SEIJO, M. O. S. **O ensino de endodontia em uma instituição pública: percepção dos estudantes**, 2010. 99p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SILVA, S. F. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: IDISA, 2008.

SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, n. 6, p. 401-406, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n6/v34n6a05.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p. 2727-39, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/19.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA J. C.; GOMES, M. H. R.; SOUZA, J. A. Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemiológicos nos países da América Latina: estudo com dados secundários. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 32, n. 6, p. 419-425, Dec. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n6/a05v32n6.pdf>>. Acesso em: 11 set 2015.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-49, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7085.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2015.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VAN DOORSLAER, E. *et al.* Inequalities in access to medical care by income in developed countries. **Canadian Medical Association Journal**, Canada, v. 174, n. 2, p. 177-183, jan. 2006.

WALIA, H.; BRANTLEY, W. A.; GERSTEIN, H. N. An initial investigation of the bending and torsional properties of nitinol root canal files. **Journal of Endodontics**, v. 14, n. 7, p.346-51, July 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4th ed. Geneva: WHO, 1997.

APÊNDICE

APÊNDICE A - PROTOCOLO

Orientações para organização das ações em Saúde Bucal na Atenção Básica e secundária do município de Contagem

PROTOCOLO

Referência de usuários para Atenção Especializada

A organização dos serviços de Atenção Secundária é interdependente dos serviços da Atenção Básica. Esta relação começa no atendimento do usuário na unidade básica com a resolução de suas necessidades próprias deste nível de atenção em saúde. Das Unidades Básicas de Saúde partem os encaminhamentos para outros níveis de complexidade, os quais devem sempre retornar à Atenção Básica para continuidade da assistência. Portanto, o usuário pertence à Atenção Básica.

O município de Contagem possui oferta de atendimento nas seguintes especialidades e serviços de referência:

- Estomatologia (Diagnóstico bucal, com ênfase na detecção de câncer bucal)
- Periodontia especializada
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros
- Endodontia
- Próteses dentárias (Prótese Total Removível, Prótese Parcial Removível Estética)
- Odontopediatria
- Atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais (PNE)

Critérios gerais de encaminhamento para as especialidades do CEO

- Os encaminhamentos devem ser feitos somente pelos cirurgiões dentistas da rede básica de saúde do município de Contagem por meio de Guia de Referência/ Contrarreferência em duas vias. Uma das vias deverá ser anexada ao prontuário do usuário e a outra entregue a ele para que o fluxo de agendamento na especialidade seja iniciado;
- O monitoramento dos usuários encaminhados para o CEO deve ser realizado por meio de arquivo rotativo ou registro em caderno específico;
- Não devem ser encaminhados casos de urgência;
- É de responsabilidade da equipe de saúde bucal da atenção básica acompanhar o estado clínico do usuário encaminhado ao CEO nos casos em que o tempo de espera para agendamento da primeira consulta seja superior a 4 (quatro) meses. Estes usuários devem ser agendados preferencialmente para a manutenção com o TSB, com a periodicidade estabelecida pelo CD, e dependendo do caso clínico com o cirurgião dentista.
- Os usuários devem ser encaminhados com uma guia de referência/contrarreferência separada para cada especialidade requerida;
- Os usuários só devem ser encaminhados após conclusão do tratamento básico e sem sintomatologia dolorosa.
- Os usuários que se apresentarem para iniciar o tratamento no CEO devem, obrigatoriamente, apresentar na recepção a Guia de Referência /Contrarreferência devidamente preenchida, constando resumo da história clínica e médica, medicações, mesmo no caso de ausência de alterações sistêmicas.
- Ao final do tratamento deverá ser enviada para a UBS, aos cuidados do próprio usuário, a guia de contrarreferência contendo a descrição do tratamento realizado, prognóstico do tratamento e proposta de plano de cuidados.

Após a conclusão do tratamento no CEO e caso haja necessidade de conclusão de procedimentos na Atenção Básica, o usuário deve ser imediatamente agendado pela equipe de saúde bucal. Esta consulta não deve ser contabilizada como Primeira Consulta Odontológica. A guia de referência e contrarreferência será entregue ao paciente mediante assinatura de recebimento no prontuário odontológico.

Endodontia

Orientações para o Encaminhamento

- Os usuários encaminhados devem apresentar remoção de todo o tecido cariado do elemento dental a ser tratado, com abertura adequada da câmara pulpar, curativo de demora e selamento coronário provisório adequado;
- ATENÇÃO: PULPOTOMIA NÃO É UM PROCEDIMENTO DE URGÊNCIA. ESTE TIPO DE PROCEDIMENTO DEVE SER REALIZADO E ACOMPANHADO NA ATENÇÃO BÁSICA, inclusive nos casos de rizogênese incompleta. Os casos que necessitem de encaminhamento para tratamento endodôntico (pulpite irreversível ou necrose pulpar), não se deve realizar pulpotomia, pois este procedimento poderá resultar em calcificação dos canais impossibilitando o tratamento endodôntico;
- Reavaliação e intercorrências de tratamento realizado no ceo;
- Tratamento de dentes permanentes, e decíduos que serão mantidos na boca de adultos;
- Deverão ser avaliados criteriosamente antes do encaminhamento, os dentes sem função, terceiros molares com curvatura acentuada, dentes que não possuam possibilidade de reabilitação (destruição extensa da coroa) e dentes com difícil acesso para instrumentação;
- Os usuários encaminhados devem preferencialmente portar raio X do elemento a ser tratado. Deve-se anotar na guia de referência que o usuário está de posse da radiografia inicial;

ATENÇÃO!

OS USUÁRIOS DEVEM SER INFORMADOS QUANDO HOUVER NECESSIDADE DE TRATAMENTO PROTÉTICO E ESTA ORIENTAÇÃO DEVE SER REGISTRADA NO PRONTUÁRIO.

PRIORIDADE ALTA – P1

- ☐ Incisivos e caninos de usuários de qualquer idade
- ☐ Primeiros Molares de usuários até 12 anos

PRIORIDADE MÉDIA – P2

- ☐ Tratamento de pré-molares e molares que possam ser restaurados na AB
- ☐ Usuários com perdas dentárias que já possuem prótese e/ou necessidade de prótese parcial removível. Quando a permanência do dente é importante para a sustentação da prótese

Este Protocolo foi elaborado por uma equipe composta por representante da Coordenação de Saúde Bucal, representantes da Atenção Básica (Cirurgiões dentistas) e representante da Endodontia da atenção secundária do CEO de Contagem (Valéria Maria Barbosa Moreira de Mello).

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

	<p style="text-align: center;">Secretaria Municipal de Saúde Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem - FAMUC Superintendência da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SUGEST Diretoria de Desenvolvimento Humano - DDH Av. General David Sarnoff, 3113, Jardim Industrial - Contagem / MG - CEP: 32210 901 (31) 3364-7430 - ddh.contagem@gmail.com</p>	
---	---	---

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GÉRIAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Endereço: Av Presidente Antônio Carlos, nº 6627
Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG
CEP 31.270-901

Contagem, 15 de junho de 2015

Ao Comitê de Ética/UFMG

Prezados:

Informamos para os devidos fins que a mestrandia VALÉRIA MARIA BARBOSA MOREIRA DE MELLO, esta autorizada a realizar a pesquisa "Análise do Sistema de Referência e Contrarreferência da Endodontia em um município da região metropolitana de Belo Horizonte", orientado pelo Prof. Dr. Flávio Freitas de Mattos, no município de Contagem, em parceria com a Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem-FAMUC e a Secretaria Municipal de Saúde.

Ressalto que o município corrobora com a proposta apresentada. Porém, é imprescindível a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição de ensino, para viabilizarmos a intervenção.

À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


Ludmilla Alvarenga
Diretora Desenvolvimento Humano
SUGEST / DDH
Mat. 202683-1
Diretora de Desenvolvimento Humano
SUGEST/FAMUC/SMS

Diretoria de Desenvolvimento Humano
ddh.contagem@gmail.com
(31) 3364-7430

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UFMG

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

Projeto: CAAE – 48123815.8.0000.5149

Interessado(a): Prof. Flávio de Freitas Mattos
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Faculdade de Odontologia- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 19 de agosto de 2015, o projeto de pesquisa intitulado "**Análise do Sistema de Referência e Contrarreferência da Endodontia em um município da região Metropolitana de Belo Horizonte, MG**"

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

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