

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA
FAMÍLIA**

LUIZ GUSTAVO TEIXEIRA MARTINS

ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NA ODONTOLOGIA PÚBLICA MUNICIPAL SUL CATARINENSE.

CRICIÚMA

2013

LUIZ GUSTAVO TEIXEIRA MARTINS

ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NA ODONTOLOGIA PÚBLICA MUNICIPAL SUL CATARINENSE.

Monografia apresentada ao Setor de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a MSc. Fernanda Guglielmi Faustini Sônego.

CRICIÚMA

2013

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais e irmãos, pois estes sempre estiveram ao meu lado, dando o apoio necessário para a minha formação pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Professora Fernanda Guglielmi Faustini Sônego, pela atenção e auxílio para a execução deste trabalho e a todos os professores responsáveis pela minha formação.

Um agradecimento especial aos pacientes que consentiram e participaram dessa pesquisa.

“De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que ele estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar.”

Fernando Sabino, (1923-2004)

RESUMO

ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NA ODONTOLOGIA PÚBLICA MUNICIPAL SUL CATARINENSE.

O presente estudo, apresenta como meta, analisar o funcionamento do sistema de referência e contra-referência na Odontologia Pública Municipal, de Criciúma – SC. A escolha do tema surgiu por meio da preocupação sobre a eficiência dessa estratégia na odontologia de Criciúma-SC e a justificativa do tema se dá pela necessidade de se analisar o funcionamento desse sistema. Foram comparados os encaminhamentos realizados por cirurgião dentista que possui pós-graduação, em residência multiprofissional, em atenção básica/Saúde da Família, e aquele que é encaminhado pelo cirurgião dentista que não possui pós-graduação na área, de modo a verificar se há distinção na forma de encaminhamento. A abordagem realizada para a pesquisa é de característica predominantemente quantitativa, por meio de um questionário estruturado, elaborado para investigar junto aos usuários, como é realizada a estratégia de referência e contra-referência de encaminhamentos para a especialidade de endodontia. Esta pesquisa foi do tipo descritivo, transversal e aconteceu nos seguintes locais: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e nas Estratégias Saúde da Família (ESF) do Paraíso, Ana Maria, Mineira Velha e São Simão. A amostra foi universal (n=40), composta pelo número total de usuários encaminhados a especialidade de endodontia, pelas ESF, como também aqueles que tiveram suas contra-referências realizadas no período de abril de 2011 a julho de 2012. Os que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados obtidos com as entrevistas foram devidamente tabulados, analisados e avaliados pelo programa de estatística SPSS versão 18.0, Windows, utilizando a estatística descritiva para obtenção das porcentagens, média, mínimo, máximo e desvio padrão (DP). Após os resultados foram confirmados conforme a necessidade através do teste Exato de Fisher ou Teste Qui-Quadrado de Pearson para frequência das variáveis categóricas dicotômicas. Para comparar as variáveis quantitativas foi utilizado o teste U, de Mann-Whitney para duas Amostras Independentes para a Comparação entre os grupos. Foi considerada como estatisticamente significativa as questões que obtiveram $p < 0,05$ (*) e $p < 0,01$ (#). Depois de realizados os testes estatísticos, os dados foram transferidos ao software Microsoft Excel versão 2007 para construção de gráficos. Concluiu-se que o grau de eficiência dos encaminhamentos dos usuários da atenção primária para a secundária foi muito satisfatório, onde os usuários foram bem esclarecidos e não tiveram dúvidas em relação ao atendimento no CEO de Criciúma-SC.

Palavras-chave: SUS. Referência. Contra-referência. Odontologia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Média, em dias, entre o encaminhamento realizado pela ESF e a entrada para tratamento (Tto) no CEO, e os dias entre a entrada e a conclusão do tratamento - residente (n=14); não residente (n=14), Criciúma - SC, 2012.....	29
Gráfico 2 – Paciente finalizou o tratamento no CEO - residente (n=14); não residente (n=14), Criciúma - SC, 2012.....	30
Gráfico 3 – Paciente deu entrada no tratamento no CEO e concluiu seu tratamento em outro lugar - residente (n=03); não residente (n=09), Criciúma - SC, 2012.....	30
Gráfico 4 – Paciente realizou o tratamento em outro local - residente (n=03); não residente (n=09), Criciúma - SC, 2012.....	31
Gráfico 5 – Encaminhamento do paciente do CEO para conclusão do tratamento na ESF, com a contra-referência em mãos - residente (n=14); não residente (n=14), Criciúma - SC, 2012.....	32
Gráfico 6 – Tempo decorrido após o Encaminhamento do CEO para a ESF, Criciúma - SC, 2012.....	33
Gráfico 7 – Conclusão do tratamento na ESF, Criciúma - SC, 2012.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – ESF analisadas, Criciúma - SC, 2012.....	26
Tabela 2 – Caracterização das Amostras, Criciúma - SC, 2012.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AS - Atenção Secundária

ASB - Auxiliar em Saúde Bucal

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DP - Desvio Padrão

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FSESP - Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

LRPD - Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programas de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB - Técnico em Saúde Bucal

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVOS GERAIS	12
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 A ENTRADA DA SAÚDE BUCAL NA AGENDA FEDERAL	13
3.2 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	15
3.3 SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	16
3.4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	18
4 METODOLOGIA	20
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA	20
4.2. TIPO DE PESQUISA	21
4.3. LOCAL DE ESTUDO	21
4.4. SUJEITOS DA PESQUISA	21
4.5. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	22
4.5.1 Primeiro momento:	22
4.5.2 Segundo momento:	22
4.5.3 Terceiro momento:	23
4.5.4 Critérios de inclusão:	23
4.5.5 Critérios de exclusão:	23
4.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA	24
4.7. RISCOS	24
4.8. BENEFÍCIOS	25
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	26
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A	40
APÊNDICE B	41

1 INTRODUÇÃO

Na área de saúde bucal, é necessária a utilização da avaliação em saúde para tomar as diferentes decisões, e realizar o reordenamento das políticas, dos programas e dos serviços de saúde. Outro desafio é unir essa tarefa ao constante monitoramento dos serviços para melhoria da qualidade, bem como a constante vigilância em saúde bucal. Mesmo que haja na área da saúde bucal uma lacuna relativa à avaliação dos serviços públicos, já possui evidências de alguns estudos avaliativos realizados, objetivando desenvolver instrumentos válidos para tal fim. (GOES, *et al.* 2012).

Um dos grandes problemas encontrado no atendimento odontológico nas redes de saúde pública é a logística do sistema de referência e contra-referência entre as Unidades Básicas de Saúde e os Serviços Especializados. Esse é um assunto discutido com frequência entre Equipe de Saúde Bucal (ESB) e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), já que surgem dificuldades para praticá-lo com eficiência.

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente vem reorganizando as ações na rede de atenção básica de saúde, ampliando e qualificando os serviços prestados, através das equipes de saúde bucal inseridos na Estratégia Saúde da Família, dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), pautando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Os Centros de Especialidades Odontológicas são serviços de atenção secundária devendo se constituir em unidades de referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor. Em função dos seus recursos físico-estruturais podem ser classificados em três tipos: Centros de Especialidades Odontológicas tipo I (três cadeiras odontológicas); Centros de Especialidades odontológicas tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas); e, Centros de Especialidades Odontológicas tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de Centro de Especialidades Odontológicas (GOES *et al.*, 2012).

A escolha do tema surgiu através da preocupação sobre a eficiência dessa estratégia de referência e contra-referência na Odontologia pública do município de Criciúma - SC.

A justificativa do tema se dá pela necessidade de se avaliar a qualidade com que esse sistema é realizado e verificar se o mesmo está sendo resolutivo.

Esse estudo visa analisar a eficiência do sistema de referência e contra-referência, à especialidade de endodontia, na Odontologia pública, do município de Criciúma - SC. Conhecer a sistemática de encaminhamentos ao Centro de Especialidade Odontológica (CEO), identificar os fatores relacionados ao acesso, acolhimento e satisfação com o serviço, as ações desenvolvidas nesses centros, integração entre o CEO e as Estratégias Saúde da Família (ESF), para verificar se o trabalho está sendo feito de forma resolutiva.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Verificar a eficiência do sistema de referência e contra-referência de usuários da atenção primária para a atenção secundária, na Odontologia pública municipal de Criciúma – SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Quantificar o número de referências e contra-referências realizadas para a especialidade de endodontia;
- Verificar o grau de eficiência dos encaminhamentos dos usuários da atenção primária para a secundária;
- Registrar como esse sistema é realizado por parte dos profissionais;
- Avaliar como os usuários utilizam esse sistema, quando encaminhados para a especialização de endodontia;
- Verificar o perfil sócio-econômico do paciente encaminhado ao CEO de Criciúma - SC;
- Comparar a eficiência deste sistema de encaminhamento entre cirurgiões dentistas que cursam pós-graduação em Residência Multiprofissional voltada para Atenção Básica / Saúde da Família e que trabalham no setor público, aqueles cirurgiões dentistas que não são pós-graduados na mesma área e que também trabalham no setor público do município.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A ENTRADA DA SAÚDE BUCAL NA AGENDA FEDERAL

As primeiras ações de saúde bucal no setor público brasileiro se desenvolveram em 1940, por meio da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). Esse modelo de assistência adotado era voltado apenas para escolares na faixa etária entre 07 e 14 anos e o atendimento era cíclico, de acordo com o calendário escolar. Mesmo assim, tornou-se hegemônico nos serviços públicos brasileiros por mais de 40 anos (GUERRA, 2009).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e o 1º levantamento epidemiológico na área de saúde bucal ocorreu em 1986. Este estudo não contribuiu para a consolidação de uma política e nem para a mudança do modelo, mas houve um pequeno incentivo a fluoretação das águas de consumo público e a aplicação de flúor em escolares, vinculado ao Programa de Prevenção da Cárie Dentária (GUERRA, 2009).

O Ministério da Saúde em 1988 realizou um documento preconizando uma política nacional de saúde bucal, intitulado Política Nacional de Saúde Bucal – princípios, diretrizes e prioridades. Apesar do apoio dos três Ministérios (na época: Saúde; Previdência e Assistência Social/INAMPS; Educação), das entidades da classe odontológica e dos coordenadores regionais de odontologia, ela não teve força política suficiente para reorganizar as ações e serviços em saúde bucal (GUERRA, 2009).

Em 2004 é lançada, já no contexto do SUS, a Política Nacional de Saúde Bucal. Ainda na mesma década, as ações coletivas de saúde bucal, são inseridas nos procedimentos do SUS, valorizando eventos conservativos em substituição aos mutiladores, dando mais atenção a prevenção. Apesar dessas mudanças favoráveis e mais a implantação do SUS trazendo junto todo um rearranjo no modelo, as práticas em odontologia no setor público se caracterizavam ainda pelo não conservadorismo, com elevados números de extrações e pouca promoção de saúde.

Mesmo com a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1993, reafirmando o direito de cidadania e um novo modelo para a saúde bucal do Brasil, o que se via era um atendimento odontológico com pouca resolutividade e a falta de incentivos na área. A saúde bucal não tinha atenção por parte das políticas

governamentais. Havia uma ausência de políticas específicas de saúde bucal no cenário federal e nenhuma organização institucional com representatividade que respondesse pela sua agenda no Ministério da Saúde (GUERRA, 2009).

Em 1995, assume como coordenadora da Área Técnica da Saúde Bucal do Ministério da Saúde, Sônia Dantas. Na sua gestão, em 1996, foi realizado o 2º levantamento epidemiológico em todas as capitais do país. Foi abordada a cárie dentária em crianças na faixa etária de 06 a 12 anos, que revelou melhora na prevalência da cárie dentária aos 12 anos, mas o valor do CPOD ainda ficou considerado moderado para os padrões da Organização Mundial de Saúde (OMS) (GUERRA, 2009).

Apesar dos avanços, a atenção em saúde bucal continuava com foco no tratamento destinado às crianças e não para o conjunto da população exposta ao risco de adoecer. Aos adultos restavam apenas os tratamentos emergenciais com procedimentos cirúrgicos ou paliativos, sem comprometimento em referenciar para um tratamento especializado.

A saúde bucal não tinha nenhuma expressão no contexto da saúde brasileira e o primeiro movimento para a sua entrada na esfera federal ocorreu na gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso, ainda com a Sônia Dantas. A saúde bucal é incluída como meta nos novos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família por meio da portaria GM /MS de número 1.886 de dezembro de 1997 (GUERRA, 2009).

Apesar do PACS ter se iniciado em 1991, somente em 1997 a saúde bucal é inserida no mesmo, demonstrando a sua pouca representatividade no conjunto das ações de saúde. De acordo com a portaria, os Agentes Comunitários podiam realizar dentre suas contribuições, atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil. Como se pode perceber não havia participação do cirurgião-dentista e nem de qualquer membro de nível médio ligado à odontologia.

Pleiteando recursos e negociando com a Secretaria de Políticas de Saúde, a Área Técnica ainda sob o comando da mesma coordenadora, consegue o lançamento da portaria número 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu os incentivos federais para o financiamento das ações de saúde bucal e a inserção de profissionais da área odontológica no PSF.

As equipes hoje se apresentam em 02 modalidades. A do tipo I composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal (ASB) e a do tipo II que inclui um técnico em saúde bucal (TSB). Apesar da inclusão tardia da saúde bucal no PSF, atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) e sem posição de grande destaque, este fato pode ser considerado um marco no desenvolvimento da política de saúde bucal (GUERRA, 2009).

3.2 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) foram elaborados para garantir atendimentos odontológicos especializados à população brasileira, diante das necessidades de saúde acumuladas há bastante tempo. Devem funcionar como unidades de referência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, com procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados neste nível de atenção (SOUZA, 2009).

No Brasil, a discussão quanto ao acesso à atenção odontológica especializada no sistema público é recente e torna-se relevante na medida em que a atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada *Brasil Sorridente*, tem visado viabilizar a oferta da atenção secundária através, principalmente, dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). O CEO deve oferecer à população, no mínimo os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duro, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais (CHAVES *et al.*, 2011).

O acesso à atenção odontológica apresenta uma grande desigualdade e tem controvérsias se o investimento em serviço especializado é a solução adequada já que a maior parte da redução dos principais agravos bucais (cárie dentária e doença periodontal) está no acesso à atenção primária e melhoria nos indicadores sociais (escolaridade, renda e ocupação), e não necessariamente na assistência odontológica propriamente dita (CHAVES *et al.*, 2011).

Pesquisas sobre os serviços de atenção secundária em saúde bucal, particularmente no Brasil, têm sido pouco estudados, entretanto, achados de outros países, com modelo de atenção em saúde bucal mais estruturado, já evidenciam a preocupação em estudá-la, principalmente a interface entre a atenção primária e

secundária em saúde bucal. O papel do serviço de atenção secundária em saúde bucal nestes países corresponde tanto à oferta de tratamento em especialidades odontológicas quanto à elaboração de planos de tratamento pelos cirurgiões-dentistas especialistas, aos usuários referenciados, onde a realização do tratamento é na atenção primária após a contra-referência do caso, funcionando também como um serviço de consultoria odontológica (GOES, *et al.* 2012).

Um estudo desenvolvido em Pernambuco apontou que apenas 40,9% dos CEOs cumpriam com um bom desempenho as metas de produção ambulatorial propostas pelo nível central, formulador e indutor da política (SOUZA, 2009).

Ainda assim, em países com difícil acesso ao cuidado odontológico, a formulação de políticas que visam ampliar acesso à prática restauradora, inclusive especializada, é necessária, já que a prática odontológica pública ainda está centrada em extrações dentárias e poucas práticas preventivas. Estudos avaliativos sobre a implementação dos CEOs discutem os seus custos como próximos àqueles da atenção primária pelo predomínio dos gastos com pessoal, mas, também apontam um baixo desempenho desses serviços (GOES, *et al.* 2012).

3.3 SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

A organização das ações e serviços de atenção à saúde no cenário do SUS deve garantir a integralidade da atenção, obedecendo aos princípios de regionalização e hierarquização. O conceito de integralidade abrange diferentes dimensões, incluindo a garantia da assistência nos três níveis de atenção à saúde, e as ações de promoção, prevenção e recuperação. A integralidade seria a integração das ações e serviços de saúde por meio de redes assistenciais, uma vez que, isoladamente, não reúnem em si a totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (BENDER, *et al.* 2010).

O conjunto de estabelecimentos que formam a rede de serviços de saúde deve atuar de forma conjunta, provendo o desenvolvimento de ações com vista a garantir a integralidade do cuidado. A rede de atenção à saúde permite prestar uma atenção contínua à população mediante uma relação horizontal dos serviços com o centro de comunicação na Atenção Básica (BENDER, *et al.* 2010).

O objetivo da criação de uma porta de entrada única é o de integrar cuidados básicos e especializados, coordenando o acesso e o fluxo da atenção. Isto implica que o clínico da Atenção Básica (AB) seja responsável pelo adequado encaminhamento ao especialista, bem como seja responsabilidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) tanto o agendamento como a garantia da realização da consulta prescrita (BENDER, *et al.* 2010).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem orientado avanços no sentido de reestruturar as ações da AB para alcançar melhores resultados na saúde, por meio do trabalho de uma equipe multiprofissional. Essa equipe é responsável pela atenção a uma devida população e deve entender as respectivas necessidades em saúde como resultado, também, das condições sociais, ambientais e econômicas a que os usuários estão sujeitos. Estudos de avaliação da ESF apontam que a garantia da integralidade permanece como um importante problema a ser solucionado, quando se observa que a extensão de cobertura da AB aumentou a demanda pela Atenção Secundária (AS). Ocorre que o acesso a AS é dificultado em razão dos poucos recursos municipais e conseqüente insuficiência de oferta de serviços. Nesse quadro, a maioria dos municípios permanece apenas com a gestão da AB, afastado do gerenciamento do restante da rede assistencial do SUS, mesmo em seu território (BENDER, *et al.* 2010).

Mesmo a formação da equipe de saúde bucal na ESF tenha ocorrido tardiamente à sua criação, sendo somente regulamentada pela *Portaria GM/MS nº. 267*, de 6 de março de 2001, a inclusão dos cirurgiões-dentistas na ESF contribui para a construção de um modelo de atenção que melhore com efetividade as condições de vida da população brasileira (NICKEL, *et al.* 2008).

A logística de atendimento utilizado na ESF pelas equipes de saúde bucal deve ser voltado à promoção e prevenção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção. É recomendada a utilização de recursos e dados epidemiológicos na identificação dos problemas da população adscrita para, posteriormente, agir de acordo com os critérios de risco (NICKEL, *et al.* 2008).

Na concepção teórica desse programa, os conceitos de universalidade e integralidade tornam-se concretos, auxiliando a rede básica de saúde na diminuição do fluxo dos usuários para a atenção complexa (NICKEL, *et al.* 2008).

3.4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil foi elaborado em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual cabe identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde; fazer políticas de saúde destinadas a promover ações e serviços de saúde; bem como assistir as pessoas por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

Os valores que regem a assistência à saúde têm sido modificados e o SUS busca alternativas para melhorar a qualidade desta assistência de acordo com as novas demandas. Com vista na assistência integral à saúde da população, elaborou-se o Programa de Saúde da Família (PSF) que, atualmente, tem sido denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que não possui caráter programático, e sim características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se consolida como modelo de atenção à saúde por permitir uma maior aproximação dos profissionais com o seu campo de atuação, estabelecendo vínculos de compromisso com a população. O Ministério da Saúde incluiu a saúde bucal no programa com a perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços odontológicos (ROSAI & CURI, 2005).

A ESF surge no Brasil como uma reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/biologicista não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas (ROSAI & CURI, 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem orientado avanços no sentido de reorganizar as ações da Atenção Básica para alcançar melhor resolutividade em saúde, por meio do trabalho de uma equipe interdisciplinar. Essa equipe é responsável pela atenção a uma população restrita e deve atender as necessidades em saúde desse local, também, das condições sociais, ambientais e econômicas a que os usuários estão sujeitos. A ESF define o generalista como o profissional das áreas de medicina, enfermagem e odontologia para esse nível de atenção, e põe em relevo a importância de outros trabalhadores no campo da saúde, como os agentes comunitários de saúde (ACS) (BENDER, *et al.* 2010).

Assim, a ESF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo um novo olhar do processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSAI & CURI, 2005).

4 METODOLOGIA

A metodologia é o alicerce que assegura o pesquisador para o alcance de seus objetivos, sendo o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (LEOPARDI, 2002).

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem realizada para a pesquisa é de característica predominantemente quantitativa, aplicada por meio de um questionário estruturado, elaborado para investigar junto aos usuários do SUS, como é realizado o sistema de referência e contra-referência de encaminhamentos para a especialidade de endodontia, na Odontologia pública do município de Criciúma – SC, no período de abril de 2011 a julho de 2012.

A pesquisa prevê a mensuração de variáveis predeterminadas buscando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis. Centralizando sua busca em informações matematizáveis, não se preocupando com exceções, mas com generalizações (APPOLINARIO, 2006).

A pesquisa é composta de momentos distintos.

O primeiro momento é o da coleta de dados e verificação dos prontuários odontológicos, dos pacientes, nas Estratégias Saúde da Família dos bairros Paraíso, Ana Maria, São Simão e Mineira Velha e observação dos que foram encaminhados à especialização de endodontia no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), localizada no 24h da Próspera, bairro de Criciúma-SC.

No CEO foram analisados, quais pacientes encaminhados previamente ao atendimento especializado, agendaram consultas e foram atendidos.

No segundo momento foi realizado um contato com os pacientes encaminhados, por telefone, para explicação do estudo e solicitação do comparecimento dos mesmos às ESF, as quais pertencem, para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE A).

Após a verificação dos 100% de pacientes que foram encaminhados ou referenciados à especialidade de endodontia no CEO e concordância dos mesmos, foi aplicado um questionário estruturado, elaborado pelo pesquisador, contendo

doze perguntas objetivas (APÊNDICE B).

4.2. TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa é transversal observacional e do tipo descritivo, que tem como finalidade descobrir a frequência com que o fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características, buscando conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano.

4.3. LOCAL DE ESTUDO

Os locais destinados ao estudo são: o Centro de Especialização Odontológica, que se situa na Travessa Avenida da Mineira, s/n, Praça da Chaminé, Próspera e tem como habilitação a Portaria Nº1336/GM, de 11 de agosto de 2005 e as Estratégias Saúde da Família dos bairros Paraíso, Ana Maria, Mineira Velha e São Simão.

4.4. SUJEITOS DA PESQUISA

A população a ser estudada (n=40 usuários) é não aleatória, composta pelo número total de usuários encaminhados ao CEO, pelas ESFs dos bairros, Paraíso, Ana Maria, Mineira Velha e São Simão, e que foram referenciados à especialidade de endodontia, no período de abril de 2011 a julho de 2012, em Criciúma - SC.

Esse tipo de coleta caracteriza-se como censitária, que de acordo com Rodrigues (2002), é aquela em que se coletam informações de todos os indivíduos pertencentes a população em estudo.

4.5. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio da verificação dos prontuários dos pacientes encaminhados ao CEO, para a especialidade de endodontia, nas Estratégias Saúde da Família dos Bairros Paraíso, Ana Maria, São Simão e Mineira Velha, do município de Criciúma - SC, e no próprio CEO, para averiguação dos que foram encaminhados se realmente, foram atendidos e também, por meio da aplicação de um questionário estruturado aos pacientes referenciados e contra referenciados.

Previamente à coleta dos dados, o projeto foi aprovado pela Comissão da Residência Multiprofissional, enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, e realizado após aprovação no mesmo, com o número do parecer 133.765.

Os procedimentos para coleta de dados aconteceram nos seguintes momentos:

4.5.1 Primeiro momento:

- Levantou-se dados no período de abril de 2011 a julho de 2012, sobre a quantidade, nome e endereço dos pacientes encaminhados ou referenciados à especialidade de endodontia, pela ESF Paraíso e ESF Ana Maria, que possuem dentistas que cursam pós-graduação em Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família, como também na ESF São Simão e ESF Mineira Velha, onde os cirurgiões-dentistas não são pós-graduados na área. Neste momento ocorreu também a análise dos prontuários, dos mesmos pacientes, no CEO, para verificar se agendaram consultas e foram atendidos conforme solicitados.

4.5.2 Segundo momento:

- Aplicou-se um questionário elaborado pelo pesquisador, com base na experiência de trabalho, estruturado a 100% dos usuários encaminhados ao CEO, para realização de endodontia. Eles foram contatados por telefone, para explicação do estudo e solicitação do comparecimento dos mesmos às ESF, as quais pertencem, para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme o

apêndice A, e aplicação do questionário, elaborado pelo pesquisador, contendo doze perguntas objetivas, a cada um dos pacientes (APÊNDICE B).

4.5.3 Terceiro momento:

- Realização da análise dos dados adquiridos.

Os dados obtidos foram tabulados em uma planilha do software Microsoft Excel, versão 2007, e analisados, por meio da análise descritiva, utilizando-se o programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 18.0 auxiliando na quantificação dos dados e aplicação do testes estatísticos.

Os dados obtidos nas entrevistas foram devidamente tabulados, analisados e avaliados pelo programa de estatística SPSS versão 18.0 para Windows utilizando inicialmente estatísticas descritivas, como porcentagens, média, mínimo, máximo e desvio padrão (DP). Após os resultados foram confirmados conforme a necessidade através do teste Exato de Fisher ou Teste Qui-Quadrado de Pearson para frequência das variáveis categóricas dicotômicas. Para comparar as variáveis quantitativas foi utilizado o teste U, teste Mann-Whitney para duas Amostras Independentes para a Comparação entre os grupos. Foi considerada como estatisticamente significativa às questões que obtiveram $p < 0,05$ (*) e $p < 0,01$ (#)

4.5.4 Critérios de inclusão:

Pacientes que foram referenciados para a especialidade de endodontia no CEO de Criciúma – SC, que consentiram participar do estudo e foram encaminhados pelo cirurgião dentista que trabalha na ESF Paraíso, da ESF Ana Maria, da ESF São Simão e da ESF Mineira Velha.

4.5.5 Critérios de exclusão:

Pacientes encaminhados para outras especialidades do CEO que não seja para a especialidade de endodontia.

Pacientes referenciados por cirurgião dentista de outras ESF's do município de Criciúma - SC.

Aqueles pacientes que não consentirem participar do estudo.

4.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A partir da coleta de dados foi construído um banco no software Microsoft Excel versão 2007, onde foram calculadas frequências para as variáveis qualitativas, como sexo, e média e desvio padrão para variáveis quantitativas, como a idade e o tempo decorrido entre o encaminhamento e a finalização do tratamento.

Em seguida, o banco de dados foi exportado para o software *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0, onde foram realizados os testes estatísticos com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

A comparação de variáveis quantitativas, como a idade e o tempo para conclusão do tratamento, entre as categorias das variáveis dicotômicas, como sexo e retorno a ESF, foi realizada através da aplicação do teste U, teste Mann-Whitney para duas Amostras Independentes para a Comparação entre os grupos. Foi considerada como estatisticamente significativa as questões que obtiveram $p < 0,05$ (*) e $p < 0,01$ (#)

Os dados obtidos nas entrevistas foram devidamente tabulados, analisados e avaliados pelo programa de estatística SPSS versão 18.0 para Windows utilizando inicialmente estatísticas descritivas, como porcentagens, média, mínimo, máximo e desvio padrão (DP). Após os resultados foram confirmados conforme a necessidade através do teste Exato de Fisher ou Teste Qui-Quadrado de Pearson para frequência das variáveis categóricas dicotômicas.

Depois de realizados os testes estatísticos, os dados foram transferidos ao software Microsoft Excel versão 2007 para construções de gráficos e assim, confrontá-los com a literatura científica.

4.7. RISCOS

O presente estudo não apresenta risco algum para o paciente e nem para os profissionais por se tratar de um levantamento de dados que ocorreu por meio de pesquisa aos prontuários dos pacientes das ESF e do CEO, bem como contato pessoal para aplicação de questionário, após o consentimento do paciente, respeitando a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4.8. BENEFÍCIOS

O presente estudo tem em vista beneficiar o serviço prestado aos usuários dos SUS. Analisar a logística do sistema de referência e contra-referência, para garantir melhores resultados e resolutividade dos tratamentos dos pacientes.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A amostra foi composta por dezessete (17) pacientes atendidos por cirurgiões-dentistas residentes, sendo 35,3% deles pertencentes à ESF Ana Maria e 64,7% pertencentes à ESF Paraíso e outros vinte e três (23) pacientes atendidos por cirurgiões-dentistas, que não fazem parte do Programa da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, sendo 52,2% deles da ESF Mineira Velha e 47,8% da ESF São Simão, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – ESF Analisadas, Criciúma - SC, 2012.

ESF	Residente n(%)	Não Residente n(%)
Ana Maria	6 (35,3)	-
Paraíso	11 (64,7)	-
Mineira Velha	-	12 (52,2)
São Simão	-	11 (47,8)

Fonte: autor

Quanto à faixa etária estudada, os encaminhamentos realizados pelos residentes e não residentes em sua maioria, 30,0% tinham idades entre quinze (15) e vinte (20) anos, seguido de 27,5% com idades entre trinta e um (31) e quarenta (40) anos.

Em relação à escolaridade, 35% dos pacientes atendidos possuíam o ensino médio incompleto.

Os pacientes atendidos em sua maioria possuem uma renda de três (3) salários mínimos correspondendo a 37,5% da amostra.

Segundo a Tabela 2, no que se concerne a caracterização da amostra e aos fatores sócio-demográficos, observa-se que os adolescentes/adultos jovens foram os que predominaram na busca pelo atendimento seguido de adultos com idades entre trinta e um (31) e quarenta (40) anos.

Em relação a escolaridade dos pacientes avaliados, 30% possuem menos de oito (8) anos de estudo e 62,5% tendo uma renda familiar de até três (3) salários mínimos, o que tem sido confirmado em vários outros estudos sobre acessos aos serviços de saúde bucal.

Tabela 2 - Caracterização da Amostra, Criciúma - SC, 2012.

FAIXA ETÁRIA	n (%)
15 a 20 anos	12 (30,0)
21 a 30 anos	4 (10,0)
31 a 40 anos	11 (27,5)
41 a 50 anos	9 (22,5)
Acima de 60 anos	5 (5,0)
ESCOLARIDADE	n (%)
Ensino Fundamental Incompleto	2 (5,0)
Ensino Fundamental Completo	10 (25,0)
Ensino Médio Incompleto	14 (35,0)
Ensino Médio Completo	12(30,0)
Ensino Superior Incompleto	2 (5,0)
RENDA	n (%)
0 a 1 salário	10 (25,0)
3 salários	15 (37,5)
3 a 5 salários	8 (20,0)
sem renda	7 (17,5)

Fonte: autor

De acordo com o estudo de Rocha e Góes (2008) realizado para avaliar os fatores associados ao acesso aos serviços de saúde bucal em Campina Grande, Paraíba, que confirmou os achados na literatura, que com o avançar da idade, ocorre uma redução do acesso dessas pessoas aos atendimentos odontológicos e o estudo de Chaves *et. al.* (2012) que avaliou o acesso e utilização de serviços odontológicos em dois municípios de médio porte da Bahia e que constatou que a busca pelo atendimento foi maior na idade entre 15-35 anos, com renda familiar de até um (1) salário mínimo, pode-se verificar concordância com este estudo.

A condição bucal não permite apenas um registro quantitativo, mas possui também uma história vivida. Pessoas pobres, com baixa escolaridade e menor inserção no mercado de trabalho carregam marcas dentárias que exprimem a sua realidade social. Essas desigualdades são uma marca da injustiça impressa na dentição. Ser pobre e ter aparência bucal precária aumentam as desigualdades existentes, pois contribui para a continuação do vicioso e subliminar ciclo do estigma, discriminação e exclusão social (MOREIRA *et al.*, 2007).

Apesar dos esforços feitos nos últimos anos, a distinção entre ricos e pobres no acesso aos serviços de saúde bucal é alta. Foi evidenciado através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios que 31% das pessoas com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo afirmaram nunca ter feito uma consulta odontológica. A problemática da demanda pública aos serviços odontológicos ainda é elevada, o que gera uma demanda ao setor privado, sendo este responsável por uma parcela significativa da cobertura a esses serviços (ROCHA e GOES, 2008).

Dos dezessete (17) pacientes encaminhados pelos residentes, quatorze (14) iniciaram o tratamento no CEO e os concluíram. Três (3) deles deram entrada ao tratamento, porém dois (2) finalizaram em outro lugar e um (1) desistiu e não finalizou.

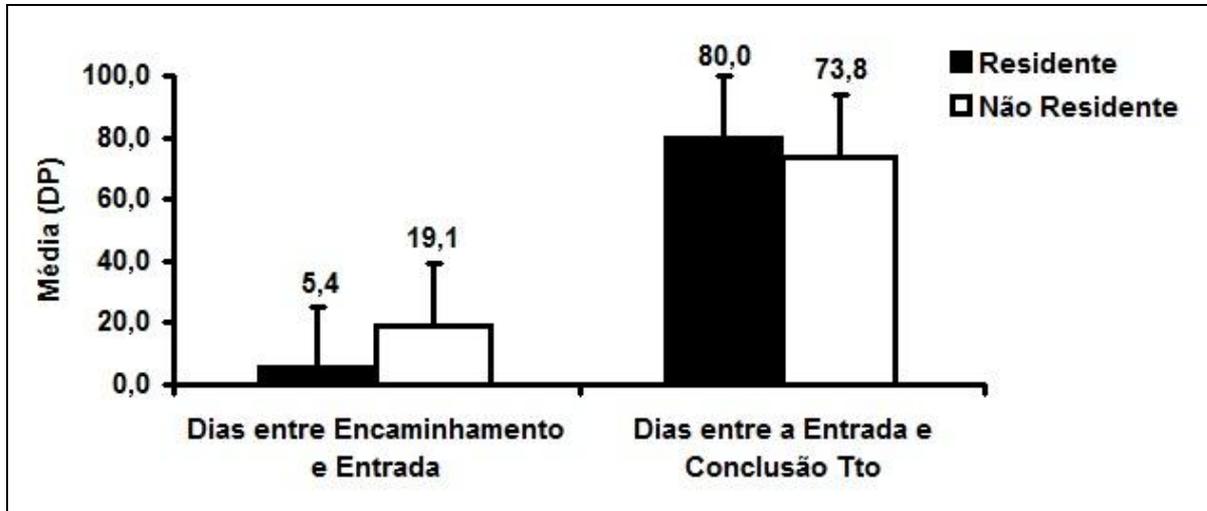
Dos vinte e três (23) pacientes encaminhados pelos não residentes, quatorze (14) iniciaram o tratamento e foram até o final, oito (8) deram entrada e ainda não finalizaram o tratamento e um (1) nem iniciou o tratamento.

Observa-se que o número de pacientes encaminhados pelos não residentes foi superior, porém os que foram encaminhados pelos residentes aderiram ao tratamento, havendo menor desistência no decorrer do tempo de tratamento.

O estudo realizado por Bender *et al.* (2010), aponta falhas na comunicação estabelecida com o usuário, que necessita de atendimento especializado, desde uma inadequada orientação quanto à realização da consulta, até a comunicação ao usuário sobre o agendamento. Fizeram referências, também, à dificuldade do acesso físico à consulta, como: a não compreensão por parte do usuário do endereço da consulta, a grande distância implicada no deslocamento e a localização geográfica da residência, acentuada por condições desfavoráveis climáticas.

A média, em dias, entre o encaminhamento realizado pelo Cirurgião-Dentista na ESF e a entrada pelo paciente do tratamento ao CEO, pelos residentes foi de 5,4 dias (DP±4,1) e os não residentes foi de 19,1 dias (DP±37,3). Em relação aos dias entre o início do tratamento e a conclusão do mesmo, a média foi de 80 dias (DP±32,7) para os residentes e 73,8 (DP±32,7) dias para os não residentes, conforme é verificado no Gráfico 1.

Gráfico 1– Média, em dias, entre o encaminhamento realizado pela ESF e a entrada no tratamento (Tto) no CEO, e os dias entre a entrada e a conclusão do tratamento - residente (n=14); não residente (n=14), Criciúma - SC, 2012.



Fonte: autor

Método Estatístico Empregado: Teste Mann-Whitney U para duas Amostras Independentes para a Comparação entre os grupos. Não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Em relação à média de dias para iniciar o tratamento após o encaminhamento ao CEO, os pacientes que foram encaminhados pelos residentes ficaram menos tempo esperando o tratamento comparado aos que foram encaminhados pelos não residentes. O que demonstra certa eficiência e organização para o início do tratamento, mesmo que a média entre o início e o término do tratamento tenha sido maior.

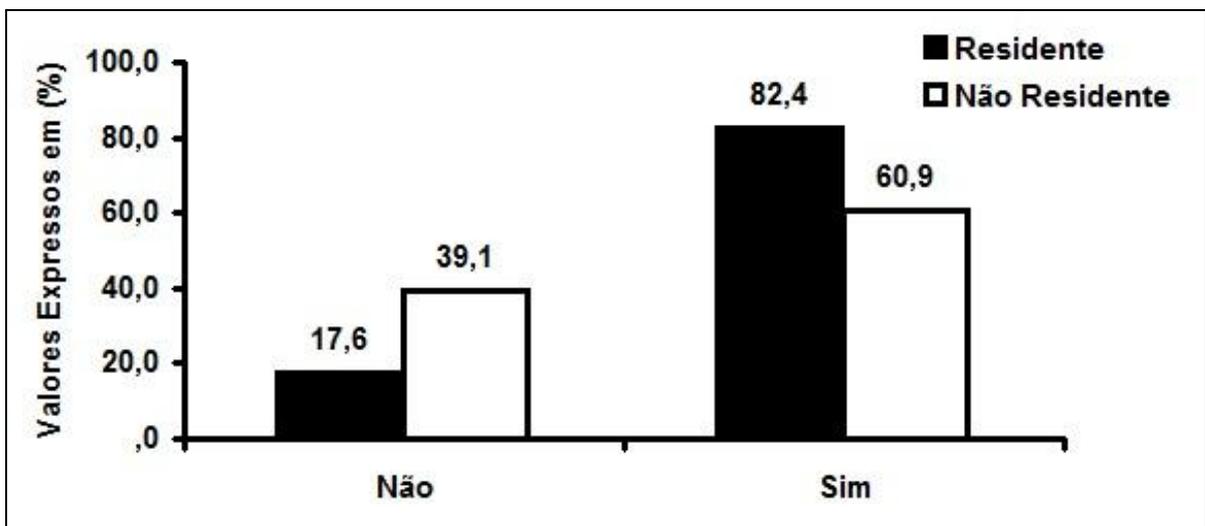
Se compararmos os achados deste estudo com o de Lima *et.al*, (2010), realizado com 272 pacientes atendidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, quando investigado a questão da acessibilidade aos serviços odontológicos, verifica-se divergências, pois a maioria das respostas dos usuários não corresponde a avaliações positivas, deste. Para a questão sobre obtenção de uma vaga, apesar de 29,8% considerarem fácil obter uma vaga, 24,6% responderam ser difícil e 27,9%, muito difícil, o que representou, após o somatório das duas últimas, 52,5% de avaliações negativas.

Em estudo citado anteriormente que teve como objetivo identificar fatores relacionados às ausências de usuários nas consultas especializadas referenciadas por uma Unidade Básica de Saúde e sua implicação para a Atenção Básica relata

como sugestão dos usuários o considerável período de tempo entre a consulta na Atenção Básica e a data agendada para a consulta especializada (BENDER *et al.*, 2010).

Quanto à finalização do tratamento 82,4% dos pacientes atendidos pelos residentes concluíram o tratamento e dos pelos não residentes apenas 60,9% finalizaram o mesmo (Gráfico 2).

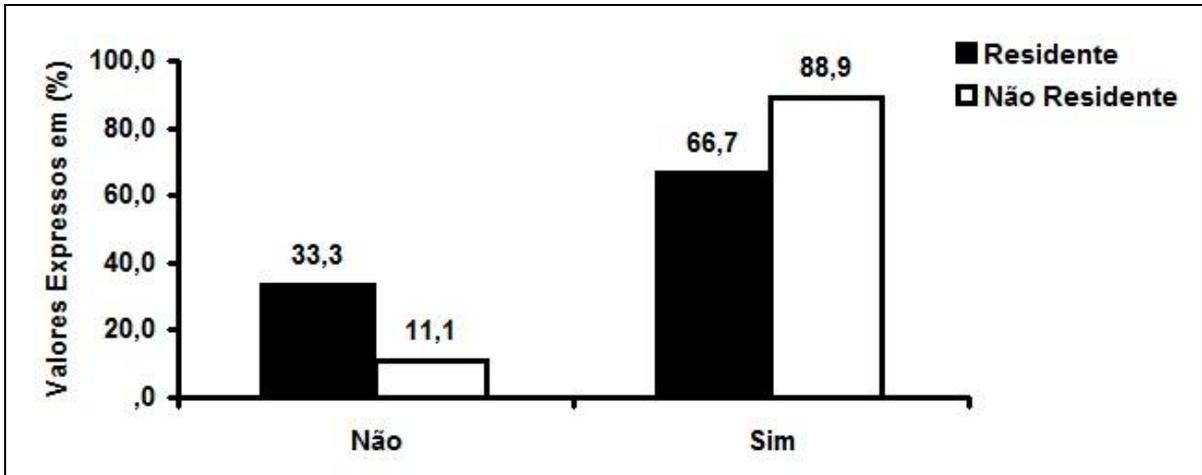
Gráfico 2- Paciente finalizou o tratamento no CEO - residente (n=14); não residente (n=14), Criciúma - SC, 2012.



Fonte: autor

Dos pacientes que não finalizaram o tratamento no CEO: 66,7% dos encaminhados pelos residentes, e 89,9% pelos não residentes, chegaram a dar entrada, porém não concluíram (Gráfico 3).

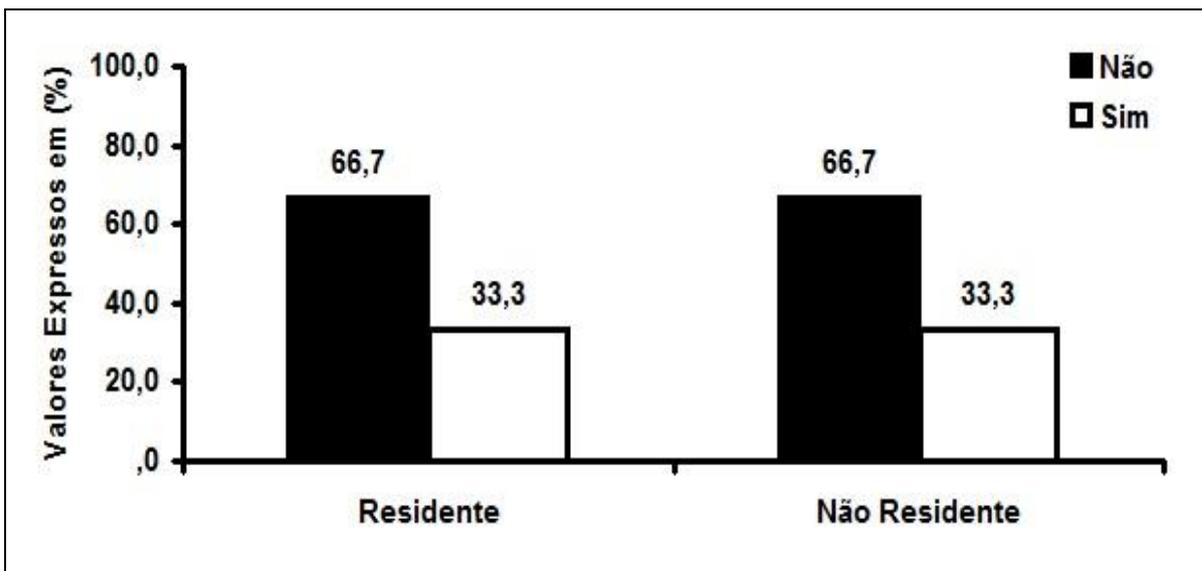
Gráfico 3 – Paciente deu entrada no tratamento no CEO e concluiu seu tratamento em outro lugar - residente (n=03); não residente (n=09), Criciúma - SC, 2012.



Fonte: autor

Destes 100% que não finalizaram o tratamento no CEO tanto dos residentes e não residentes, 33,3% desses pacientes procuraram outro local para finalizar o tratamento (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Paciente realizou o tratamento em outro local - residente (n=03); não residente (n=09), Criciúma - SC, 2012.



Fonte: autor

Os pacientes que foram encaminhados ao CEO pelos residentes tiveram uma resolutividade maior em relação ao tempo do início ao tratamento, o que supostamente pode ter influenciado na vontade em finalizar o tratamento. Os resultados encontrados comprovam que mais de 80% dos pacientes dos residentes que iniciaram o tratamento foram até o final o que difere dos não residentes com menos de 61% de adesão ao final do tratamento.

O acompanhamento dos residentes do início ao fim do tratamento destes usuários, corroboram com os princípios do SUS principalmente em relação a resolutividade, definida como: como a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível exigido pela sua complexidade (OLIVEIRA *et.al.*,2008).

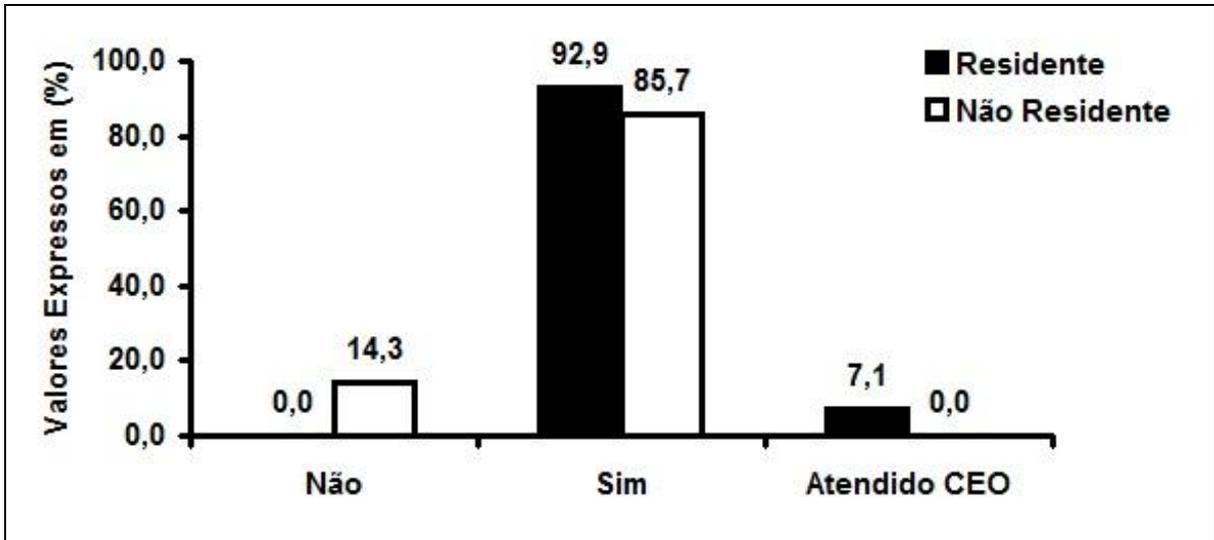
Aqueles pacientes encaminhados por ambos profissionais que não finalizaram o tratamento por algum motivo, a minoria deles (33%) procuraram outro local para finalizar o tratamento, sendo que muitos destes procuraram clínicas particulares.

Em estudo realizado com 3391 adultos procurou estimar a prevalência do uso regular de serviços odontológicos por adultos e idosos em comunidade vulnerável e identificar fatores associados. A prevalência de uso regular de serviços privados foi aproximadamente o dobro quando comparada ao serviço público. O uso regular foi 43,0% maior nas instituições privadas que nas instituições públicas (MACHADO *et.al.*, 2012).

Não podemos deixar de considerar o fato de que os serviços privados ainda respondem por boa parcela do acesso aos serviços de saúde bucal (ROCHA & GOES, 2008).

O paciente quando questionado sobre o término do tratamento no CEO, e a orientação de retornar ao cirurgião dentista da sua ESF para concluir o tratamento, bem como, o recebimento da folha de contra-referência para ser entregue ao dentista da atenção básica que atua na ESF, 92,9% dos pacientes encaminhados pelos residentes e 85,7% pelos não residentes, receberam a folha que o especialista do CEO os entregou (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Encaminhamento do paciente do CEO para conclusão do tratamento na ESF, com a contra-referência em mãos - residente (n=14); não residente (n=14), Criciúma - SC, 2012.



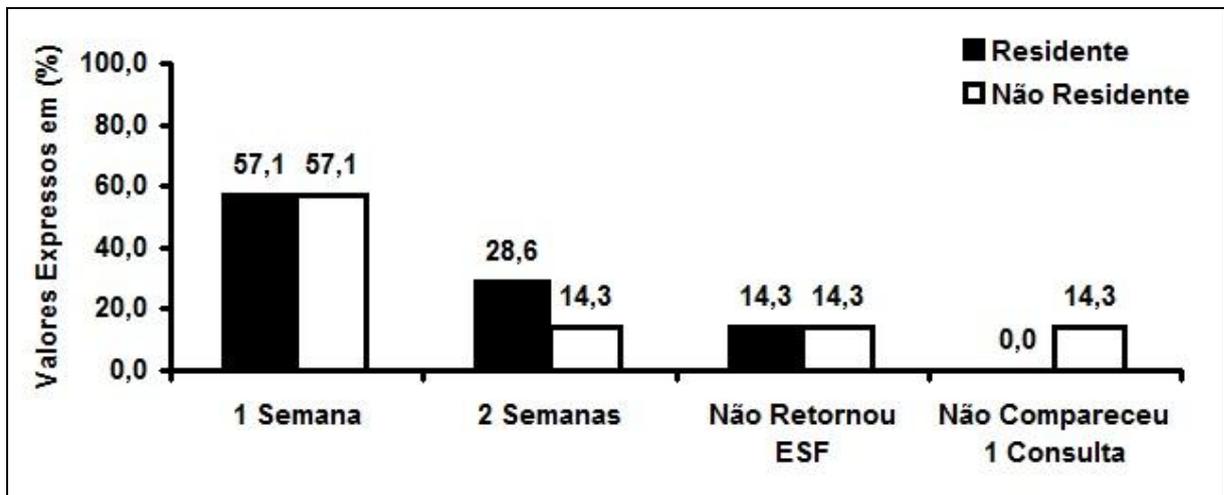
Fonte: autor

Os pacientes que foram encaminhados do CEO para a ESF, tanto os residentes e os não residentes atenderam em uma semana correspondendo a 57,1% dos encaminhamentos (Gráfico 6).

O estudo de Chaves *et al.*, (2012) realizado em dois municípios de médio porte da Bahia, observou que em ambos municípios mais de 75% dos pacientes levaram a ficha de referência, porém destes, menos de 40% retornaram com a ficha de referência. Quanto ao tempo entre o agendamento e a consulta mais de 60% foi em 15 dias, discordando com este estudo.

Os Centros de Especialidades Odontológicas têm sido a estratégia da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) para garantir a atenção secundária, devendo se constituir em unidades de referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor por meio de ações de diagnóstico precoce e tratamento imediato, além de limitação do dano e reabilitação de casos, gerando melhores condições de saúde (FIGUEIREDO & GOES, 2009; GÓES *et.al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2010).

Gráfico 6 - Tempo decorrido após o Encaminhamento do CEO para a ESF, Criciúma - SC, 2012.

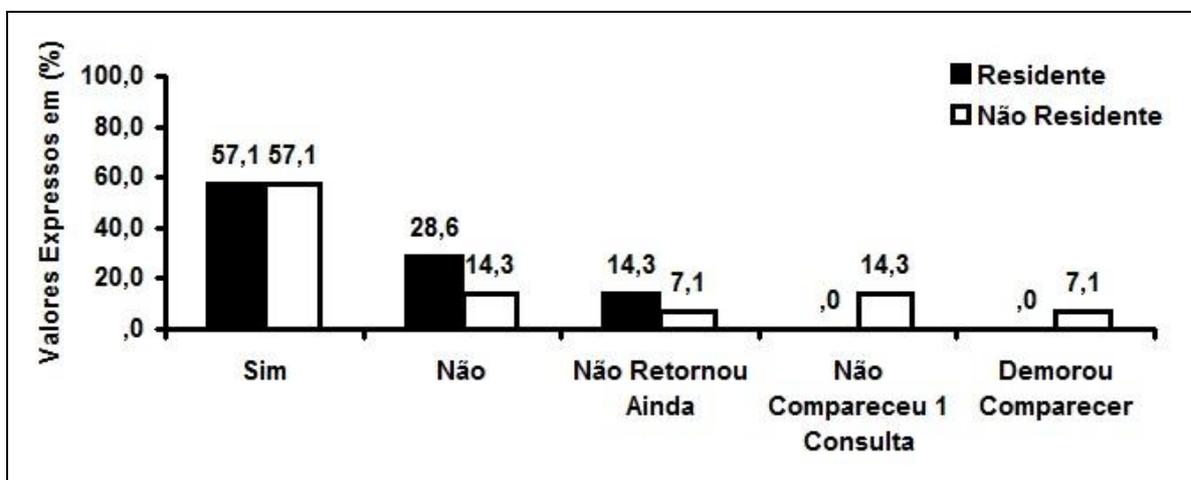


Fonte: autor

Quanto à finalização do tratamento na ESF, 100% dos pacientes de ambos os grupos foram encaminhados para a ESF, para finalizarem seus tratamentos com a restauração final. Em ambos os grupos, oito (8) pacientes 57,1% finalizaram o tratamento na ESF até o período final deste estudo (Gráfico 7).

Em estudo que procurou identificar fatores relacionados às ausências de usuários nas consultas especializadas referenciadas por uma Unidade Básica de Saúde e sua implicação para a Atenção Básica menciona que o elevado tempo de espera na obtenção da consulta especializada foi apontado como um importante fator contribuinte à falta, motivo de constante reclamação por parte dos usuários durante a consulta na atenção básica (BENDER *et.al*, 2010).

Gráfico 7 – Conclusão do tratamento na ESF, Criciúma - SC, 2012.



Fonte: autor

Quanto à satisfação do atendimento destes 57,1% que finalizaram o tratamento em ambos os grupos, sete (7) pacientes (87,5%) relataram satisfação no tratamento e 12,5% mencionaram estar parcialmente satisfeito com o resultado do tratamento.

Sabe-se que a satisfação do usuário pode ser considerada tão indispensável para a avaliação da qualidade como o desempenho e a administração dos sistemas de cuidados de saúde. As percepções dos pacientes são igualmente vitais para a avaliação da qualidade dos serviços. A avaliação do grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde é um importante indicador a ser considerado no planejamento das ações (MOIMAZ, *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2010).

CONCLUSÃO

Podemos concluir que os encaminhamentos dos usuários da atenção primária para a secundária, na Odontologia pública municipal de Criciúma – SC foi muito eficiente.

Significativa parcela dos usuários foram bem esclarecidos e não tiveram dúvidas em relação ao atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas.

Quando o paciente foi bem orientado e realmente seguiu as orientações do profissional o resultado foi satisfatório.

Grande parte dos cirurgiões dentistas realiza muito bem esse sistema de referência e contra-referência.

Mais de 60% do perfil sócio econômico do paciente encaminhado ao CEO possui menor renda (de até 3 salários mínimos) e baixa capacidade intelectual (ter estudado até o ensino médio incompleto).

Os cirurgiões-dentistas que cursam a pós-graduação em Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família tiveram melhores resultados em relação à finalização do tratamento dos pacientes do que os cirurgiões-dentistas que não cursam a especialização, 82,4% contra 60,9%.

Sugerem-se outros estudos abordando os temas referência e contra referência, nas demais especialidades existentes no Centro de especialidades Odontológicas de Criciúma-SC, para comparar os resultados obtidos com este estudo.

Para melhorar esse sistema de referência e contra-referência, sugere-se agendar para o paciente uma consulta na ESF imediatamente após sua finalização do tratamento no CEO, para o mesmo não deixar de finalizar seu tratamento com a restauração final.

REFERÊNCIAS

APPOLINARIO, Fábio; **Metodologia da Ciência: Filosofia e Prática da Pesquisa**. 1ª Ed. São Paulo, 2006. p 61.

BENDER, Anemarie da Silveira *et al.* Absenteísmo na Atenção Secundária e suas Implicações na Atenção Básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.

_____. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.

CHAVES, Sônia Cristina Lima *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(1):143-154, jan, 2011.

CHAVES, Sônia Cristina Lima *et al.* Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):3115-3124, 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a26.pdf>

FIGUEIREDO, Nilcema; GÓES, Paulo Sávio Angeiras de. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(2):259-267, fev, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28s0/09.pdf>

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 645-53.

GUERRA, Kátia Cristina Martins. **Os Centros de Especialidades Odontológicas nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro: Uma Investigação dos Fatores Identificáveis como Facilitadores ou Não na Implantação de Uma Política de Indução Financeira**. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

GÓES, Paulo Sávio Angeiras *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 Sup: S81-S89, 2012.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria - RS: Pallotti, 2002. p. 294.

LIMA, Ana Carolina Silva de *et al.* Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(5):991-1002, mai, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/21.pdf>

MACHADO, Luciene Petcov et al. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil., **Rev Saúde Pública** 2012;46(3):526-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3676.pdf>

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1419-1440, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a19v20n4.pdf>

MOREIRA, Thiago Pelúcio et al. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(6):1383-1392, jun, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/12.pdf>

NICKEL, Daniela Alba et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):241-246, fev, 2008.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):197-206, jan, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/19.pdf>

ROCHA, Renata de Andrade Cardoso Pinto; GÓES, Paulo Sávio Angeiras de. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(12):2871-2880, dez, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001200016

RODRIGUES, Pedro Carvalho. **Bioestatística**. 3. Ed Niterói, RJ: EDUFF, 2002.

ROSAI, Walisete De Almeida Godinho; CURI, Renata. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am enfermagem**, 2005.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo. **Centros de especialidades odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da grande Natal**. Natal, 2009; 108 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

VILARINHO, Sílvia Marques Martins; MENDES, Regina Ferraz; PRADO JR, Raimundo Rosendo. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em Teresina (PI). **Rev. Odonto Ciênc**; 22(55): 48-54, jan.-mar. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

Estamos realizando um estudo para confecção da monografia de conclusão da pós-graduação da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família – UNESC, com o título **“ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NA ODONTOLOGIA PÚBLICA MUNICIPAL SUL CATARINENSE.”**

Embora o (a) Sr(a) _____ venha a aceitar a participar deste, que tem como objetivos avaliar o sistema de referência e contra-referência de usuários da atenção primária para a atenção secundária, na Odontologia pública, no município de Criciúma – SC, estará garantido que o (a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto de pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autoriza ainda a imagem fotográfica e utilização de gravador na oportunidade da pesquisa.

O projeto de pesquisa será realizado pelo residente: Luiz Gustavo Teixeira Martins (Cirurgião Dentista) e orientado pela professora MSc Fernanda Guglielmi Faustini Sônego. O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.

Criciúma (SC) ____ de _____ de 2011.

Assinatura e RG do Participante ou responsável

APÊNDICE B

Questionário estruturado aplicado aos usuários encaminhados ao CEO de Criciúma-SC, para a especialidade de endodontia

1) Qual a faixa etária do Sr.(a) que foi encaminhado (a) ao Centro de Especialidades Odontológica (CEO)?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 15 a 20 anos | <input type="checkbox"/> 41 a 50 anos |
| <input type="checkbox"/> 21 a 30 anos | <input type="checkbox"/> 51 a 60 anos |
| <input type="checkbox"/> 31 a 40 anos | <input type="checkbox"/> acima de 60 anos |

2) Qual o grau de instrução do Sr.(a)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo | <input type="checkbox"/> Ensino superior completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto | <input type="checkbox"/> Sem educação formal |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio completo | |

3) Qual a renda mensal do Sr.(a)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0 - 1 Salário Mínimo | <input type="checkbox"/> 3 – 5 Salários Mínimo |
| <input type="checkbox"/> 1 – 3 Salários Mínimos | <input type="checkbox"/> mais 5 Salários Mínimos |

4) Qual foi a data em que o cirurgião dentista o encaminhou (referenciou) ao CEO para a realização do tratamento de canal? _____

5) Qual foi a data em que o Senhor (a) deu entrada no CEO, para a realização do tratamento de canal? _____

6) O tratamento de canal foi realizado em outro local que não tenha sido o CEO de Criciúma?

- Sim Não

7) Se sim, qual foi o principal motivo?

- Dificuldade de acesso ao CEO Dificuldade de agendar
 Outro motivo

8) Qual foi a data em que o senhor (a) concluiu o tratamento de canal? _____

9) Após a conclusão do tratamento no CEO o senhor (a) foi orientado a retornar ao

cirurgião dentista da sua ESF para concluir o tratamento?

() Sim

() Não

10) O senhor (a) recebeu algum documento ou papel, ao finalizar seu tratamento no CEO, para ser entregue ao cirurgião dentista da ESF onde reside?

() Sim

() Não

11) Quanto tempo após a conclusão do tratamento no CEO, o senhor (a) demorou a ser atendido pelo cirurgião dentista na ESF? _____

12) O senhor (a) ficou satisfeito com o sistema de encaminhamentos realizados para realizar o tratamento de canal no seu dente?

() Sim

() Não

() Parcialmente