

João Guilherme Rodrigues Nayme

*Organização da demanda no serviço
Odontológico do Sistema Único de Saúde*

ARAÇATUBA – SP

2012

João Guilherme Rodrigues Nayme

**Organização da demanda no serviço
Odontológico do Sistema Único de Saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araçatuba – Unesp, para a obtenção do Título de “Mestre em Odontologia Preventiva e Social”

Orientadora: Profª Titular Nemre Adas Saliba

ARAÇATUBA – SP

2012

João Guilherme Rodrigues Nayme

Nascimento: 30.03.1987 – São Paulo/SP

Filiação: Itagiba Nayme Junior
Vera Lúcia Guirado Rodrigues Nayme

2006-2009: Curso de Graduação em Odontologia
Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba – Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”- UNESP

2010-2012: Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Preventiva e Social
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

Dedicatória

A Deus

Que proporciona a todas as alegrias e conquistas na minha vida e me carrega nos braços quando penso que nada e nem ninguém pode me amparar.

Aos meus pais,

Itagiba,

Um exemplo de caráter e dignidade. Guiou meu caminho, me orientou quando tive dúvida, me acalmou quando estive preocupado, comemorou quando venci e me animou quando perdi. Esteve ao meu lado em todos os momentos, apoiando minhas decisões. Todos sabem o orgulho que tem ao falar de seus filhos e da sua neta, talvez poucos saibam o orgulho maior que tenho de tê-lo como pai.

Vera Lúcia, meu porto seguro, minha fortaleza. Amiga e confidente, mãe em tempo integral, é o elo que mantém nossa família.

Ensinou-me que para tudo devemos ter paciência e serenidade. O tempo ajuda e a fé nos fortalece. Somos unidos por algo que vai além do amor incondicional de mãe e filho, além da sintonia, além do respeito, afinidade, uma força estranha que nenhuma palavra seria capaz de definir.

Minha eterna gratidão.

*A*os meus irmãos,

Itagiba,

que sempre abriu os caminhos para os mais novos, tornando-os mais fáceis. Muitas vezes cuidou de mim como um pai.

Rafael,

sem ele não haveria a odontologia na minha vida. Também cirurgião-dentista agradeço por ter aberto as portas nesta profissão que tanto me faz feliz.

Felipe,

meu conselheiro. Jamais seria capaz de retribuir sua ajuda até aqui. Obrigado pela sua amizade.

A minha irmã,

Marisa,

minha amiga, minha parceira. Me adotou e foi adotada como a irmã que não tive. Hoje já não sei mais viver sem.

A minha sobrinha,

Luiza,

tão pequena, tão frágil, tão linda. Despertou em mim, um tipo de amor que não sabia que um dia sentiria. Busco ser uma pessoa cada vez melhor, para que possa ser mais um dos ótimos exemplos que ela terá. Titio João te ama!

“Brindo a casa, brindo a vida, meus amores, minha família”

Obrigado por acreditarem em mim.

Aos familiares

Avó Constância,

mesmo sem entender a motivo de minha distância e o que estou estudando, torce e reza por mim, por que sabe que estou buscando um sonho. Obrigado por sonhar comigo!

Avós João, Angélica e Adão,

deixaram marcas de saudades. Sei que ainda cuidam de mim e vibram com minhas conquistas. Um dia voltaremos a nos encontrar e brindaremos a alegria de termos compartilhado momentos vividos com tanta intensidade.

Tias e Tios...

Primos e primas...

que me apoiaram desde o começo e entenderam minhas ausências nas reuniões de família. Obrigado por todos os ensinamentos e cuidados que tiveram comigo desde a infância, sem isso não conseguiria superar as dificuldades e a distância que nos separa.

Dedico Especialmente...

Ao meu amigo Paulo de Luca Gatto,

que passou tão rápido pela minha vida, mas deixou lembranças que nunca serão esquecidas. Meu primeiro “orientado” acreditava que eu poderia ajudar no seu Trabalho de Conclusão de Curso, mas não sabia que ali quem estava ensinando era ele com seu exemplo de dedicação e determinação por tudo que queria alcançar.

A simplicidade de viver, de aproveitar e valorizar a família foram um dos vários ensinamentos deixados e que serei eternamente grato por ter aprendido.

Foi meu amigo, meu parceiro, meu irmão! Irmão caçula que tratava com cuidado mesmo ele não gostando muito de ser tratado assim.

A saudade dói todos os dias e só consegue ser amenizada pela certeza que um dia ainda vamos nos encontrar de novo!

Obrigado pela sua amizade. Esse trabalho é dedicado a você, ”meu garoto!”.

“Qualquer dia amigo a gente vai se encontrar”

Agradecimentos

Especiais

*P*ela realização do sonho...

A minha Orientadora,

Nemre Adas Saliba,

sua coragem e determinação, fizeram da odontologia preventiva e social parte essencial para a formação de um cirurgião-dentista. Acolhedora e mãezona, sempre me acalmou quando a pós-graduação exigia muito e orientou meus passos para o caminho certo. Obrigado por proporcionar momentos ao lado da Sra. que possui inesgotável sabedoria, paciência e tato com seus orientados.

*P*ela contribuição em minha formação e
no desenvolvimento desse trabalho

A Professora Suzely Adas Saliba Moimaz,

exemplo de profissional, professora e pesquisadora, reconhecida por sua extrema competência. Obrigado por ter despertado em mim o desejo de seguir na carreira acadêmica, abrindo portas para que isso fosse possível. Obrigado por me segurar pelas mãos, quando essas ainda nem sabiam o que escrever.

A Professora Cléa Adas Saliba Garbin,

pela sua capacidade de orientar, cobrar e compreender os limites dos seus alunos. Coordenar a pós-graduação é um desafio que exige trabalho árduo, executado com sucesso pela Sra. Minha gratidão por ter me escutado quando precisei.

Ao Professor Orlando Saliba,

por tornar a estatística algo simples e interessante de aprender. Por romper meu bloqueio com os números e tornar possível seus entendimentos.

Ao Professor Renato Moreira Arcieri,

desde a graduação foi meu professor e na pós me abriu os olhos para as políticas de saúde pública, área deste trabalho. Obrigado pelas aulas e pelo conhecimento transmitido.

A Professora Tânia Adas Saliba Roida,

orientadora querida no Projeto dos Idosos, conseguiu orientar com calma, sabedoria e confiança na capacidade de seus alunos. A Sra. serve e servirá de exemplo na minha carreira com docente.

A Professora Maria Lúcia Marçal Magza Sundfeld,

sempre esteve disponível quando precisei, obrigado por ser um exemplo de ética e inesgotável sabedoria.

A Prof.^a Ana Paula Dossi e Ao Prof. Ronald Jefferson Martins

exemplos de que se nos dedicarmos na pós-graduação, colheremos bons frutos no futuro.

A Prof.^a Doris Hisako Sumida e ao Prof. Artênio J. Isper Garbin

participaram da minha formação desde a graduação até a pós-graduação e foram sempre exemplos de profissionais que fazem a diferença.

A Valderez,

ou “Bal” como eu gosto de chama-la só pra ouvir ela rir, dividiu comigo muitos cafés e muitas risadas na cozinha nos momentos em que no meio a correria eu precisava parar e sorrir.

A o Nilinho,

que me ensinou que “se era pra ontem, você deveria ter pedido antes de ontem!”. Que trabalha com uma tranquilidade invejável e um quebra-galho sem igual.

A Neusinha,

meu xodó. As broncas e jeito bravo não conseguem esconder o coração mole e carinhoso que só quem conhece sabe. Seu abraço conforta quem está longe de casa, precisando de um abraço de mãe coruja. Obrigado por ter me dado tantos abraços!

Agradecimientos

*P*ela possibilidade de realização deste curso,

À Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, nas pessoas de sua Diretora Professora Dra. **Ana Maria Pires Soubhia** e Vice-Diretor Professor Dr. **Wilson Roberto Poi**,

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, nas pessoas de sua Coordenadora Professora **Cléa Adas Saliba Garbin** e Vice-Coordenadora **Suzely Adas Saliba Moimaz** e de todo corpo docente pela contribuição na minha formação.

À CAPES, pela concessão da Bolsa de Mestrado ao pós-graduando João Guilherme Rodrigues Nayme.

Aos funcionários da biblioteca pelo trabalho exemplar, organizado e competente que desenvolvem para ajudar os alunos. Principalmente a Ana Cláudia que nos socorre e responde com eficiência a nossos pedidos.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação, em especial para Valéria, pessoa muito querida que em meio ao tanto serviço, nunca deixou de nos atender com simpatia.

A todos os funcionários de todos os setores da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, por proporcionarem o bom funcionamento desta instituição.

Pela amizade incondicional,

Aos Amigos,

André,

um grande irmão, que briga, torce, comemora e vibra junto comigo a cada vitória desde a graduação! Já passamos por muitas histórias e espero que muitas outras venham pra gente rir bastante. Obrigado por me deixar fazer parte da sua família, que hoje já tenho como minha também.

Ariane,

mesmo a distância tentando nos afastar depois de formados, não foi suficiente pois você é parte presente e primordial na minha vida. Minhas ligações que o digam a falta que você me faz.

Elis e Bruna,

uma amizade sem igual, que a distância e o tempo não foram capazes de muda-la. Cada dia que nos encontramos é como se o tempo tivesse parado e a felicidade de estarmos juntos permanecesse intacta, com a mesma intensidade de quando passávamos o dia inteiro juntos.

Gustavo e Priscila,

que me acolheram como sobrinho, como filho, como parte da família. Profissionalmente, aprendi o que é ética, dedicação e fazer o que tiver ao alcance para ajudar o próximo.

Daniel e Carol,

que me acolheram quando mais precisei. Abriram as portas de suas casas para eu participar de suas vidas. Obrigado pela ajuda em todas as horas e pelas conversas que me acalmavam quando o desespero chegava. Vocês me fizeram sentir como se estivesse com minha família quando mais precisava dela. Meu obrigado a vocês e a família Santinoni!

Renata Reis,

meu braço direito. Foi parte integrante desse mestrado e se tornou uma grande amiga em tão pouco tempo! Vivemos todos os momentos com intensidade, principalmente os que rimos até chorar. Agradeço a Deus todos os dias por ter colocado pessoa tão singular e generosa no meu caminho.

Gabriela,

falante como eu, a nossa amizade aconteceu rápido. Minha capixaba favorita, chegou para ficar. Parceira pra todas as horas, desde estudos até festas, se tornou alguém que não consigo mais viver sem.

Fabiana,

minha amiga, minha parceira, minha namorada. Segura todo o nervosismo com maestria e consegue me ajudar nos momentos mais difíceis. Compreensiva e paciente, sabe como me acalmar e me fazer feliz. Espero que te tenha ao meu lado por muito e muito tempo, tempo que nunca vai mudar o que sinto por você.

Paulinha,

mineirinha querida. Sua dedicação e determinação sempre foi um grande exemplo para mim. Obrigado por me ouvir quando precisei da sua ajuda e por rir tanto das minhas piadas sem graça.

Renata Colturato,

que me abriu as portas para a vida acadêmica, desde o estágio até ser minha parceira de mestrado. Pude dividir com ela todas as alegrias e agonias que a pós-graduação pode oferecer. Foi meu ombro amigo em horas tristes e as mãos que me aplaudiram nos momentos felizes. Obrigado por tudo, minha amiga!

Lidia e Heloísa,

Que fizeram parte da minha turma de mestrado que sempre foi unida como deve ser. Boa sorte a nós nessa nova fase e que venham muitos jantares da nossa turma pra gente colocar o papo em dia e acordar os vizinhos.

Lenise,

começou como colega de mestrado e acabou como uma grande amiga. Abriu as portas para que esse trabalho acontecesse e de não satisfeita me acolheu junto da sua família como poucos fariam. Serei eternamente grato a você por me deixar fazer parte dessa família linda. Sei que tenho em você um alguém que posso confiar. Obrigado ao Ledo, que mesmo sem me conhecer muito, me acolheu como filho. A Silvinha, que cuidou de mim e por quem tenho grande carinho. Ao Yann, que me ensinou que nessa vida precisamos só de amor e que o sorriso vale mais que mil palavras.

Marco Aurelio,

que estive disposto em todos os momentos que precisei, quando os números desse trabalho não tinham sentido. Muito obrigado pela sua ajuda na estatística, sem você eu não conseguiria fazer nem a metade. Continue com essa calma e paciência para ensinar o que sabe, pois faz de você um excelente professor.

Ana Carolina e Milene,

pelo apoio e longas conversas sobre pesquisa, coleta e besteiras.
Obrigado pela ajuda desde quando ainda tinha dúvida se faria mestrado. Essa vitória também é de vocês.

As turmas de *Doutorado,*

grandes parceiros na pós-graduação. Sempre estiveram dispostos a ajudar e passar a experiência que já tinham. Acolheram com muito carinho os novos que chegavam perdidos, desenvolvendo uma tradição em acolher aos que chegam “perdidos” no departamento.

A turma de *Mestrado,*

que chegou dando novos ares e com muita empolgação quando achei que desanimaria. Novas pessoas na rotina, me trouxe novas experiências, ideias, discussões e principalmente novos grandes amigos.

Epígrafe

“Vivemos em um universo governado por leis racionais, que podemos descobrir e entender. Olhemos para cima, em direção às estrelas, e não para baixo, para os nossos pés. Trate de dar sentido ao que vê.

Sejam curiosos ”

Stephen Hawking

Resumo

Nayme JGRN. Organização da demanda no serviço odontológico no Sistema Único de Saúde. [dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2012.

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe reformulações políticas e a reorganização de serviços de saúde bucal, baseadas em princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade. O estudo teve como objetivo analisar e descrever a organização da demanda de pacientes, do serviço de saúde bucal de um município do estado de São Paulo, com enfoque na organização e na resolubilidade do serviço. Trata-se de um estudo exploratório, quanti-qualitativo descritivo dos serviços de saúde bucal, ofertados à população no município de Penápolis – SP. Foram utilizadas diversas estratégias metodológicas: análise documental, análise de dados secundários e entrevista semiestruturada com a Coordenadora de Saúde Bucal do município para obtenção de informações sobre o funcionamento e organização específicas do sistema de saúde do município. Foram analisados prontuários dos pacientes atendidos no período de dezembro a janeiro de 2010 no Centro de Especialidades Odontológicas e descrito o fluxo de pacientes, referenciados e contra-referenciados entre a Atenção Básica e Atenção Secundária. Categorias foram pré-definidas e ajustadas para análise: Descrição da rede de serviços odontológicos; Organização e Integração da Atenção Básica e Atenção Especializada; Procedimentos referenciados ao Centro de Especialidades Odontológicas, que tiveram no mínimo a primeira consulta; Procedimentos referenciados ao Centro de Especialidades Odontológicas, que tiveram tratamento especializado realizado; Tempo necessário para a conclusão do tratamento no Centro de Especialidade Odontológica; Número de consultas para conclusão do tratamento. A Atenção Básica Odontológica possui 10 Cirurgiões-Dentistas, 5 Equipes de Saúde Bucal e um Centro de Especialidades Odontológicas com 5 especialistas. O encaminhamento entre os níveis de atenção é realizado por meio de fichas, desenvolvidas pelo próprio serviço, com a indicação da especialidade necessária. No Centro de Especialidades Odontológicas, foram registrados 1236 procedimentos referenciados da Atenção Básica, sendo 623 de endodontia (50,4%), 347 de periodontia (28,6%) e 243 de cirurgia oral menor (21%). Foram concluídos 757 (62,6%) dos

procedimentos especializados, sendo cirurgia oral menor a especialidade com maior percentual de finalizações (74,4%), seguido por endodontia (69,5%) e periodontia (42%). O tempo médio para a conclusão do tratamento especializado de periodontia foi de 38 dias (dp= 61,8), de endodontia em 33 dias (dp= 51,8) e cirurgia oral menor em 11 dias (dp= 29,7). A média de dias para conclusão do procedimento de forma integral foi 71 dias (dp= 51,8) para endodontia, 62 dias (dp= 68,0) para periodontia e 47 dias (dp= 30,9) para cirurgia oral menor. Foram necessárias em média, 4 consultas para conclusão do tratamento odontológico na especialidade endodontia (dp= 1,01); 3 consultas para cirurgia oral menor (dp= 0,71) e periodontia (dp=1,32). No município de Penápolis o serviço odontológico está organizado de forma que os níveis de atenção se mantêm integrados e atendem de maneira equânime a maioria da demanda.

Palavras- Chave: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Especialidades Odontológicas.

Abstract

Nayme JGRN. Demand Organization Brazilian Health System's on Dental Service [dissertation]. Araçatuba: São Paulo State University; 2012.

Abstract

The Brazilian Health System (SUS) brought reformulations on policies and reorganization of dental services, based on doctrine principles: universality, equality and integrality. The study had the aim to analyze and describe the organization of patients' demand, on dental services from a city of São Paulo State, focusing on organization, resolution of service. It's an exploratory and descriptive study with quantitative and qualitative characteristic of dental services offered to population from Penápolis-SP. It was used many methodological strategies: documental analysis, analysis of secondary data and semi-structured interview with the Coordinator of Dental Health from the studied city about the functioning and specific organization of city. It was also analyzed the records of patients attended on Centre of Dental Specialties and it was described the flow of patients referred and back-referred between Primary and Secondary Attention. Categories were predefined and adjusted: description of dental services net; Organization and Integration of Primary and Specialized Attention; Proceedings referred to Centre of Dental Specialties that had at least the first consult; Proceedings referred to the Centre of Dental Specialties that had completed the specialized treatment; The time necessary for conclusion in the Centre of Dental Specialties, Number of consults to conclude the specialized treatment. The Primary Dental Attention has 10 dentists, 5 teams of Oral Health and one Centre of Dental Specialties with 5 experts. The reference between the levels of attention is performed by records, developed on the own service and it indicate the needed specialty. In the Centre of Dental Specialties it was registered 1236 proceedings referred from Primary Attention, among them, 623 to endodontic (50,4%). It was concluded 757 (62,6%) cases of specialized proceedings. The average time to conclude the specialized treatment of periodontics was 38 days (sd=61,8). And the average number of days to conclude the complete attendance was 71 days (sd=51,8) to endodontic. In Penápolis city, the dental service has been organized on the way that the levels of attention are integrated and the majority of demand has been attended equally.

Key-Words: Health Services Needs and Demand; Unified Health System; Specialties
Dental

Lista de Tabelas

TABELA 1 – Distribuição percentual dos procedimentos referenciados para o Ceo, segundo a especialidade odontológica, Penápolis, Brasil, 2010 57

TABELA 2 - Procedimentos realizados no Centro de Especialidades Odontológicas, Penápolis, Brasil, 2010. 58

TABELA 3 - Procedimentos contra-referenciados e realizados na Unidade Básica de Saúde, Penápolis, Brasil, 2010. 58

TABELA 4 – Período médio de tempo para tratamento odontológico, segundo especialidade, Penápolis, Brasil, 2010. 60

1	Introdução Geral	30
2	Capítulo 1- Organização da Atenção Odontológica no Município - Relato de Caso	
2.1	Resumo	34
2.2	Abstract	35
2.3	Introdução	36
2.4	Proposição	37
2.5	Materiais e Métodos	37
2.6	Resultados e Discussão	38
2.7	Conclusão	46
2.8	Referências	47
3	Capítulo 2 – Organização da Gestão no setor Odontológico do SUS	
3.1	Resumo	51
3.2	Abstract	52
3.3	Introdução	54
3.4	Materiais e Métodos	55
3.5	Resultados	57
3.6	Discussão	60
3.7	Conclusão	63
3.8	Referências	64
	Anexos	68

1 Introdução Geral

Por muitos anos, no Brasil, a prestação de serviços de saúde bucal esteve limitada a ações de baixa complexidade, curativas e mutiladoras, e com acesso restrito à população (FONSECA, 2011). A maioria dos municípios brasileiros priorizava a faixa etária de 7 a 14 anos para realizarem suas ações, tornando precário o tratamento para outras faixas etárias, que tinham acesso apenas a serviços de urgência, caracterizando a odontologia, como uma das áreas da saúde extremamente excludente. Ações de promoção e prevenção eram desenvolvidas para a população, porém eram feitas somente atividades isoladas, não havendo acesso a procedimentos curativos mais complexos (VIANA, 2005; MERHY,1993).

Novas propostas de ações de promoção e prevenção foram abordadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), marco histórico do movimento da reforma sanitária no Brasil, que também levantou uma discussão sobre o processo saúde/doença (BRASIL,1990), iniciando assim projetos comunitários de saúde da família e um novo modelo de organização dos serviços de saúde (CAMPOS, 2007; BAHIA,2009). Com o Sistema Único de Saúde (SUS) houve reformulações políticas e reorganização de serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (CECILIO,2002), baseados nos seus princípios doutrinários: -universalidade, equidade e integralidade.

Definiu-se um conceito ampliado de saúde, de caráter intersectorial, a fim de buscar soluções aos problemas e situações consideradas determinantes e intervenientes nas condições de saúde da sociedade (BRASIL,2005; TANAKA, 2011). Também foram criadas as leis que regem o SUS e que responsabilizam o Estado, sob o ponto de vista jurídico, pela saúde da população e que estabelecem a regionalização, a descentralização e a hierarquização seriam os princípios organizativos do novo sistema de saúde (BRASIL,2005). E responsabilizam os Municípios e suas secretarias de saúde a consolidação da política de assistência integral à saúde, através de discussões e pactos junto à população e aos profissionais de saúde bucal, organizando a atuação das redes de serviço na atenção básica (CONILL,2002; TANAKA, 2011).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas são realizadas sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa

densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (PNAB, 2011). Considerando a complexidade dos problemas demandados na atenção básica, houve a necessidade de buscar formas de ampliar e qualificar continuamente os serviços prestados (CORNIS, 2011).

Em 2003, foi implantada a Política Nacional de Saúde Bucal, que propõe mudanças no modelo assistencial praticado até então. A referida política propõe a organização de “linhas de cuidado”: da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, por meio de ações feitas pelas equipes de saúde, que tem suas atribuições: acolher, atender e encaminhar (referência e contra-referência) a população. As diretrizes desta política apontam, fundamentalmente, para a qualificação e ampliação da assistência, promovendo acesso igualitário e integral a todas as pessoas, assegurando atendimentos nos níveis primários, secundários e terciários de atenção. (BRASIL,2004)

A partir daí, os setores que atendiam os procedimentos de maior complexidade não suportaram a demanda, gerada pela ampliação dos atendimentos feitos na atenção básica, comprometendo a integralidade do tratamento oferecido aos pacientes (FIGUEIREDO, 2009).

Com a necessidade de ampliar o atendimento odontológico especializado, criou-se os Centros de Especialidades Odontológicas (Ceo), a fim atender a demanda por serviços especializados referenciados pela atenção básica. Nos Ceo são oferecidos procedimentos de diagnóstico bucal, cirurgia oral menor, periodontia especializada, endodontia e atendimento de pacientes com necessidades especiais, por meio de uma rede de atenção articulada entre os serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Para a implantação e credenciamento dos Ceo, foram definidas normas e requisitos, instituídos pela Portaria Nº 599/GM de 23 de março de 2006 (BRASIL, 2006), bem como estabelecida a forma de financiamento por meio da Portaria Portaria Nº 600/GM de 23 de março de 2006 (BRASIL,2006), atualizada pela Portaria 1.464 de 27 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que tem em sua meta ampliar e a qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. A Portaria nº283/GM, de 22 de fevereiro de 2005 (BRASIL,2005), passou a permitir o adiantamento do recurso de implantação desses centros.

O processo de referência e contra-referência assume papel fundamental na organização dos serviços de saúde (JULIANI, 1999). Referenciar um paciente, significa transferi-lo a um estabelecimento especializado como o Ceo, ou seja, encaminhar o paciente de um nível de atenção básica para o nível secundário de atenção. Da mesma forma, o encaminhamento deve ocorrer no sentido oposto (contra-referência), no caso da Saúde Bucal, dos Centros de Especialidades Odontológicas para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que devem dar continuidade ao tratamento e ao acompanhamento do paciente. Para que ocorra essa dinâmica entre os níveis de atenção, é necessário que se estabeleça mecanismos eficientes de referência e contra-referência, garantindo atenção integral, acessibilidade e adequação das prioridades de acordo com as necessidades da população (JULIANI, 1999).

Os serviços de atenção secundária em saúde bucal, não são muito estudados no Brasil, mas estudos feitos em outros países com modelos de organização mais estruturados, evidenciam a necessidade de pesquisas na área, principalmente no que diz respeito à integração entre os níveis de atenção em saúde bucal (MORRIS, 2001; NUTTAL, 2002).

O objetivo desse trabalho foi descrever e analisar a organização da demanda de um serviço de odontologia de um município do interior paulista, sob os aspectos sócio-demográficos e de utilização dos serviços, relacionando-o às recomendações ministeriais. Para tal, dividiu-se em 2 capítulos. O 1º descreve o município alvo do estudo e a sua estrutura de saúde, com ênfase ao serviço municipal de saúde bucal. O 2º trata da relação entre os níveis primário e secundário de atenção à saúde bucal local.

2

Capítulo 1

Organização da Atenção Odontológica no Município- Estudo de Caso*

*Capítulo 1 – Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva

Disponível em:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/index.php>

2.1 Resumo

O objetivo foi descrever a organização do serviço de saúde bucal municipal. Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo e descritivo, realizado no município de Penápolis, São Paulo. Foram definidas as categorias: características sócio-demográficas do município; configuração da política de saúde bucal e sua relação com as diretrizes nacionais; descrição da rede de serviços odontológicos - infra-estrutura física e recursos humanos; organização e integração entre atenção básica e especializada. Os dados foram coletados por meio de revisão bibliográfica, análise documental, análise de dados secundários e entrevista semiestruturada com a Coordenadora de Saúde Bucal do município. O município possui 10 Unidades Básicas de Saúde, com 13 Equipes de Saúde da Família, 5 delas com Equipes de Saúde Bucal. A Atenção Básica, conta com 10 Cirurgiões-Dentistas sendo 5 da Estratégia de Saúde da Família; 25 Auxiliares de Saúde Bucal e 5 Técnicos de Saúde Bucal. Há um Centro de Especialidades Odontológicas com 5 especialistas. Os Agentes Comunitários de Saúde fazem o cadastramento das famílias, que são classificadas conforme critérios de risco social, demográfico, econômico e odontológico. Os níveis de atenção à saúde bucal estão integrados e a demanda organizada, permitindo que os serviços odontológicos sejam oferecidos de maneira equânime à população.

Palavras-chave: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

2.2 Abstract

The aim of this study was to describe the municipal organization of dental services. It's an exploratory and descriptive study with qualitative profile. It was defined the following categories: local social and demographic features, configuration of oral health policy and its relation with national directress, description of dental services net (physical infra-structure and human resources), organization and integration between primary and specialized attention. Data were collected through a review, documental analysis, and analysis of secondary data and semi-structured interview with the Municipal Coordinator of Oral Health. It's the first Brazilian place adopt the Intermunicipal Consortium of Health, and the first city to keep the health services under management of municipal government. It has 10 Basic Health Unities with 13 Family Health Teams, 5 of them with Oral Health Teams. The Basic Attention has 10 dentists, 5 of them belong to Family Health Strategy; 25 Dental Auxiliaries and 5 Hygienists. There is a Centre of Dental Specialties with 5 experts. The Community Health Agent made the register of the families that are classified according to the social risk, demographic, economic and dental criteria. It was not observed failed demand for dental specialties. The oral health attention is integrated and it's demand organized, allowing dental service to be offered with fairness to the population.

Keywords: Health Services Needs and Demand; Public Health; Unified Health System

2.3 Introdução

O ciclo de política pública (policy cycle) é compreendido por quatro momentos distintos: determinação da agenda, formulação da política, implementação e avaliação^{1,2}. Este processo ocorre de maneira dinâmica e interativa, possibilitando sua análise em diferentes fases de execução^{3,4}.

A fase referente à implementação corresponde à etapa em que a política, anteriormente formulada, discutida e aprovada se transforma em programa, regido por diretrizes e objetivos, previamente estabelecidos em uma legislação de caráter geral, e/ou normas regulamentadoras⁵. Esses fatores somados proporcionam um direcionamento para que os gestores possam caracterizar os conteúdos propositivos, e transformá-los em ação. Neste momento são encontrados os maiores entraves para a execução das ações de saúde, que tem em diferentes fatores de interesses políticos e econômicos os maiores nós críticos do interior das organizações⁶.

As políticas públicas direcionadas à saúde bucal ganharam espaço com a inserção das equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família^{7,8}, e com a criação da política Brasil Sorridente, formulada especificamente para a área. A política Brasil Sorridente reúne uma série de ações em Saúde Bucal, voltadas para toda a população, baseadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, visando a reorganização dos serviços públicos ofertados em todos os níveis de atenção, independente da localidade em que irão se desenvolver^{7,9}.

A atenção básica deve atender a maioria dos problemas que a população demanda, aumentando a resolubilidade e referenciando o menor número possível de atendimentos para a atenção especializada¹⁰. No entanto, para promover o suporte secundário necessário para garantir a integralidade da ação, a política Brasil Sorridente instituiu os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), que tem como um dos objetivos, ampliar o acesso aos tratamentos mais complexos em saúde bucal.

Ainda assim, a organização dos serviços de saúde na perspectiva da integralidade, com uma atenção contínua e resolutiva, por meio de ações articuladas e em redes, que promovam a coordenação do cuidado entre os níveis de atenção, é, ainda hoje, um dos grandes desafios para a consolidação do SUS. No decorrer dos últimos

anos houve grandes avanços, porém muitos serviços ainda atuam de forma fragmentada¹⁰.

Nesse contexto, o relato de experiências bem sucedidas pode subsidiar gestores na elaboração, adequação e mudança na organização dos serviços sob sua responsabilidade.

2.4 Proposição

O objetivo neste estudo foi descrever a organização dos serviços de saúde bucal de um município do estado de São Paulo, com enfoque na organização da demanda.

2.5 Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo e descritivo dos serviços de saúde bucal do município de Penápolis, São Paulo.

Foram utilizadas as seguintes estratégias metodológicas: revisão bibliográfica, análise documental, análise de bases de dados secundários e entrevista semiestruturada com a Coordenadora de Saúde Bucal do município a fim de obter informações sobre as características de funcionamento e organização específicas do município.

A análise documental incluiu a legislação e as publicações disponíveis no sítio do Ministério da Saúde^{7, 11, 12, 13, 14}.

Com base no referencial teórico-metodológico, foram pré-definidas e ajustadas as seguintes categorias de análise:

- Características sócio-demográficas do município;
- Configuração da política de saúde bucal local e sua relação com as diretrizes nacionais;
- Descrição da rede de serviços odontológicos (infraestrutura física e recursos humanos)
- Organização e integração entre a atenção básica e a especializada;

A primeira categoria caracteriza o município em relação aos seus aspectos demográficos. A categoria intitulada “*Configuração da política de saúde bucal local e sua relação com diretrizes nacionais*” descreve a configuração da política de saúde

bucal no município de Penápolis. A “*Descrição da rede de serviços odontológicos*” detalha a infraestrutura física e recursos humanos e a categoria “*Organização e Integração entre a Atenção Básica e a Especializada*”, diz respeito à relação entre as Unidades Básicas de Saúde e o Centro de Especialidades Odontológicas, abrangendo regras de funcionamento e organização, tipos de ações oferecidas, fluxos dos serviços, por meio da análise dos mecanismos de referência e contra-referência e dos mecanismos de agendamento para atendimento especializado e organização da demanda.

Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP (Processo FOA- 01025/2011), respeitando-se os ditames éticos da Resolução 196/96.

Para realização da pesquisa, houve a aprovação do secretário municipal de saúde e a obtenção de uma autorização para a execução da entrevista e coleta de dados.

2.6 Resultados e Discussão

Características sócio-demográficas do município

O município de Penápolis está localizado no noroeste do Estado de São Paulo, com 58.510 habitantes (Censo – 2010). A população vive predominantemente na área urbana (95,5%), o que proporciona acesso mais fácil aos serviços de saúde bucal, localizados na cidade, e contribui para a captação de pacientes e a execução de ações coletivas de educação em saúde. Os gastos com saúde correspondem a 22,79% da receita arrecadada, segundo último relatório divulgado pelo Ministério da Saúde, enquanto o percentual mínimo, de acordo com a emenda constitucional 29, era de 15% (CONOF/ CD, 2012).

O município tem como base econômica a agro-indústria canavieira, a pecuária e lavouras de café. Possui um distrito industrial e um comércio diversificado. A indústria canavieira desde alguns anos tem se expandido a ponto de se constatar que a agricultura familiar e a bacia leiteira não existem mais. Entretanto, há uma crise severa na indústria canavieira prejudicando milhares de trabalhadores. Além disso, essa característica econômica confere ao município uma variação populacional relacionada à sazonalidade da safra da cana, com migração de um grupo de trabalhadores rurais advindos de outras regiões brasileiras, que acabam por formar um grupo de grande vulnerabilidade social,

com necessidades acumuladas em saúde, condições precárias de trabalho e moradia, e riscos sociais relacionados ao uso de álcool, drogas e prostituição. São características locais importantes para o planejamento das ações em saúde, que deve ser pautado na realidade da população, direcionando e adequando as ações preventivas e curativas para os que mais necessitam e buscam por atendimento.

Configuração da política de saúde bucal local e sua relação com diretrizes nacionais

A saúde no município sempre foi reconhecida como prioridade na gestão, tendo passado por intensas modificações desde a Reforma Sanitária Brasileira. É sede do primeiro Consórcio Intermunicipal de Saúde criado no Brasil, em 1986, que envolve, atualmente, 7 municípios. Foi pioneira nas ações de municipalização propostas pela Lei 8080, no ano de 1984¹⁵, e nas mudanças trazidas pelas diretrizes propostas pelo SUS.

O serviço odontológico do município passou por todas as etapas estabelecidas pelas políticas nacionais, como a prática excludente. A população adulta tinha acesso apenas para serviços de urgência, em que eram realizadas principalmente extrações dentárias e os atendimentos e programas eram direcionados a crianças, do nascimento aos 14 anos, sendo realizados apenas tratamentos de baixa complexidade.

A descentralização da saúde bucal do município ocorreu de forma particular. A “saúde geral” foi descentralizada aos poucos, com a abertura de unidades de saúde e implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), já a atenção odontológica manteve-se centralizada, em um espaço único, que oferecia atenção básica e, a partir de 2008, especializada, característica frequente em pequenos municípios. A centralização do serviço odontológico em apenas um espaço físico, independente do nível de atenção, influenciou aspectos como o acesso da população adstrita da equipe de saúde bucal da estratégia de saúde da família (ESF), agendamento de pacientes, integração entre as equipes, produção, cumprimento de metas e sistema de referência e contra-referência¹⁶.

Em diversos municípios, a prestação dos serviços de saúde está sendo configurada em redes de atendimento, e as referências da atenção básica a outros níveis de atenção não oferecidos localmente seguem as normativas pactuadas com municípios de maior porte. As redes de serviço não são apenas um padrão de interação, mas a forma pela qual o serviço público é “planejado, concebido, produzido e oferecido à população”¹⁷. O processo de pactuação é mais que a interação entre as instâncias de poder ou entre órgãos geograficamente dispersos, ele é concebido como “uma

linguagem de vínculos das relações sociais entre as organizações”¹⁸. A questão é como convencer os diferentes atores das diferentes organizações a falarem a mesma “linguagem”, suficientemente eficaz para gerar “vínculos”¹⁹.

A qualificação dos serviços odontológicos sempre foi submetida a avaliações por meio de métodos desenvolvidos pelo próprio município (pesquisas com usuários, relatórios de ouvidoria, indicadores de produtividade e qualidade da atenção), assim como em relação ao cumprimento de metas estabelecidas pelo governo federal. Mesmo considerando que a centralização das ações de odontologia não seja o preconizado pelas atuais políticas de saúde, os resultados avaliativos sempre foram positivos.. Ainda assim, nos últimos anos, os serviços odontológicos do município foram reconfigurados, e descentralizados para as Unidades Básicas de Saúde, a fim de se adequar às recomendações ministeriais, às formas de organização propostas para os serviços públicos e ao crescimento da cidade, para viabilizar o acesso das pessoas que residem nas áreas mais periféricas.

Segundo Neto et al²⁰, o modelo de gestão descentralizada faz parte do desenvolvimento do processo de construção das perspectivas dos serviços de saúde por se tratar de um processo que envolve um conjunto de atores locais e regionais para uma nova organização dos serviços.

Atualmente, o município tem uma clínica odontológica central onde trabalham as 5 equipes de saúde bucal tradicionais e o Centro de Especialidades Odontológicas, além de 2 equipes da estratégia, abrigadas até que tenham condição de atuar na unidade de saúde de referência, que está em fase final de estruturação. Outras 3 equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família estão descentralizadas, atuando junto com os demais membros da equipe, conforme estabelecido pelas diretrizes do SUS, que preconiza a descentralização das unidades de atendimento para que a população facilidade de acesso aos serviços de saúde.

Descrição da rede de serviços odontológico - infra-estrutura física e recursos humanos

O município possui, atualmente, 13 Equipes de Saúde Família, atuando em 10 Unidades Básicas de Saúde, 5 delas com Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família.

A Atenção Básica Odontológica possui, ao todo, 10 Cirurgiões-Dentistas, que atendem a demanda das 10 Unidades Básicas de Saúde existentes no município. Cada

um deles é responsável pela população adstrita do território da unidade de saúde ao qual está cadastrado. Apenas 5 dessas equipes são cadastradas como Equipe de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família, mas todos trabalham seguindo a mesma lógica, de territorialização, vínculo e adscrição de clientela. Esse é um aspecto importante pois auxilia no acompanhamento de rotina e na busca da satisfação das necessidades de saúde da população²⁰.

A configuração numérica das equipes de saúde bucal da ESF foi determinada por gestões anteriores, que cadastraram 1 equipe de saúde bucal para cada duas equipes da estratégia, como preconizado no momento da criação da política⁷. No entanto, adequar os profissionais da atenção tradicional para seguirem a lógica praticada pela ESF favoreceu o vínculo e a integração da população ao serviço. A população se sente melhor cuidada, pois a equipe tem uma visão mais ampliada do território e das necessidades dos usuários estimulando sua autonomia e participação no tratamento, numa relação de respeito e valorização das particularidades, inclusive responsabilizando a população pelo seu próprio bem-estar^{22,20}.

O município possui 6 equipes cadastradas no ministério desde 2004, mas, até o momento, apenas 5 delas foram implantadas. A sexta equipe a ser implantada aguarda readequação física de uma unidade básica de saúde para iniciar suas atividades, o que vai aumentar a cobertura dos serviços de saúde bucal da estratégia de saúde da família oferecidos à população. No entanto, ainda que as equipes da ESF promovam uma cobertura de, aproximadamente, 33% da população, as equipes tradicionais ampliam essa cobertura para 67%.

Além das 10 equipes de atenção básica, existe um Centro de Especialidades Odontológicas com 5 especialistas. Todos esses profissionais trabalham em conjunto com 25 auxiliares de saúde bucal, 5 técnicos de saúde bucal, 2 assistentes administrativos e 1 auxiliar de serviços gerais.

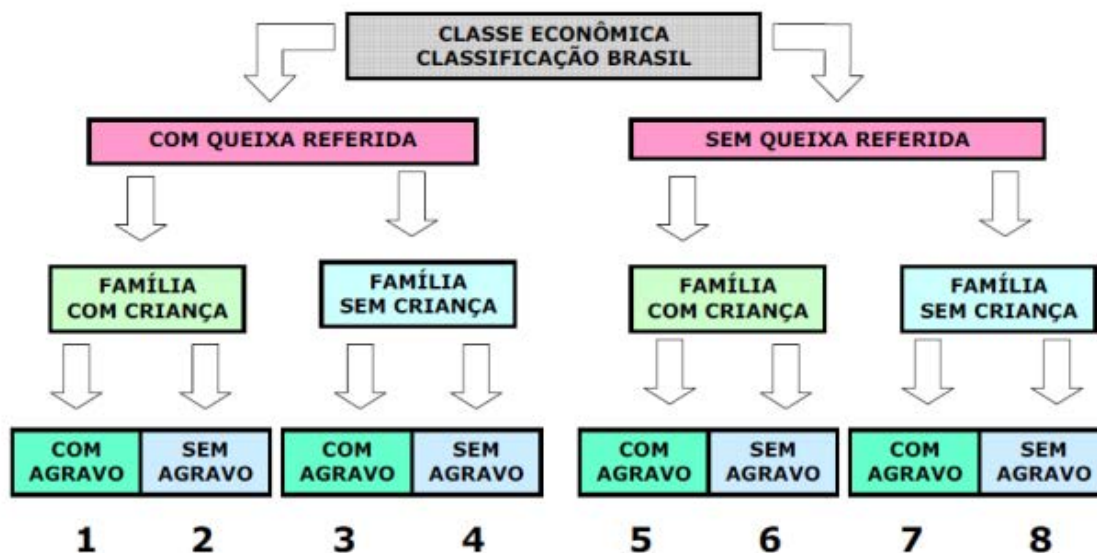
A unidade de atendimento central possui 11 consultórios odontológicos completos, 5 com aparelhos de radiografias bucais. Existem consultórios odontológicos em outras três Unidades Básicas de Saúde, nas quais atuam duas equipes da ESF do tipo 2, com 2 cirurgiões dentistas, 2 técnicos de saúde bucal e 4 auxiliares de saúde bucal, e uma equipe do tipo 1, com um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal. Uma nova unidade com mais três consultórios, está em fase de implantação para abrigar uma equipe de cada tipo. Essas equipes já estão em atuação, de maneira provisória, no Centro Odontológico. Além disso, existe um consultório localizado no Ambulatório de

DST/HIV/Aids, e outro na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), voltado para o atendimento de pacientes portadores de necessidades especiais, totalizando 18 consultórios implantados.

O acesso é universal, aberto a toda à população, sem restrições etárias. Essa universalidade, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, e um exercício de cidadania que tem grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população²³.

Para a organização da demanda da atenção básica, as famílias são cadastradas em suas residências pelos agentes comunitários de saúde, que preenchem uma ficha odontológica específica do serviço, com informações sobre variáveis econômicas, sociais e agravos de saúde, incluindo necessidades odontológicas referidas, última visita ao dentista e uso de próteses dentárias. A classificação econômica é realizada por meio da Classificação Brasil e gera-se um escore de A a E. A priorização das famílias, dentro de cada faixa econômica, é feita de acordo com as variáveis: queixa referida, família com ou sem criança e presença de agravo, gerando escores de classificação que variam de 1 a 8, para cada faixa econômica, como mostra a figura 1.

Figura 1- Protocolo de classificação e priorização das famílias da ESF



Fonte: Documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Penápolis

O agendamento é feito de acordo com os escores, priorizando as famílias classificadas como E1. As famílias selecionadas recebem o convite em suas residências,

entregue pelos Agentes Comunitários de Saúde, contendo todas as informações necessárias para dar início ao tratamento.

Após a consulta inicial, é feita a classificação de risco à cárie, doença periodontal e tecidos moles, de acordo com os graus, em baixo risco, risco moderado e alto risco, sugeridas nas diretrizes de saúde bucal estabelecidas pela “Secretaria de Saúde do Município de São Paulo”²⁴, estabelecendo prioridades clínicas para o atendimento, a fim de organizar a agenda de trabalho por prioridade clínica. Este sistema possibilitou a busca ativa das famílias mais vulneráveis, eliminando as filas em dias de agendamento, e o atendimento às necessidades de saúde bucal da população baseadas em risco social e clínico, assim como o estudo desenvolvido por Alves²⁵, em que o emprego da abordagem sócio-dental possibilitou sistematizar de forma eficiente, informações relevantes para a organização da atenção em saúde bucal na ESF a partir da compreensão sobre a relação entre condições de vida das famílias e medidas clínicas bucais. O mesmo autor afirma que a utilização da combinação de medidas normativas em saúde bucal, associadas a medidas sobre condições de vida, mostraram-se como ferramentas importantes para a redução das principais dificuldades encontradas pelas equipes de saúde bucal na ESF, tais como uma melhor organização da demanda e a definição de indivíduos com prioridade de cuidado, podendo impactar na própria resolutividade do sistema²⁵.

Aproximadamente 25 famílias por equipe (100 pessoas) são chamadas mensalmente, mas muitas não comparecem, mesmo recebendo o convite em suas residências. Existem também no município, programas de atendimento para pacientes especiais, gestantes, crianças e adolescentes, renais crônicos, diabéticos, hipertensos e ações de promoção e educação em saúde bucal, realizadas em diferentes espaços sociais e públicos do município, eventos, escolas, empresas. Esses trabalhos podem melhorar a adesão das famílias ao tratamento odontológico, segundo diversos estudos^{3,6}.

O programa direcionado às gestantes faz parte do pré natal, quando as mesmas são encaminhadas pelas UBS assim que descobrem sua condição de grávidas. Caso não sejam acompanhadas pelo serviço público, mas por médico particular, e se interessarem por realizar o pré-natal odontológico, também serão cadastradas e recebem o tratamento. O programa de atendimento das crianças de 0 a 14 anos, organiza a demanda juntamente com a classificação das famílias. Caso essa clientela busque pelo serviço odontológico, mesmo antes da família ter sido convidada a entrar para o programa, há o cadastramento e agendamento desses pacientes, independente da

condição familiar, por serem considerados como população prioritária. Os programas direcionados aos diabéticos e hipertensos, está em fase de implantação no município, mas o planejamento é que o encaminhamento desses pacientes seja feito pelas equipes médicas das UBS.

A população conta, também, com atendimento de urgência e emergência diário, um pronto atendimento para qualquer queixa referida, de acesso aberto e ilimitado no horário de funcionamento do estabelecimento, que trabalha com horário ampliado, até as 21:00 horas, em dois dias da semana, para possibilitar acesso à população que, por alguma razão, não pode frequentar o serviço em outro período. Nesse serviço, muitos pacientes são triados e colocados em tratamento por risco clínico, ou encaminhados à atenção secundária conforme necessidade.

Além da busca espontânea, essas pessoas podem ter sua necessidade detectada durante as atividades educativas realizadas nos espaços sociais e escolas do município, daí são encaminhados pela ASB para a clínica.

Organização e Integração entre a Atenção Básica e a Especializada

O acesso aos serviços odontológicos da atenção básica é feito pela classificação de risco, que é compreendido pela população, pois participaram de sua definição. Os principais problemas e queixas relacionadas à organização da demanda foram levantados junto aos usuários do sistema e funcionários, que foram solicitados a sugerir melhorias dos aspectos citados durante a realização de grupos de trabalho e rodas de discussão. Uma queixa frequente era que muitas pessoas carentes precisavam de tratamento e não conseguiam, o que culminou pela adoção da Classificação Brasil como um critério de priorização. Já os profissionais, enfatizaram as necessidades clínicas e de risco social, que determinaram a inserção da queixa referida e dos agravos de saúde no protocolo de agendamento e encaminhamento de pacientes, estabelecido pelo serviço odontológico do município¹⁶. Para os gestores a maior preocupação era com o sistema de referência e contra-referência, que, se organizado de maneira adequada, evita desperdício de recursos e aumento da produtividade da equipe¹⁶. A somatória dos aspectos apontados como determinantes pelos usuários, trabalhadores e gestores possibilitou a construção do atual protocolo de trabalho.

O encaminhamento é feito pela atenção básica quando há necessidade de atendimento especializado, ao Centro de Especialidades Odontológicas. É realizado por meio de fichas de encaminhamento, desenvolvidas pelo próprio serviço, entregues ao

paciente, com a indicação de qual especialidade é necessária. O agendamento não segue critérios de prioridade, podendo o próprio paciente fazê-lo, na recepção do estabelecimento, em horário que lhe convém, incluindo período noturno. Não existe demanda reprimida para nenhuma especialidade, o agendamento da primeira consulta não ultrapassa 15 dias de espera.

Os Centros de Especialidades Odontológicas são classificados em três tipos: Centros de Especialidades Odontológicas tipo I (três cadeiras odontológicas); Centros de Especialidades Odontológicas tipo II (com quatro ou mais cadeiras) e Centros de Especialidades Odontológicas tipo III (que possuem no mínimo de 7 cadeiras)¹⁴. O Centro de Especialidades Odontológicas de Penápolis, é do tipo II e atende às especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, semiologia e pacientes especiais.

Os cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município seguem os diversos critérios para referenciar os pacientes para os Centros de Especialidades Odontológicas, estabelecidos pelo Ministério da Saúde²⁶. Somente a Periodontia realiza procedimentos não adequados a especialidade, pois quando referenciados, não foram seguidos os critérios pré-estabelecidos, encaminhando todos os pacientes que tenham casos que envolvam a especialidade, ainda que possam ser resolvidos na atenção básica. Nesta situação, a atenção secundária serve de escape para a atenção primária. Sendo a periodontia básica a maior necessidade da população, a atenção básica fica sobrecarregada de pacientes, comprometendo o atendimento das demais demandas da população. A cobertura insuficiente de profissionais na atenção primária acaba comprometendo a interface entre os níveis de atenção, segundo diversos autores^{9,27}, que consideram que essa é uma das questões mais críticas na organização dos serviços de saúde bucal, que pode ser solucionada com a contratação e capacitação de profissionais que referenciem de maneira adequada os procedimentos que necessitem de atenção especializada.

O município atinge as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde em quase todas as especialidades ofertadas, exceto na especialidade de cirurgia, provavelmente por exigir procedimentos muito complexos, que demandam maior tempo de atendimento e que não são comumente encontrados na população. Não há demanda reprimida para tal especialidade, a inadequação quantitativa da meta não reflete a realidade da atenção, que é o atendimento integral da demanda¹⁶.

Analisar a organização dos serviços de saúde, com a participação de toda a equipe envolvida e os usuários, é importante para que os nós sejam identificados, possibilitando melhorias em diversos aspectos, como aumento da produtividade e resolubilidade, organização da agenda de trabalho, redução gastos e melhor aproveitamento dos recursos humanos.

2.7 Conclusão

Os níveis de atenção à saúde bucal estão integrados e a demanda organizada de acordo com critérios de risco social e condições clínicas, permitindo que os serviços odontológicos sejam oferecidos de maneira equânime à população. Não há demanda reprimida na atenção especializada.

2.8 Referências

1. Kelly RM, Palumbo D. Theories of policy making. In: Hawkesworth M, Kogan M, editors. Encyclopedia of government and politics. London: Routledge; 1992. p. 644-55.
2. Cunha EM. Regra e realidade na constituição do SUS municipal: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
3. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2000.
4. Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC. Saúde bucal coletiva, conhecer para atuar. Natal: EDUFRN; 2004.
5. Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Cad Saude Publica 2008; 24(6):1239-50.
6. Santos SAS, Meneghim MC, Pereira AC. Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes/RJ/Brasil. Rev Odontol UNESP 2007; 36(2):169-74.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família - PSF. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

8. Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: mudança de práticas ou diversionismo semântico. Rev Saude Publica 2009; 43(3):455-62.
9. Morris AJ; Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? Br Dent J 2001; 191(12):666-70.
10. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública 2009; 25(2):259-67.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União, Brasília, 24 mar. 2006.
12. 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.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil sorridente: a saúde bucal levada a sério. Brasília; 2010 [citado 2011 Set 18]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacaonova_281210.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.341/GM, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências [citado 2011

- Set 18]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html
15. Neves LAS. Consórcio intermunicipal de saúde da região de Penápolis (SP): elementos da cooperação política [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
 16. Cecilio LPP. Avaliação da produção de serviços do Centro de Especialidades Odontológicas de Penápolis – SP após um ano de funcionamento [monografia]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2010.
 17. McGuire M. Managing networks: propositions on what managers do and why they do it. *Public Adm Rev* 2002; 62(5):599-609.
 18. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública* 2000; 34(6):35-45.
 19. Trevisan LN, Junqueira LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(4):893-902.
 20. Oliveira Neto FS, Itani A. Pactos da saúde e a gestão do SUS: experiência e avaliação na macro-região sul do Espírito Santo. *Interfacehs* [serial on the Internet] 2008 [citado 2011 Set 18];3(3). Disponível em:
<http://www.revistas.sp.senac.br/index.php/ITF/article/viewFile/134/149>
 21. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública* 2006;40(4): 727-33.

22. Campos GW. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em Equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para um público. São Paulo: Hucitec. 1997. p. 229-66.
23. Jesus WLA; Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc Saúde Coletiva 2010; 15(1):161-170.
24. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes para a atenção em saúde bucal. 2009 [citado 2011 Set 18]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal.pdf
25. Alves FNM. Organização da atenção em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: análise da utilização da abordagem sócio-dental e do Índice de Desenvolvimento Familiar na ESF Manguinhos/RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Critérios Gerais para Referência ao Centro de Especialidades Odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
27. Starfield B. Coordenação da atenção: juntando tudo. In: Starfield B, organizador. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2004. p. 365-415.

3

Capítulo 2

ORGANIZAÇÃO DE GESTÃO NO SETOR ODONTOLÓGICO DO SUS*

*Capítulo 2 – Normas da Revista de Odontologia da UNESP
Disponível em:
<http://rou.hostcentral.com.br/submission.php>

3.1 Resumo

Introdução: A atenção secundária em saúde bucal no Brasil ainda é um assunto pouco pesquisado. **Objetivo:** Analisar a resolubilidade dos serviços odontológicos do Sistema Único de Saúde, com base na referência para a atenção secundária e a contra-referência à atenção primária. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, que utilizou dados secundários coletados dos prontuários dos pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas de um município do estado de São Paulo. **Resultados:** Do total de 1030 prontuários analisados, verificou-se 1236 procedimentos referenciados para atenção especializada. Desses 86,4% deram entrada na Unidade Básica de Saúde por livre demanda e 50,4% (n= 623) para especialidade de endodontia. Houve evasão de 2,2% (n= 28) já na primeira consulta especializada. Deram início ao tratamento especializado 1208 procedimentos no Centro de Especialidades Odontológicas, tendo sido 62,6% (n= 757) concluídos e contra-referenciados para a atenção primária, que finalizou 61,1% (n= 463) dos procedimentos. Para a conclusão do tratamento, considerando o tempo no Centro de Especialidades Odontológicas e na atenção Básica, houve variação de acordo com a especialidade: periodontia 62 dias (dp= ± 68) e endodontia 71 dias (dp= ±51,8), sendo necessárias 3 consultas em média, independente da especialidade. **Conclusão:** O Centro de Especialidades Odontológicas referencia, contra-referencia e atende a maioria da demanda, independente da especialidade. Porém ainda há muita evasão durante o tratamento odontológico, servindo de alerta para os gestores desenvolverem métodos de controle dos pacientes atendidos, com vistas à diminuição de gastos e aumento da resolutividade dos serviços, com a conclusão dos tratamentos iniciados.

Palavras-chave: Especialidades Odontológicas, Sistema Único de Saúde; Saúde Pública

3.2 Abstract

Introduction: Secondary care in oral health in Brazil is still a little researched topic. **Objective:** The aim of this study was to analyze the resolution of dental services in SUS based on the referral to secondary attention and back-referral to primary attention. **Methodology:** It's a descriptive, quantitative study that used secondary data collected from dental records of patients seen at Centre of Dental Specialties (Ceo) in a city of São Paulo State. **Results:** It was analyzed 1030 dental records. Just 1236 proceedings received referral to Ceo and among then, 86.4% showed the first attendance on Basic Health Unity (UBS) through spontaneous demand and 50.4% (n=623) received referral to endodontic treatment. There was evasion of 2.27% of studied population (n=28) on the first specialized consultation. Among 1208 proceedings that started the treatment in Ceo, 62.6% (n=757) were finalized and received back-referral to primary attention, that finalized 61.1% (n=463) of proceedings. To conclude the treatment, considering the time spent in Ceo and primary attention, there was variation according to specialty: periodontics – 62 days (sd ± 68) and endodontics – 71 days (sd ± 51.8), requiring 3 consultations in average, regardless specialty. **Conclusion:** The Centre of Dental Specialties gave referral and attention to the majority of demand, regardless specialty. However, there are many cases of evasion during dental treatment, alerting managers to develop methods to entice these patients, reducing service expenses and raising solvability of dental procedures previously initiated.

Key words: Specialties Dental; Unified Health System ; Public Health

3.3 Introdução

A atenção secundária em saúde bucal no Brasil ainda é um assunto pouco pesquisado e discutido, entretanto, países com modelos de atenção a saúde bucal mais desenvolvidos e estruturados, já demonstram preocupação em estudar a utilização e organização dos serviços, principalmente em relação aos níveis de atenção¹.

Existem países^{1,2,3,4} em que a organização da interface entre a atenção primária e secundária dos serviços odontológicos, funcionam de maneira organizada e integrada para suprir a necessidade de atendimento de sua população. Porém, para que haja efetiva utilização dos serviços de saúde, não basta apenas uma maior disponibilidade e oferta, é necessário analisar fatores como a distribuição geográfica, facilidade de acesso ao atendimento odontológico, mudanças do perfil epidemiológico e as características da gestão do serviço. Torna-se um desafio planejar medidas de saúde pública que atendam aos grupos mais vulneráveis, pois o padrão de utilização dos serviços e as desigualdades nos padrões de doença estão diretamente relacionados a desigualdade social^{5,6}.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), criada em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) visa a melhoria da saúde da população e a redução das desigualdades, ampliando e reorganizando o acesso à Atenção Básica. Prova que as novas medidas estão funcionando são os resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB2010), em que as equipes de saúde bucal (ESB) passaram de 4.261 para 20.300 no período de 2002-2010, tendo um investimento de R\$600 milhões no ano de 2010⁷. Embora o acesso dos brasileiros ao serviço público odontológico tenha melhorado nos últimos anos, de acordo com os dados da PNSB⁷, havia ainda um grande nó crítico quanto ao acesso a serviços especializados.

Desta forma, fez-se necessária à criação de unidades de referência para a atenção básica, chamadas de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que devem atender a demanda de procedimentos especializados e contra-referenciar esses pacientes para as Unidades Básicas de Saúde concluírem os tratamentos⁸.

Os CEO ofertam no mínimo serviços nas especialidades de endodontia, periodontia, pacientes com necessidades especiais e cirurgia oral menor, e são classificados em três tipos: Centros de Especialidades Odontológicas tipo I (três cadeiras odontológicas), em que são destinados mensalmente R\$ 8.250,00 mil para

custeio; Centros de Especialidades Odontológicas tipo II (com quatro ou mais cadeiras), valor mensal é de R\$ 11 mil e Centros de Especialidades Odontológicas tipo III (que possuem no mínimo de 7 cadeiras) o recurso de custeio é no valor de R\$ 19.250,00⁷. O quadro de funcionários é variável de acordo com o tipo de CEO, porém todos devem funcionar durante 40 horas semanais^{8,9,10}. Estão em funcionamento 853 unidades distribuídas por todo o território nacional e são responsáveis por um aumento de 6 milhões de procedimento especializados para 25 milhões de procedimentos entre os anos de 2002 / 2010¹¹.

A organização da demanda de um serviço local de saúde tem como pressuposto a entrada dos pacientes pela Unidade Básica de Saúde ou pela Equipe de Saúde da Família¹². Os encaminhamentos devem basear-se em critérios pactuados com a equipe de saúde, visando a diminuição de filas, tempo de espera por consulta, economia de recursos, otimização e melhoria na qualidade do serviço.

Portanto, torna-se necessário avaliar e fornecer informações para o desenvolvimento no sistema de saúde, determinando prioridades de atendimento, sugerindo meios para organização da demanda dos serviços odontológicos públicos que colaborem na resolutividade dos problemas encontrados⁵.

Considerando que a avaliação de serviços de saúde consta na Agenda Nacional Prioritária de Pesquisa em Saúde¹³ e que os Centros de Especialidades Odontológicas, implantados recentemente precisam ser avaliados, realizou-se essa pesquisa com o objetivo de analisar a organização da demanda odontológica no Centro de Especialidades Odontológicas em um sistema local de saúde, verificando a resolubilidade dos serviços e o sistema de referencia e a contra-referência para atenção primária.

3.4 Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, de caráter avaliativo, que utilizou dados secundários coletados dos prontuários dos pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas no município do estado de São Paulo. Foi selecionado um Centro de Especialidade Odontológicas (implantado em junho de 2008), do Tipo II com 160 horas semanais de prestação de serviço, realizadas por cinco cirurgiões dentistas, que atendem as especialidades mínimas exigidas pela *Portaria n° 600/GM*⁷ e possui estrutura que permite análise do sistema de referência e contra-referência. O

Centro de Especialidades Odontológicas implantado prevê o alcance de metas mensais para cada tipo: Centro de Especialidades Odontológicas tipo II, 110 procedimentos do subgrupo atenção básica, 90 procedimentos do subgrupo periodontia, 60 procedimentos do subgrupo endodontia e 90 procedimentos do subgrupo cirurgia oral menor. Como esse Centro de Especialidades Odontológicas especificamente, funciona no mesmo local que o Programa de Atenção Básica, há um prontuário único de cada paciente, que integra informações sobre os procedimentos especializados como também o atendimento básico. Foram analisados os prontuários de pacientes atendidos no Centro de especialidades Odontológicas, no período de janeiro de 2010 à dezembro de 2010, referenciados para as especialidades de endodontia, periodontia, e cirurgia oral menor.

Os dados obtidos foram processados no programa Epi- Info versão 3.5.3 ¹⁴ possibilitando verificação das seguintes variáveis: faixa etária, gênero, tipo de demanda (espontânea ou programática) e associações entre elas.

Foram realizadas as análises, de acordo com as seguintes categorias: (a) procedimentos referenciados ao Centro de Especialidades Odontológicas, que tiveram no mínimo a primeira consulta; (b) procedimentos referenciados ao Centro de Especialidades Odontológicas, que tiveram tratamento especializado realizado; (c) procedimentos referenciados ao Centro de Especialidades Odontológicas que tiveram tratamento especializado realizado e concluído após contra referenciados à Unidade Básica de Saúde.

Foram também verificadas as seguintes variáveis, quanto aos tratamentos realizados no Centro de Especialidades Odontológicas:

- Tempo de espera para atendimento, contado em dias a partir da data de encaminhamento da Unidade Básica de Saúde até o dia da primeira consulta especializada;
- Tempo necessário para a conclusão do tratamento no Centro de Especialidade Odontológica, contado da data do primeiro ao último dia de atendimento especializado;
- Número de consultas para conclusão do tratamento, da primeira à última consulta na Unidade Básica de Saúde, depois de referenciado e contra-referenciado o procedimento.

As portarias utilizadas como base para esta pesquisa foram: *Portaria n.º 600/GM*⁷, que instituiu o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas e foi atualizada pela *Portaria N.º 1.341/GM*¹⁰; *Portaria n.º 599/GM*⁸, que definiu a

implantação de especialidades odontológicas (Centros de Especialidades Odontológicas) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e estabeleceu critérios, normas e requisitos para seu credenciamento; *Portaria N° 584/GM*¹¹, que define os recursos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados de saúde bucal; *Portaria N° 87/SAS*¹⁵, que define recurso de antecipação dos incentivos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados de saúde bucal.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP (Processo FOA- 01025/2011), respeitando-se os ditames éticos da Resolução 196/96. A fim de preservar a identidade dos pacientes, os prontuários foram analisados de forma a ocultar nomes ou quaisquer outras informações que pudessem identificá-los.

3.5 Resultados

Foram analisados 1030 prontuários de pacientes encaminhados para o CEO, sendo 61,5% pacientes do gênero feminino e 38,5% do masculino. Nesses prontuários, 1236 procedimentos foram registrados, sendo: 623 de endodontia (50,4%), 354 de periodontia (28,64%) e 259 de cirurgia oral menor (20,96%). A demanda espontânea na UBS pelos serviços odontológicos foi de 86,4%, tendo evasão na primeira consulta especializada, 28 procedimentos (2,27%).

Como observado na tabela 1, um total de 1208 procedimentos especializados foram iniciados, a maioria da especialidade de endodontia (50,4%)

TABELA 1- Distribuição percentual dos procedimentos referenciados para o Ceo, segundo a especialidade odontológica, Penápolis, Brasil, 2010.

Especialidade	Referência ao Centro de Especialidades Odontológicas					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Endodontia	618	99,20	5	0,80	623	100
Cirurgia Oral Menor	243	93,82	16	6,18	259	100
Periodontia	347	98,02	7	1,98	354	100
Total	1208	97,73	28	2,27	1236	100

Foram concluídos 757 (62,67%) dos procedimentos especializados e se analisados por especialidade: cirurgia oral menor obteve maior percentual de casos finalizados (74,49%). Observa-se a desistência do tratamento especializado tem alto percentual na especialidade de periodontia (43,23%).

TABELA 2 - Procedimentos realizados no Centro de Especialidades Odontológicas, Penápolis, Brasil, 2010.

Especialidade	Concluídos		Não concluídos		Em andamento		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Endodontia	430	69,58	122	19,74	66	10,68	618	100,00
Cirurgia Oral Menor	181	74,49	54	22,22	8	3,29	243	100,00
Periodontia	146	42,07	150	43,23	51	14,70	347	100,00
Total	757	62,67	326	26,99	125	10,35	1208	100,00

Depois de realizada a contra-referência, ou seja, a volta do paciente para a atenção primária na UBS, a conclusão dos procedimentos especializados na atenção básica foi de 463 (61,16%) e 250 (33,03%) procedimentos não concluídos. Quando analisados por especialidade observa-se que 347 procedimentos concluídos de endodontia (45,84%) e 116 de cirurgia (64,09%), porém, na especialidade de periodontia não houve a contra referência para a atenção primária.

TABELA 3 - Procedimentos contra-referenciados e realizados na Unidade Básica de Saúde, Penápolis, Brasil, 2010.

Especialidade	Concluídos		Não concluídos		Em andamento		Encaminhados para Prótese		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Endodontia	347	80,70	48	11,16	23	5,35	12	2,79	430	100,00
Cirurgia Oral Menor	116	64,09	56	30,94	9	4,97	0	-	181	100,00
Periodontia	0	-	146	100,00	0	-	0	-	146	100,00
Total	463	61,16	250	33,03	32	4,23	12	1,59	757	100,00

A tabela 4 mostra o tempo médio de espera para o paciente ser atendido no Centro de Especialidades Odontológicas, do dia do encaminhamento da atenção primária até a data da primeira consulta na atenção secundária foi maior para a Cirurgia Oral Menor (29 dias - dp= 38,6749).

Para a conclusão do tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas, desde o dia do primeiro atendimento especializado até o último, o período de tempo foi superior para Periodontia (38 dias - $dp= 61,8332$). Os procedimentos contra-referenciados para serem concluídos na Unidade Básica de Saúde demoraram mais para ser atendidos pela especialidade de Endodontia (28 dias - $dp= 27,1571$).

O número médio de dias e o número médio de consultas necessários para conclusão do procedimento de forma integral, desde a data do encaminhamento até a data de conclusão na Unidade Básica de Saúde, foram: Endodontia (71 dias - $dp= 51,8641$), e 4,1 consultas em média ($dp= 1,1095$) e Cirurgia Oral Menor (46 dias - $dp=30,9914$) e 3,5 consultas ($dp= 0,7163$) para finalização do procedimento.

Como os pacientes referenciados para a especialidade de periodontia não são contra-referenciados a conclusão do procedimento ocorre na própria atenção secundária. Nesse caso, foi calculado o tempo e número de consultas necessário para conclusão do procedimento da data do encaminhamento da atenção primária até a data em que foi concluído na atenção secundária, resultando desta forma em 62 dias ($dp= 68,0647$) e 3 consultas ($dp= 1,3299$) para conclusão do procedimento.

TABELA 4 – Período médio de tempo para tratamento odontológico, segundo especialidade, Penápolis, Brasil, 2010.

Especialidade	Tempo para tratamento Especializado (a)			
	Conclusão do tratamento (b)			
	Dias	dp	Dias	dp
Endodontia	33	39,98	71	51,86
Cirurgia Oral Menor	11	29,79	47	30,99
Periodontia	38	61,83	62	68,06

Especialidade	Tempo em espera para Referência (c)		Tempo em espera para Contra-referência (d)	
	Dias	dp	Dias	dp
Endodontia	18	24,83	29	27,15
Cirurgia Oral Menor	29	38,67	9	8,52
Periodontia	23	20,91	-	-

Especialidade	Número médio de consultas para conclusão do Tratamento Odontológico	
	Consultas	dp
Endodontia	4	1,01
Cirurgia Oral Menor	3	0,71
Periodontia	3	1,32

- (a) Período de tempo em dias da primeira à última consulta especializada
 (b) Período de tempo em dias da primeira consulta especializada à conclusão na UBS
 (c) Período de espera da data de referência à primeira consulta especializada
 (d) Período de espera da data de contra-referência à conclusão na UBS
 (e) Número médio de consultas para conclusão do tratamento completo

3.6 *Discussão*

Neste estudo sobre organização de demanda do serviço odontológico do SUS, observou-se que o perfil dos pacientes que foram encaminhados à atenção secundária, são na maioria mulheres (61,5%) que ainda apresentam maior interesse no cuidado com a saúde seja médica ou odontológica, por terem mais autopercepção de saúde que os homens, resultando na maior busca por esses serviços^{16,17}.

Os serviços de atenção primária e secundária seguem uma interface ideal, que é considerar características como a equidade (em que todos os casos devem ser diagnosticados e se houver a necessidade, referenciados a um nível maior de

complexidade, sem impedimentos para isso); integralidade (para qualquer tipo de procedimento, independente do seu nível de complexidade, deve ser acessível e disponível); e ser eficiente e eficaz (garantir que a referência seja adequada a real necessidade e a contra-referência assegurada após finalizado ou ao longo do tratamento especializado¹. Porém, ainda observou-se grande percentual de demanda espontânea (86,4%), que traduz a busca por tratamento na maioria das vezes quando há dor, e reduzido acesso da população do estudo à atenção odontológica primária do município, já que a demanda programática por busca espontânea é priorizada para crianças e adolescentes de 0 a 18 anos de idade e gestantes, sendo nas demais famílias chamadas por meio de classificação de risco, com busca ativa feita pelo serviço. Assim, a população de rotina com maior cobertura no programa de atendimento é de uma faixa etária que pouco necessita de referência para a atenção secundária, ficando o acesso a esse nível de atenção aberto à busca espontânea da população na unidade de pronto atendimento¹⁸.

Por ser a dor dentária o grande motivo da busca por tratamento odontológico¹⁹, justifica-se a maioria da demanda (50,4%) ser destinada aos serviços de endodontia, que é o tratamento popularmente chamado de “tratamento de canal”, em que são necessárias várias sessões para a abertura do dente até o tecido pulpar, recuperação dos tecidos lesionados através da troca de curativos, até o dente estar saudável para o fechamento dos canais e posteriormente ser restaurado, devolvendo função ao elemento dentário. Este tratamento é de alto custo em consultórios particulares e muitas vezes não é oferecido pelo serviço público⁵, portanto quando existe a oferta deste serviço gratuitamente, a procura é muito grande, ocasionando filas de espera. Esse não é o caso do município estudando, que não apresentou demanda reprimida em tal especialidade.

Todos os pacientes que necessitaram de atendimento especializado foram referenciados à atenção secundária e puderam agendar o atendimento, tornando-os programáticos após a passagem pela atenção básica²⁰, permitindo a organização do serviço para o atendimento da demanda, observado pelo alto percentual de atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas.

As especialidades de atendimento de pacientes especiais e semiologia não foram analisadas no presente estudo, por não haver metas para o cumprimento destas especialidades e não haver referência e contra-referência específica para cada uma delas, sendo contabilizadas e anotadas como procedimentos do subgrupo de atenção básica.

A integralidade entre os níveis de atenção e fácil acesso para agendamento de consulta são fatores que corroboram para o funcionamento do serviço odontológico, já que tanto o serviço de atenção básica como o de atenção especializada funcionam no mesmo local. A centralização do serviço vai contra o princípio de descentralização estabelecida pelas diretrizes do SUS, porém observamos que em cidades de pequeno porte, o serviço centralizado pode facilitar a organização, propiciar que o paciente não deixe de agendar as consultas, diminuindo a evasão de pacientes durante o tratamento, além de integrar a equipe de profissionais que irá solucionar os casos.

O maior percentual de evasão de pacientes ocorre durante o tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas, principalmente nas especialidades de periodontia e endodontia, que tem altos percentuais de evasão (57,93% e 30,42%, respectivamente). Para a especialidade de periodontia, a evasão pode estar atrelada a necessidade de diversas consultas para a finalização do caso e muitas vezes pelo profissional não dar alta nos prontuários, tornando-o um procedimento desistente do tratamento para esta pesquisa. No caso da endodontia, o tratamento é longo e os pacientes muitas vezes, procuram o serviço apenas para aliviar a dor e após isso desistem do tratamento. Há desta forma, a necessidade de conscientização do paciente, por meio de uma estratégia eficaz de educação em saúde, pois o dente com necessidade de tratamento endodôntico se não realizado, provavelmente terá que ser extraído no futuro, agravando a situação de saúde bucal ⁵.

Os profissionais da área odontológica devem orientar os pacientes sobre a importância da conclusão do procedimento iniciado, visando a racionalizar o uso de recursos e otimizar o serviço, cumprindo as metas estabelecidas.

Há grande resolutividade dos procedimentos contra-referenciados, após o término do tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas, nas especialidades de endodontia (80,7%) e cirurgia oral menor (64,09%), isso condiz com o preconizado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que determina que todos os procedimentos devem ser contra-referenciados para que o tratamento seja integral e não haja limitações entre os níveis de complexidade¹. A especialidade de periodontia não contra-referencia seus pacientes, pois neste caso a atenção secundária serve de escape para a atenção primária, realizando procedimentos básicos que não deveriam ser referenciados. A demanda para a atenção básica está sobrecarregada, o encaminhamento é feito e o serviço especializado é utilizado para procedimentos inadequados ao nível de

atenção secundário, tornando a interface entre os níveis de atenção uma das questões mais críticas na organização da atenção^{1,21,22}.

Segundo Ministério da Saúde no “I Encontro Nacional de Centro de Especialidades Odontológicas- CEO e Equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família”, o tempo de espera por atendimento no serviço especializado, se deve a fatores como a demanda reprimida, estrutura inexistente, número de profissionais e a organização do serviço. Nas experiências relatadas o tempo para ser atendido em outros municípios variou de dias a meses, o que foi observado também nesse estudo. É importante reduzir o tempo de espera para o agendamento no serviço especializado, pois é um fator diretamente ligado à satisfação do usuário, como demonstram diversos estudos^{23,24, 25, 26,27}.

Neste estudo, a relativa demora na contra-referência das especialidades de endodontia e cirurgia para o atendimento na UBS, pode ter contribuído para a evasão de pacientes. Nesse sentido, poderiam ser introduzidas ações para a identificação, localização e recuperação dos pacientes evadidos do serviço odontológico²⁸.

Novos estudos devem ser realizados para identificação dos motivos de desistência do tratamento odontológico, bem como estratégias de educação para a motivação do paciente.

3.7 Conclusão

O Centro de Especialidades Odontológicas referencia, contra-referencia e atende a maioria da demanda, independente da especialidade, porém a evasão durante o tratamento odontológico é um desafio. Gestores e equipes de saúde da família devem traçar métodos desses pacientes, com vistas à diminuição de gastos e aumento da resolutividade dos serviços, com a conclusão dos tratamentos iniciados.

3.8 Referências

- 1- Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J.* 2001;191:666-70.
- 2- Lol EC, Lin HC, Wang ZJ, Wong MC, Schwarz E.. Utilization of dental services in Southern China. *J Dent Res.* 2001;80:1471-4.
- 3- Scott G, Brodeur JM, Olivier M, Benigeri M. Parental factors associated with regular use of dental services by second-year secondary school students in Quebec. *J Can Dent Assoc.* 2002;68:604-8.
- 4- Nuttall NM, Steed MS, Donachie MA. Referral for secondary restorative dental care in rural and urban areas of Scotland: findings from the Highlands Et Islands Teledentistry Project. *Br Dent J.* 2002;192:224-8.
- 5- Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2010;44:360-5.
- 6- Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo ACL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27:143-4.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.464 de 27 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 de jun. 2011.*
- 8- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mar. 2006.*

9- 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, DF, 24 mar. 2006.

10 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.341/GM de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências [citado em 2012 Jul 12]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html

11- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 584, de 28 de março de 2011. Define os recursos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados de saúde bucal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mar. 2011.

12- Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde Soc. 2011;20:867-74.

13- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

14- Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. *Epi Info, version 6.04: a word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.

15- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 87, de 3 de março de 2011. Define recurso de antecipação dos incentivos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados de saúde bucal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 mar. 2011.

16- Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24:150-6.

- 17- Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11:999-1010.
- 20- Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. *Saúde Soc*. 2010;19:533-46.
- 21- Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev Saúde Pública*. 2004;38:453-8.
- 22- Spink MJP. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. *Saúde Soc*. 2007;16:18-27.
- 23- Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saúde Pública*. 2010;44:1005-13.
- 24- Brasil. Ministério da Saúde. I Encontro Nacional de Centro de Especialidades Odontológicas- CEO e Equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família: documento final. [citado em 2011 Set 18]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/1encontro_ceo.pdf>
- 25- Zaitter WM, Silva M, Biazevic MGH, Crosato E, Pizzatto E, Michel-Crosato E. Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba. *RSBO*. 2009;6:413-21.
- 26- Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis*. 2010;20:1419-40.
- 27- Chaves, SCL, Silva, LMV. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:1119-31.

28- Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2010;26:991-1002.

Anexos

Anexo A

Referências *

*Referências citadas na Introdução Geral

Referências Introdução Geral

1. AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004.
2. BAHIA, L. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1186-1187, 2009.
3. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 28 jul. 2012.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005**. Antecipa do incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas - CEO em fase de implantação, e dá outras providências. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria283_22_02_05.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006**. Define a implantação de Especialidade Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria599_23_03_06.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2012.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.464 de 27 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 de jun. 2011.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal, 2004**. Disponível em: <www.ivava.saude.gov.br/bucal>. Acesso em: 20 out. 2005.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 600/GM, de 23 de março de 2006**. Institui o financiamento dos Centros de Especialidade Odontológicas..Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria600_23_03_06.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2010.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 91, de 10 de janeiro de 2007**. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do pacto pela saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0091_10_01_2007.html>. Acesso em: 17 jun. 2010.
11. CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.
12. CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.
13. CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, supl., p. 191-202, 2002.
14. FONSECA, L. L. V.; MOTA, J. A. C.; GONCALVES, P. F. Public primary oral health care: a bioethical reflection. **Rev. Odonto Ciênc.**, 2011; v. 26, n. 2, p. 165-171, 2011.
15. 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**, v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011.

16. MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 24 p.
18. MORRIS, A. J.; BURKE, F. J. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. **Br. Dent. J.**, v. 191, n. 12, p. 660-664, 2001.
19. NUTTALL, N. M.; STEED, M. S.; DONACHIE, M. A. Referral for secondary restorative dental care in rural and urban areas of Scotland: findings from the Highlands Et Islands Teledentistry Project. **Br Dent J.**, v. 192, n. 4, p. 224-228, 2002.
20. SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.
21. VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.

Anexo B

**Parecer de aprovação do Comitê
de Ética em Pesquisa da Faculdade
de Odontologia de Araçatuba**

UNESP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto "*Avaliação dos aspectos organizacionais, epidemiológicos e de utilização de serviços públicos de odontologia*", sob a responsabilidade da Pesquisadora **CLÉA ADAS SALIBA GARBIN**, está de acordo com os Princípios Éticos em Pesquisa e foi aprovado por este Comitê, conforme o Processo FOA-01025/2011.

Araçatuba, 16 de dezembro de 2011.

ANA CLÁUDIA DE MELO STEVANATO NAKAMUNE
Coordenadora do CEP

ACMSN/wbm.

Faculdade de Odontologia e Faculdade de Medicina Veterinária
Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Araçatuba – SP
Tel (18) 3636-3234 E-mail: cep@foa.unesp.br

Anexo C

**Ofício de Autorização enviado ao
Secretário de Saúde do Município
de Penápolis - SP**



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



Ilustríssimo Senhor
Antônio Sidney Marques
Secretário Municipal de Saúde

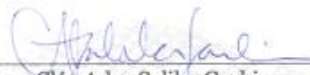
Vimos por meio deste, solicitar de Vossa Senhoria, autorização para coletar dados de agendamento e prontuários de usuários atendidos no Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) da cidade de Penápolis, no período de 2009 à 2010, a fim de realizar pesquisa científica para produção de Dissertação do aluno de mestrado, João Guilherme Rodrigues Nayme, como requisito básico para obtenção do título de Mestre em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual paulista Júlio de Mesquita Filho, Câmpus de Araçatuba. O objetivo do estudo será analisar a organização da demanda e a resolubilidade do sistema de referência e contra-referência entre o sistema básico de saúde (UBS) e o especializado (CEO) e estimar o tempo gasto para conclusão dos tratamentos referenciados dividindo-os por especialidade. A coleta de dados será realizada pelo aluno, os dados dos usuários serão tratados de forma sigilosa, atendendo às normas e requisitos éticos para pesquisa com seres humanos. Saliento a importância de trabalhos como este para o conhecimento da realidade do sistema de saúde brasileiro, pois é através de monitoramento e avaliações que se propõem intervenções positivas para a consolidação e o fortalecimento do SUS.

Certos de contar com esta importante parceria renovamos protestos de distinta consideração.

Atenciosamente,

Araçatuba, 10 de janeiro de 2011


João Guilherme Rodrigues Nayme
Aluno do Programa de Pós-Graduação


Cléa Adas Saliba Garbin
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Odontologia Preventiva e Social



RECEBIDO

14/01/11

Faculdade de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária - DIRETORIA
Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Araçatuba - SP
Tel (18) 620-3203 E-mail: diretor@foa.unesp.br

Anexo D

**Ficha cadastral de Saúde Bucal –
Equipe de Saúde da Família do
Município de Penápolis – SP**

		Prefeitura Municipal de Penápolis Secretaria Municipal de Saúde Ficha Cadastral de Saúde Bucal - ESF				
Endereço:		Nº	Bairro:			
Quadra:	Área:	Micro área:		Família:		
Agente:		Equipe ESF:		Nº de pessoas família:		
Pessoas de 15 anos ou mais		Data de Nascimento	Idade	Sexo		
		__/__/__		() F () M		
		__/__/__		() F () M		
		__/__/__		() F () M		
		__/__/__		() F () M		
		__/__/__		() F () M		
		__/__/__		() F () M		
Pessoas de 0 a 14 anos		Data de Nascimento	Idade	Sexo		
		__/__/__		() F () M		
		__/__/__		() F () M		
		__/__/__		() F () M		
		__/__/__		() F () M		
		__/__/__		() F () M		
Questionário:						
1 - Quando foi sua última visita ao dentista?						
2 - Existe algum morador com queixa de dor de dente?						
3 - Quantas escovas de dentes possuem na sua residência?						
4 - Quantas pessoas trabalham remuneradamente?						
5 - Quantas pessoas fazem uso de dentadura em sua residência?						
6 - Existe na sua residência:						
() Gestante () Diabético () Hipertenso () Acamado () Cadeirante () Port. Vírus HIV () Hepatite () Tabagista () Etilista						
Posse de Itens	Quantidade dos Itens					Observação
	0	1	2	3	4 ou +	
TV em Cores						
Rádio						
Banheiro						
Automóvel						
Empregada Mensalista						
Aspirador de pó						
Máquina de Lavar						
Video Cassete e/ou DVD						
Geladeira						
Freezer/Congelador Duplex						
Grau de Instrução do Chefe de Família						
Analfabeto / Primário Incompleto	↔	Analfabeto / Até 3ª Série Fundamental			()	
Primário Completo / Ginásial Incompleto	↔	Até 4ª Série Fundamental			()	
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	↔	Fundamental Completo			()	
Colegial Completo / Superior Incompleto	↔	Médio Completo			()	
Superior Completo	↔	Superior Completo			()	
Nome:			Assinatura:			
NÃO DESEJAMOS TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PELO ESF BUCAL						
Nome:			Assinatura:			
Penápolis, ____ de ____ de ____						

Anexo E

Crêterios de Avalia o do Risco   Saúde Bucal* Adotado pelo Município de Penápolis

*Secretaria Municipal de Saúde (SP). Diretrizes para a aten o em saúde bucal. São Paulo; 2009 [acesso 18 set 2011]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal.pdf

Critérios de risco de cárie

Classes de risco de cárie dentária e critérios para inclusão segundo a situação individual.

Classificação	Grupo	Situação individual
Baixo risco	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Risco moderado	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
	C	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Alto risco	D	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa
	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda
	F	Presença de dor e/ou abscesso

Critérios de risco periodontal

Classificação do sextante segundo critérios de risco para doença periodontal.

Classificação	Código	Critérios
Baixo risco	0	Elemento com periodonto sadio
	X	Ausência de dentes no sextante
Risco moderado	1	Elemento com gengivite
	2	Elemento com cálculo supra gengival
	B	Seqüela de doença periodontal anterior
Alto risco	6	Elemento com cálculo subgengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade
	8	Elemento com mobilidade irreversível e perda de função

Critérios de risco em tecidos moles

Classificação do indivíduo segundo critérios de risco para tecidos moles.

Classificação	Código	Critérios
Baixo risco	0	Tecidos normais
Risco moderado	1	Alterações sem suspeita de malignidade, não contempladas no Código 2
Alto risco	2	Alterações com suspeita de malignidade. Úlceras com mais de 15 dias de evolução, com sintomatologia dolorosa ou não, bordas elevadas ou não; lesões brancas e negras com áreas ulceradas; lesões vermelhas com limites bem definidos, sugerindo eritroplasia; nódulos de crescimento rápido com áreas ulceradas.

*Secretaria Municipal de Saúde (SP). Diretrizes para a atenção em saúde bucal. São Paulo; 2009 [acesso 18 set 2011]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal.pdf