

FABIANA DE LIMA VAZQUEZ CESAR

REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NA ATENÇÃO
SECUNDÁRIA EM ODONTOLOGIA NA CIDADE DE
CAMPINAS, SP, BRASIL.

REFERENCE IN SPECIALIZED DENTAL HEALTH
PROCEDURES IN CAMPINAS, SP, BRAZIL.

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia
de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas,
para obtenção do Título de Mestre em Odontologia,
Programa de Pós Graduação em Odontologia, Área de
Concentração em Saúde Coletiva.

Piracicaba

2011

FABIANA DE LIMA VAZQUEZ CESAR

REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NA ATENÇÃO
SECUNDÁRIA EM ODONTOLOGIA NA CIDADE DE
CAMPINAS, SP, BRASIL.

REFERENCE IN SPECIALIZED DENTAL HEALTH
PROCEDURES IN CAMPINAS, SP, BRAZIL.

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Mestre em Odontologia, Programa de Pós Graduação em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva.

Orientador: Antonio Carlos Pereira

Piracicaba

2011

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecária: Elis Regina Alves dos Santos – CRB-8ª / 8099

V479r

Vazquez, Fabiana de Lima.

Referência e contra-referência na atenção secundária em odontologia na cidade de Campinas, SP, Brasil / Fabiana de Lima Vazquez Cesar. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2011.

Orientador: Antonio Carlos Pereira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde bucal. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Saúde pública. 4. Equidade. I. Pereira, Antonio Carlos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(eras/fop)

Título em Inglês: Reference in specialized dental health procedures in Campinas, SP, Brazil

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Oral health. 2. Health services accessibility. 3. Public health. 4. Equity

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia

Banca Examinadora: Antonio Carlos Pereira, Gláucia Maria Bovi Ambrosano, Sílvia Helena de Carvalho Sales Peres

Data da Defesa: 25-02-2011

Programa de Pós-Graduação em Odontologia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 25 de Fevereiro de 2011, considerou a candidata FABIANA DE LIMA VAZQUEZ CESAR aprovada.


Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA


Profa. Dra. SILVIA HELENA DE CARVALHO SALES PERES


Profa. Dra. GLÁUCIA MARIA BOVI AMBROSANO

Dedico este trabalho aos meus pais,
Eugênio e Yvete, pelos votos de
confiança, apoio e infinita
compreensão e amor, sem o qual
jamais o teria realizado.

Aos meus irmãos Claus e Vinicius e
cunhadas Fabiana e Fernanda, pelo
carinho e dedicação.

Ao meu filho Gabriel, pelo privilégio
de conhecer o amor incondicional,
puro e verdadeiro.

Aos sobrinhos Letícia e Francisco, por
trazerem alegria à minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, agradeço pela dedicação e paciência em ensinar-me a dar os primeiros passos a caminho do engrandecimento profissional, por fazer-me acreditar que conseguiria, por direcionar-me a realizá-lo. Muito mais que professor e orientador, por vezes pai, por vezes irmão e sempre um grande amigo. Meu eterno agradecimento.

Meus agradecimentos aos ilustres professores que compuseram a banca desta dissertação: Prof^ª. Dr^ª. Silvia Helena de Carvalho Sales Peres, Prof^ª. Dr^ª. Glauca Maria Bovi Ambrosano e aos professores suplentes Prof^ª. Dr^ª. Elaine Pereira da Silva Tagliaferro e Prof. Dr. Arsênio Sales Peres.

Aos Professores Marcelo de Castro Meneghim e Fábio Luiz Mialhe e aos Professores do Departamento de Saúde Coletiva, pela colaboração com preciosas informações para a realização deste trabalho científico.

A Eduardo Victor Sant'Ana e Ana Carla Fujisawa, pela essencial colaboração na coleta de dados e informações junto a Prefeitura de Campinas.

A colega e amiga Luciane Miranda Guerra, pela grande contribuição na produção deste trabalho.

A Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do seu Diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Jr., onde tive a oportunidade do crescimento científico e profissional.

A Prof^ª. Dr^ª. Renata M. R. Garcia, coordenadora dos cursos de Pós-Graduação e à Prof^ª. Dr^ª. Cíntia Pereira Machado Tabchoury, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da FOP/UNICAMP.

A Secretária do Departamento de Odontologia Social, Eliana Aparecida Mônaco Nogueira, pela disponibilidade de sempre ajudar.

A todas as pessoas que participaram, contribuindo para a realização deste trabalho, direta ou indiretamente, meus sinceros agradecimentos.

Há Momentos

Há momentos na vida em que sentimos tanto a falta de alguém que o que mais queremos é tirar esta pessoa de nossos sonhos e abraçá-la.

Sonhe com aquilo que você quiser.
Seja o que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que se quer.

Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.

As pessoas mais felizes
não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor
das oportunidades que aparecem
em seus caminhos.

A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam.
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passam por suas vidas.

O futuro mais brilhante
é baseado num passado intensamente vivido.
Você só terá sucesso na vida
quando perdoar os erros
e as decepções do passado.

A vida é curta, mas as emoções que
podemos deixar
duram uma eternidade.
A vida não é de se brincar
porque um belo dia se morre.

Clarice Lispector

RESUMO

A literatura acerca da atenção secundária em saúde bucal no âmbito do SUS ainda é escassa. Há indícios de melhoria de indicadores de processo no que se diz respeito à cobertura e utilização dos serviços de atenção secundária no SUS, todavia não se sabe ao certo e, em que proporção, as ações e intervenções têm tido impacto no que diz respeito à integralidade da assistência. Este trabalho teve como objetivo avaliar o sistema de referência e contra-referência dos procedimentos de atenção secundária na cidade de Campinas, a distribuição das referências em saúde bucal em relação às demandas atendida e reprimida, além de aspectos da contra-referência. Trata-se de um estudo observacional exploratório, onde duas Regiões Administrativas de Saúde (RAS) foram selecionadas: Sudoeste – que possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e Norte (não possui CEO). O estudo apresentou 2 fases: fase 1 - todos os encaminhamentos para atenção secundária foram coletados por meio do agendamento de primeira consulta de todas as equipes de Saúde Bucal (23 Centros de Saúde CS). Nesse momento foram coletados dados populacionais, sócio-econômicos e distribuição dos encaminhamentos. Na Fase 2 foram listados todos os encaminhamentos e selecionados aleatoriamente 331 usuários para entrevistas por meio de questões abertas, realizada por telefone, onde se verificou a questão da contra-referência, qualidade de atendimento e razões para faltas ou desistências. Considerou-se para esta fase do estudo uma resposta para a população geral, com amostragem probabilística para a entrevista proporcional por RAS, CS, especialidade e ano de atendimento. Verificou-se que a especialidade Endodontia foi a demanda mais atendida, sendo responsável por 75,0% e 35,9% dos atendimentos para as regiões Norte e Sudoeste, respectivamente. Em relação à oferta de atendimentos houve discrepâncias em relação à distribuição por especialidades por CS em ambas as RASs, o mesmo ocorrendo para os coeficientes de tratamentos especializados por grupo de 100 habitantes, variando de 0,37 a 3,68 (Norte) e 0,24 a 4,98 (Sudoeste). Duas variáveis socioeconômicas foram estatisticamente correlacionadas ($p < 0,05$) com os coeficientes de tratamentos especializados totais e de endodontia por grupo de 100 habitantes (% responsáveis com renda até 2 Salários Mínimos e Média de número de anos estudados) somente para a região Norte. A demanda reprimida apresentou variações bastante acentuadas em ambas as RASs, variando de 0,64 a 10,25 (RAS Norte) e 0,7 a 11,65 (RAS Sudoeste). Em

relação à contra referência, os resultados apontaram que a maioria dos usuários realizou os tratamentos especializados, todos consideraram que foram bem atendidos e a maioria esperou menos de 1 mês para o agendamento, enquanto que a principal justificativa apontada para falta ou abandono foi por falta de tempo, problemas particulares ou procura por dentista particular. Conclui-se que o modelo de gestão com ou sem a instalação do CEO não influenciou estatisticamente no acesso à atenção secundária em saúde bucal quando se comparou as duas RAS da cidade de Campinas, havendo claras discrepâncias nas distribuições dos atendimentos de referência, bem como da demanda reprimida por CS. Contudo, verificou-se que na Região Norte, onde o agendamento passa pelo crivo do gerente de saúde, as discrepâncias são menos evidentes, havendo uma correlação dos coeficientes de demanda atendida em relação à variáveis socioeconômicas, além de menor percentual de faltas, demonstrando um maior compromisso com a integralidade e equidade.

Palavras chave: Saúde bucal, Acesso aos serviços de saúde, Saúde pública, Equidade.

ABSTRACT

The literature on oral health about secondary care in the Unified Health System (SUS) in Brazil is still scarce. There are signs of improvement of health indicators as regards the coverage and utilization of secondary care services in SUS, but no one knows for sure, and in what proportion, the actions and interventions have had an impact with regard to the Integrality. This study aimed to evaluate the system of referral and counter-referral procedures for secondary care in the city of Campinas, measuring resolubility, discussing aspects related to the distribution by specialty, type of management and users' perceptions about the system. This is a proposal involving an exploratory observational study, being selected two Health Administrative Regions (HAR) in Campinas, the Southwest region - which possesses Center Dental Specialties, and selected randomly a HAR (North) that has no CEO. The study has two phases: Phase 1 - all referrals to secondary care were conferred in the list of schedule for the first appointment, made by all teams of Oral Health (23 Health Centers- HC). At this time were collected population data, socio-economic status and distribution of referrals by HC. In Phase 2 were listed all the referrals and 331 randomly selected users for interviews through open questions, conducted by telephone, where there was the issue of cross-referral, quality of service and reasons for absences or withdrawals. It was considered a response to this study for the general population, with sampling proportional to the interview (for HAR, specialty, gender and year of treatment) for each HC selected. The specialty of endodontics was the most satisfied demand, accounting for 75% of specialized care in the northern region and 35.9% in the Southwest. Provision was inconsistent regarding the distribution of specialties according to the North and South HAR, the same happened for coefficients of specialized treatments per 100 inhabitants, ranging from 0.37 to 3.68 (North) and from 0.24 to 4.98 (southwest). Two socioeconomic variables were significantly correlated ($p < 0.05$) with coefficients of specialized treatment and endodontics per 100 inhabitants ("% responsible with incomes up to two minimum wages" and "average number of years studied") only to the North HAR. The non satisfied demand was varied quite pronounced in both HAR, ranging from 0.64 to 10.25 (North) and from 0.7 to 11.65 (Southwest). Regarding the counter reference was observed that most users realized the specialized treatments scheduled, all considered that were well attended, the majority waited less than one month to the schedule. The main reasons for

absence or abandonment of treatment were lack of not having been warned, lack of time, private problems and treatment in private office. We conclude that the management model with or without installing the CEO did not influence the outcomes of oral health in secondary care when comparing the two HAR in Campinas, there were clear inconsistencies in the distributions of the specialized treatments and non satisfied demand by HC when it looked the absolute values and coefficients for specialized care in both HAR. However, it was found that the Northern region, where the schedule is filtered by manager of health, the discrepancies are less clear, with a correlation of coefficients with social and economic variables, and lower level of lack appointment, demonstrating a greater commitment to integrality and equity.

Key Words: Oral health, Health services accessibility, Public health, Equity

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPO-D – Dentes cariados, perdidos e obturados

CS- Centro de Saúde

DR- Demanda Reprimida

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

FF – Ficha Familiar

FI – Ficha Individual

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

MAC – Médio e Alto Custo/Complexidade

NOAS – Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

RAS – Regiões Administrativas de Saúde

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 - Introdução.....	01
2 - Revisão de Literatura.....	10
3 - Proposição.....	23
4 - Material e Método.....	24
5 - Resultados.....	33
6 - Discussão.....	50
7 - Conclusões.....	59
Referências.....	60
Anexos.....	67

1 – INTRODUÇÃO

A construção da integralidade em saúde bucal requer a valorização do nível secundário de atenção como sendo um compromisso oportuno e necessário atualmente. Para tanto há que se empenhar esforços no desenvolvimento do elemento estruturante da integralidade: o sistema de referência e contra-referência, através do qual as informações e os usuários trafegam no sistema. As dificuldades apresentadas nesse tráfego são, definitivamente, os entraves da integralidade. Superá-las, ou ao menos amenizá-las, pode significar o encurtamento da distância entre o usuário e a resolução de suas necessidades em saúde bucal e o progressivo desenvolvimento em que a área vem se inserindo nos últimos anos (Rocha & Goes, 2008).

As conquistas alcançadas pela saúde bucal no Brasil, nas últimas duas décadas foram muito relevantes. Passamos do país com altíssima prevalência de cárie (Brasil, 1988), para a posição de país cumpridor de algumas metas da OMS em saúde bucal, ao apresentar valores para o índice CPOD (experiência de cárie em dentes permanentes) de 2,78 e 2,1, respectivamente para os levantamentos realizados em 2002/2003 e 2010 (Brasil, 2004a; Brasil, 2010a). Além disso, o acesso a serviços odontológicos também melhorou, considerando-se que, no período de 1998-2003, a redução da demanda de pacientes que nunca foram ao dentista foi da ordem de 15%; passando de 18,7% em 1998 para 15,9% em 2003 (Pinheiro & Torres, 2006).

Entretanto, a saúde bucal dos brasileiros ainda é preocupante para algumas faixas etárias, resultado de décadas de desassistência e de práticas mutiladoras e

fragmentado. Os dados mais recentes mostram que na população adulta, a dívida assistencial da odontologia é imensa, pois 10% de todos os Brasileiros adultos têm, no mínimo, um sexto do total de dentes na boca ausentes ou sem função em razão de doença periodontal. Aos 18 anos, 44% dos jovens já perderam no mínimo um dente permanente. Conforme a idade avança, a situação é ainda mais alarmante: na faixa de 35 a 44 anos, 46% das pessoas possuem menos de 20 dentes permanentes em função; a perda dentária precoce é grave (Brasil, 2004a), enquanto verifica-se uma inversão de tendência, ou seja, as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores e as necessidades de próteses reduziram-se em 70% (Brasil, 2010a). O edentulismo continua sendo um grave problema em nosso país, especialmente entre os idosos. Na faixa etária de 65 a 74 anos, mais de 80% dos sextantes examinados foram excluídos. Em relação às oclusopatias, cuja assistência é ainda menor, os dados são preocupantes: a prevalência da condição oclusal muito severa ou incapacitante foi aproximadamente 21% nas crianças de 12 anos; o mesmo ocorre em cerca de 19% dos adolescentes de 15 a 19 anos (Brasil, 2004a).

A desassistência aos adultos, historicamente observada até a década de 90 do século XX, quando as atividades odontológicas do setor público concentravam-se na atenção à criança e ao adolescente das escolas oficiais através do Sistema Incremental da Fundação SESP, contribuiu para os indicadores de edentulismo, doença periodontal e necessidade de prótese observada atualmente na população de 50 anos ou mais (Narvai, 1994). Esses indicadores vislumbram práticas incoerentes com sistemas de saúde calcados em políticas coesas ligadas aos princípios da universalidade, integralidade e equidade em saúde.

A ênfase curativa adotada pelo Sistema Incremental, visando o controle dos problemas mais prevalentes através de ações verticais, e deixando medidas preventivas e educativas em segundo plano, trouxe como consequência altíssimo padrão de ataque pela cárie em crianças e adolescentes, principalmente até meados da década de 90 (Pinto, 2000).

Em 1986, os resultados do primeiro levantamento epidemiológico em Saúde Bucal em escolares de 6 a 12 anos demonstraram que o Brasil era um dos campeões mundiais de cárie dentária, atingindo a média de 6,65 de CPO-D aos 12 anos. Com condições bucais tão ruins, pela primeira vez houve iniciativa governamental no sentido de desenvolver programas de saúde bucal coordenados por entidades de classe e instituições governamentais (Ferreira, 1998).

Em 1988, quando a Constituição da República Federativa do Brasil definiu a Saúde como “direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas públicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, tal mudança tornou-se imperativa para o cumprimento da lei (BRASIL, 1988).

Em 1990, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, a Lei Federal 8080/90 identificou como princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência, articulando continuamente as ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e a equidade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990).

Entretanto, na década de noventa, continuaram predominando as práticas odontológicas essencialmente curativas e fragmentadas, cuja lógica hegemônica privilegiava a quantidade - traduzida em retorno financeiro para as Unidades de Saúde – bem como o acesso de crianças e adolescentes aos serviços (Manfredini, 2003).

A história da saúde bucal no Brasil era, portanto, uma história de mutilação, de acesso desorganizado e injusto aos serviços e, sobretudo, de um acúmulo de problemas tal, que resultava em alarmantes indicadores de saúde bucal. Tal cenário apontava para a necessidade urgente de uma mudança de filosofia de trabalho na odontologia. Era necessário transformar o paradigma essencialmente curativo, em uma filosofia preventivo-promocional, com programação baseada em critérios epidemiológicos locais (Narvai & Frazão, 2008). Em relação ao perfil da assistência prestada em saúde bucal, a mesma limitava-se a procedimentos de baixa complexidade, com reduzida realização de procedimentos de média e alta complexidade (Brasil, 2004b).

Para o cumprimento dos princípios do SUS, bem definidos na lei 8.080 de 1990, algumas estratégias foram construídas. Em relação à universalidade, adotou-se a Estratégia de Saúde da Família como “porta de entrada” para o acesso dos cidadãos ao sistema de atenção em saúde no Brasil. Buscava-se, além de reorganizar o Sistema Único de Saúde (SUS), reorientar a atenção primária em relação ao resgate das diretrizes, princípios e práticas de atenção, visando a resolução de 85% dos problemas de saúde da população. A implantação da estratégia foi progressiva e, a partir de setembro de 2010, são 30.603 equipes de saúde da família atuando em 5.261 municípios do Brasil. Desses, 4.737 contam ainda com equipes de saúde bucal, totalizando, assim, 19.231 equipes que,

dentro de tal estratégia, desenvolvem atenção primária em saúde bucal (Brasil, 2010b). O avanço no acesso à atenção primária, portanto, é incontestável.

Contudo, para que a resolubilidade prevista pudesse ser alcançada, o nível secundário de atenção tinha que assegurar, aos usuários, o acesso a consultas, procedimentos e exames especializados. Nesse contexto, ressaltou-se, então, o outro princípio doutrinário do SUS: o da Integralidade na atenção. (Alves, 2005). Várias estratégias poderiam ser citadas para a operacionalização desse princípio, contudo a principal delas adotada para a atenção especializada em saúde bucal foi a implantação dos CEOs – Centros de Especialidades Odontológicas – que são estabelecimentos de saúde, classificados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Tais serviços são, entretanto, apenas uma das vertentes assistenciais da atual Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2010b).

Tal política tem como uma de suas diretrizes a “Ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária”, fundamentada no fato de que a atenção em saúde bucal, no Brasil, conforme já demonstrado, sempre foi caracterizado por se restringir, quase que completamente, aos serviços básicos — ainda assim, com grande demanda reprimida - sendo que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados nunca ultrapassaram o percentual de 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Isso sempre evidenciou a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, conseqüentemente, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco - regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de

serviços de atenção básica. Assim, para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde assumiu a necessidade da implantação e/ou melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), como estratégia para aumentar e melhorar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (Brasil, 2004b).

Os CEOs são preparados para oferecer à população minimamente os serviços de: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, prótese e atendimento a portadores de necessidades especiais. Estes Centros de Especialidades constituem-se em uma das frentes de atuação do Programa Brasil Sorridente. O tratamento oferecido é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica, e no caso dos municípios que estão na Estratégia de Saúde da Família, pelas referentes equipes de saúde bucal. O fluxo da atenção consiste em que os profissionais da atenção básica sejam responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos CEOs apenas dos casos mais complexos. Em relação ao financiamento dessa estratégia, cada Centro de Especialidade Odontológica credenciado passa a receber recursos do Ministério da Saúde, de acordo com o que está definido pelas Portarias nº 599/GM de 23 de março de 2006, a qual define critérios, normas e requisitos para sua implantação e credenciamento, e pela portaria nº 600/GM – da mesma data – que define o financiamento (Brasil, 2010c).

A implantação funciona por meio de parceria entre Estados, municípios e o governo federal. Seu financiamento está incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) e o município passa a receber mensalmente de acordo com sua produção, a qual é informada pelos municípios ao nível federal,

através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). São feitas avaliações trimestrais desses dados para redefinir a distribuição dos recursos, os quais são repassados diretamente do Ministério da Saúde para os municípios ou Estados (para esse último, no caso de ter laboratórios de prótese credenciados), não comprometendo seus recursos de saúde já existentes, ou seja, recursos extra teto (Brasil, 2010c).

Os CEOs podem ser classificados em: CEO tipo I - com três cadeiras odontológicas, CEO tipo II, com quatro ou mais cadeiras e CEO tipo III, que possuem no mínimo 7 cadeiras. Além da implantação de CEOs, há também a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD – que são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas (Brasil, 2006)

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1997) definiu que: “O conceito de oferta de serviços, implícito na definição de cobertura, significa que tais serviços sejam acessíveis aos membros da comunidade e, desse modo, satisfaçam às suas necessidades no tocante à saúde”. Segundo a mesma, a possibilidade de acesso aos serviços é, por conseguinte, condição *sine qua non* para que a cobertura universal seja alcançada. Isso supõe:

- a.** A continuidade e organização da prestação de serviços mediante a combinação dos recursos geográficos, financeiros, culturais e funcionalmente ao alcance da comunidade.
- b.** Serviços adequados no que se refere a volume e estrutura, ao tamanho e composição da população e a seus problemas de saúde.

c. Aceitação e utilização dos serviços oferecidos por parte da comunidade.

Assim, a mera existência ou disponibilidade de um serviço não é, por si só, uma garantia de acessibilidade. É necessário subdividir o conceito em:

a. Acessibilidade geográfica, ou seja: a distância, o tempo de locomoção e os meios de transporte devem determinar a localização dos estabelecimentos e não áreas teóricas de jurisdição.

b. Acessibilidade financeira, ou seja, os pagamentos ou contribuição para utilização dos serviços não devem constituir obstáculos.

c. Acessibilidade cultural: não deve haver conflito entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços e os hábitos, padrões culturais e costumes das comunidades em que sejam prestados.

d. Acessibilidade funcional: os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis a qualquer momento, atender à demanda real e incluir um sistema de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência que se requer.

O papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde remete-nos ao conceito da integralidade, a qual exige que os serviços sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um em todos os níveis de complexidade do sistema (Santos, 2010).

O principal elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contra-referência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de usuários entre os diferentes níveis de complexidade

dos serviços. O Ministério da Saúde define esse sistema, inclusive, como um dos elementos chave de reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidas pelas equipes de saúde da família (ESF).

A partir de meados da década de 80 há relatos de problemas na organização do sistema de referência e contra referência, tais como falta de informação da população, problemas organizacionais e problemas de integração e comunicação entre os vários níveis de atenção (Juliani & Ciampone, 1999). Dessa forma, a busca por informações acerca das formas de organização da demanda na atenção secundária, modelos de gestão, acessibilidade e percepção do usuário são importantes para o planejamento em saúde e é o objetivo do estudo presente.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

1) Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente)

A definição das Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal e o lançamento do Projeto Brasil Sorridente em 2004, constituíram-se no norteamento para reordenação das ações e serviços de saúde bucal para todo o país (Brasil, 2009), onde a construção de sistemas locais de saúde bucal vislumbra o nível secundário da atenção sem prejuízo da contínua ampliação de acesso e qualificação da atenção primária. Tal construção tem se consolidado através da expansão da rede de Centros de Especialidade Odontológica.

A criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) buscou trazer uma melhor organização da assistência criando uma ponte entre a atenção básica e a atenção especializada em busca da integralidade, sendo esta entendida como “ação ou esforço em comum”(Starfield, 2004), também denominada por alguns autores como “interface” (Morris, 2001).

A atual situação epidemiológica de saúde bucal dos brasileiros demonstra melhora nos indicadores de problemas, especialmente cárie dentária, cuja ação principal de enfrentamento se situa no nível básico do sistema. Há indícios de melhoria de indicadores de processo no que se refere à cobertura e utilização dos serviços secundários (Brasil, 2010b); todavia não se sabe ao certo, e em que proporção, as ações e intervenções têm produzido impacto (efetividade) nas morbidades bucais, a proporção de usuários que necessitam e utilizam os serviços de atenção secundária, e qual a demanda desse serviço.

O crescimento no número de CEOs implantados no Brasil é significativo. Em setembro de 2010 eram 832 Unidades, número oito vezes maior que o observado em 2004, quando eram apenas 100 Unidades (ABO, 2010).

Entretanto, muitos municípios ainda perseguem o princípio da integralidade em saúde bucal através de outros dispositivos, diferentes do CEOs como, por exemplo, disponibilização de serviços diretamente nas unidades básicas de saúde ou através de convênios com instituições de ensino e pesquisa. Outros ainda, trabalham com sistemas híbridos em relação à assistência secundária em saúde bucal. Independentemente do modelo de gestão pelo qual se desenvolve a atenção secundária – se através de CEO ou de outros dispositivos – sua operacionalização depende diretamente dos mecanismos que possibilitam e qualificam o fluxo, tanto das informações, quanto dos usuários dentro do sistema; o que se dá através de um sistema de referência e contra-referência bem estruturado, que, sobretudo, aperfeiçoe o acesso e qualifique o cuidado (Brasil, 2004b).

Contudo, há que se atentar para o fato de que cada modelo de atenção, com suas peculiaridades, impõem facilidades e dificuldades para a operacionalização da referência e da contra-referência; o que, na prática, merece ser avaliado, visando os devidos ajustes e reconstruções que, sobretudo, objetivam a qualificação do cuidado em saúde bucal (Brasil, 2004b)

Para alcançar os objetivos supracitados, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b) determinou os seguintes pressupostos para a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal:

- Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;

- Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;

- Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;

- Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;

- Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;

- Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território;

- Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;

- Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica,

de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Nos Estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve ser dar através deles;

- Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção.

- Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção.

Diante disso, para que o desenvolvimento das ações seja realizado de forma adequada, obedecendo aos princípios do texto constitucional (universalidade, integralidade e equidade), outros princípios norteadores são sugeridos:

- Gestão Participativa: definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo;

- Ética: assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde;

- Acesso: buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de

situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento.

- Acolhimento: desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade.

-Vínculo: responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário.

-Responsabilidade Profissional: implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e

providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

Por último, a adequação do processo de trabalho do modelo de atenção em saúde bucal deve seguir as seguintes orientações:

- Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo: a atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico–odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto socioeconômico- cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção.

- Integralidade da Atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.

- Intersetorialidade: as ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas. A intersetorialidade neste sentido implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, agricultura,

comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social.

- Ampliação e Qualificação da Assistência: organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras seqüelas. Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento. Nessa organização sugere-se:

a) maximizar a hora-clínica do CD para otimizar a assistência – 75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência. De 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). As atividades educativas e preventivas, ao nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, supervisão e avaliação implicam participação e responsabilidade do CD;

b) garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização;

c) Adequar a disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local;

Condições de Trabalho: para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir

condições adequadas de trabalho. É indispensável, neste aspecto, observar estritamente as normas e padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária.

Parâmetros: os parâmetros para orientar o processo de trabalho devem ser discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal, com o objetivo de garantir a dignidade no trabalho para profissionais e usuários, a qualidade dos serviços prestados e observando as normas de biossegurança.

A Política Nacional de Saúde Bucal especifica duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde, a fim de se ampliar o acesso: 1) por linhas de cuidado e 2) por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras. Nesse sentido, ações de saúde bucal também estarão incluídas nos documentos específicos definindo as políticas para a intervenção governamental segundo as linhas de cuidado ou condição de vida.

2) Referência e Contra-referência

Referência e Contra-referência são processos de articulação com outras instituições de saúde para o encaminhamento, transferência e recepção (contra-referência) de usuários ou pacientes (ANVISA, 2011).

Referenciar um paciente implica em transferi-lo a um estabelecimento especializado a partir de unidade de saúde em atenção primária. Porém, a

comunicação deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, através da contra-referência desse caso, ocorrendo assim uma dinâmica constante no sistema (Novaes, 1990). Devem existir normas claras para o "estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades" (NOB-SUS, 1996).

Álvares (1985) destacou aspectos positivos na estruturação da referência e contra referência em um estudo desenvolvido na Colômbia, e observou que 88,5% dos pacientes eram encaminhados de forma correta.

Araújo (1988) avaliou o funcionamento dos mecanismos de referência e contra-referência de pacientes em uma rede de serviços básicos em uma micro-região do estado da Bahia coberto pelo Programa de Desenvolvimento Rural Integrado (PDRI-NE). Concluiu-se que os obstáculos e desafios existentes para a organização e o desenvolvimento da referência e contra-referência, somente serão superados com a construção de um novo modelo organizativo, onde sejam assegurados os critérios de regionalização, hierarquização, integralização e democratização.

Juliani & Ciampone (1999) verificaram a percepção dos enfermeiros no funcionamento do sistema de referência e contra referência e fatores estruturais do sistema local do SUS no município de Botucatu-SP. Detectou-se como principal problema a falta de comunicação e integração entre os diversos níveis de atenção a saúde.

Frederico Neto (1999) desenvolveu um estudo retrospectivo baseado no levantamento de prontuários de crianças matriculadas em creches municipais na

cidade de São Paulo, com o objetivo de verificar a inter-relação creche-serviço de saúde a partir da análise do instrumento de referência e contra referência. A necessidade de uma melhor instrumentalização dos serviços de saúde quanto ao atendimento das crianças que freqüentam creches, e também a valorização da ficha de encaminhamento da criança visando à otimização da assistência dada às crianças por ambas as instituições foi constatada.

Serra e Rodrigues, em 2007, apresentaram resultados de pesquisa realizada sobre o sistema de referência e contra-referência no Programa de Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro. Entre os resultados obtidos, verificou-se que alguns fatos dificultam o acesso e o eficaz funcionamento dos sistemas nas áreas pesquisadas: limitada oferta de consultas e exames, inexistência ou precariedade da contra-referência, má organização das atividades de regulação, baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos, precariedade dos sistemas de informação e comunicação, significativa influência política na gestão das unidades, grande diversidade nas denominações das unidades de saúde e multiplicidade das grades de oferta de serviços. Em resumo, a situação encontrada, contribuiu para uma menor resolubilidade do programa, provavelmente acarretando o agravamento desnecessário da saúde de diversos pacientes, além de sobrecarregar as unidades de maior complexidade do SUS, ficando prejudicado o sistema de referência e contra-referência, assim como a integralidade e continuidade dos cuidados.

Fratini (2007) avaliou um programa de referência e contra-referência em um Hospital Geral, localizado na região do Vale de Itajaí, no estado de Santa Catarina. Nesse estudo, o autor concluiu que “a intersetorialidade e a institucionalidade são fatores indispensáveis para a referência e contra-

referência”. Em termos práticos, para o Hospital, o sistema contribui para a agilização das altas médicas, rotatividade de leitos, satisfação do usuário e redução de custos hospitalares. Para a equipe de saúde, fortalece o vínculo e a interdisciplinaridade. Para o paciente e a família, facilita acesso aos serviços de saúde, o atendimento integral e segurança em seus cuidados.

Fratine, Saupe & Massaroli (2008) tomaram como referência um dos vários sentidos da integralidade, que pode ser concretizado através de sistemas de referência e contra-referência, monitorados por acompanhamento e avaliação. A experiência foi desenvolvida em uma instituição hospitalar de Santa Catarina onde se relata como conseqüências benéficas a humanização, mantendo o vínculo entre paciente, família e sistema de saúde; a redução do tempo de internação e da exposição às complicações daí decorrentes; bem como a disponibilização de leitos e diminuição dos custos.

Lopes (2008) estudou o programa de referência e contra-referência que vinha sendo desenvolvido na alta hospitalar num hospital de grande porte no município de Blumenau, Santa Catarina, onde o sistema de saúde se organizava sob a lógica da hierarquização e regionalização dos serviços, partindo do nível básico de atenção para os níveis de maior complexidade. Os objetivos do estudo foram identificar, descrever e analisar quais concepções das famílias e pacientes estavam construídas sob a integralidade, tendo como pressuposto que esses encaminhamentos puderam implicar na valorização e agilidade destes serviços aos usuários, facilitando sua entrada aos diferentes níveis de atenção. O autor refletiu sobre as relações que se estabeleceram entre a instituição, usuários e rede de saúde, e a hierarquia na distribuição dos aportes financeiros, para que esta integralidade realmente caminhasse de forma efetiva e resolutiva. O estudo

contribuiu para uma visão mais crítica e reflexiva da prática, tendo em vista que a melhoria da qualidade dos serviços de saúde não se limitava apenas ao sistema de saúde propriamente dito, mas dependia, principalmente, de como os profissionais se organizavam e priorizavam as necessidades apresentadas pela população usuária destes serviços.

Figueiredo e Goes (2009) avaliaram os Centros de Especialidades Odontológicas em funcionamento no Estado de Pernambuco, fazendo a comparação do cumprimento das metas globais propostas para cada tipo de Centro de Especialidades Odontológicas em função das características dos serviços e dos municípios onde foram implantados. Este estudo contribuiu principalmente por abrir uma discussão sobre a função dos Centros de Especialidades Odontológicas como estratégia na oferta da atenção secundária e de atenção a saúde bucal no modelo brasileiro, onde se constatou que ainda há necessidade de adequar normas e critérios para implantação e monitoramento desses serviços, sobretudo, sugerindo novas pesquisas quanto ao uso de protocolos clínicos específicos e protocolos efetivos de referência e contra-referência.

Oliveira (2010) concluiu que a referência e contra-referência é um método eficaz para vincular e acompanhar o fluxo do usuário no sistema, mas que pode ser aprimorado para facilitar o trabalho dos profissionais de saúde, especialmente nesse momento em que os sistemas de informação estão sendo cada vez mais utilizados no setor saúde. Sugere também que podem ser desenvolvidos métodos de conscientização e de capacitação profissional para que este importante meio de comunicação se torne mais eficaz e seja utilizado coerentemente com os preceitos a que se propõe o SUS.

Chaves et al. (2010) analisaram fatores relacionados à integralidade na assistência à saúde bucal em centros de especialidades odontológicas segundo os princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Bucal e concluíram que usuários com facilidade de acesso geográfico, mais jovens e com necessidade de serviço endodôntico tiveram mais chance de receber assistência integral. A implantação de centros de especialidades odontológicas em municípios nos quais a atenção primária à saúde não estivesse adequadamente estruturada não foi recomendada pois esta estaria atendendo a livre demanda e executando procedimentos básicos e, portanto, descumprindo o princípio da integralidade.

3 - PROPOSIÇÃO

Este trabalho teve como objetivos avaliar o sistema de referência e contra-referência dos procedimentos de atenção secundária em saúde bucal em duas Regiões Administrativas de Saúde (RAS) no município de Campinas, estudando a distribuição das referências (demanda atendida) e da demanda reprimida em relação ao número absoluto e relativo por Centro de Saúde (CS) e RAS, além de aspectos administrativos e de percepção em amostra de usuários em relação à contra-referência.

4 – METODOLOGIA

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba sob o protocolo nº 073/2010 e também aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Município de Campinas e, posteriormente, autorizado pelos Gerentes de Saúde das RASs selecionadas (Região Administrativa de Saúde), bem como pelos responsáveis pelos Centros de Saúde (CS).

Tratou-se de um estudo do tipo observacional exploratório para análise da cobertura e resolubilidade dos encaminhamentos para a atenção secundária de 23 CSs (universo de 61 CSs), pertencentes a duas Regiões Administrativas de Saúde (de um total de cinco), uma com CEO (RAS Sudoeste) e outra selecionada aleatoriamente, a qual não tinha instalado um CEO (RAS Norte) do município de Campinas.

4.1 Descrição do Universo e Amostra:

Atualmente, Campinas ocupa uma área de 795,70 Km² e conta com uma população aproximadamente de 1 milhão de habitantes (São Paulo, 2010), distribuída em 5 Regiões Administrativas de Saúde (RAS): Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste (Campinas, 2010b).

As RAS totalizam 61 Centros de Saúde, 129 Equipes Programa de Saúde da Família e 61 Equipes de Saúde Bucal (tabela 1) (Campinas, 2010c).

De acordo com o levantamento epidemiológico realizado em 2002/2003 (Brasil, 2004a), Campinas apresentava o CPOD = 1,34 (número de dentes

cariados, perdidos, obturados) aos 12 anos (Campinas, 2010a), portanto classificado como de baixa prevalência pela OMS (Pereira, 2003).

A cidade de Campinas tem apenas 1 CEO implantado há mais de 03 anos, o CEO Ouro Verde, na RAS Sudoeste (Campinas, 2010c), o qual é do Tipo I, e conta com as especialidades: endodontia, periodontia, diagnóstico bucal, cirurgia, pacientes com necessidades especiais e prótese. Há outro instalado em 2008 na RAS Noroeste (tipo II), contudo esta Região foi descartada do estudo pelo CEO ter sido instalado em período recente, o que não permitiria uma análise mais factível.

Estão estruturados para toda a rede os seguintes serviços especializados: 5 referências de endodontia, 2 referências de periodontia, 5 referências de prótese e 2 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O Hospital Municipal Dr. Mário Gatti é referência na área de cirurgia buco-maxilo facial para toda a rede, assim como o Serviço de diagnóstico bucal da SMS – ACDC (Quadro 1 e 2) (Campinas, 2010c).

Quadro 1. Identificação das Regiões Administrativas de Saúde com discriminação dos Centros de Saúde, número de Equipes de Saúde da Família e respectivas Equipes de Saúde Bucal.

Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroeste
Santa Mônica -2 ESF; 1 ESB	Vila Rica -2 ESF; 0 ESB	Conceição -3 ESF; 1 ESB	União dos Bairros -3 ESF; 1 ESB	Perseu -1 ESF; 1 ESB
Boa Vista -2 ESF; 1 ESB	Orosimbo Maia -2 ESF; 1 ESB	Costa e Silva 3 ESF; 1 ESB	Santa Lúcia -4 ESF; 1 ESB	Integração -3 ESF; 1 ESB
Eulina - 2 ESF; 1 ESB	Esmeraldina -1 ESF; 1 ESB	São Quirino -3 ESF; 0 ESB	Aeroporto -3 ESF; 1 ESB	Valença -4 ESF; 0 ESB
Aurélia -2 ESF; 1 ESB	Figueira -1 ESF; 1 ESB	31 de março -1 ESF; 0 ESB	Campos Elíseos (Tancred Florence) -3 ESF; 2 ESB	-5 ESF; 1 ESB
Barão Geraldo -2 ESF; 2 USB	São José -5 ESF; 2 ESB	Taquaral -1 ESF; 1 ESB	Vista Alegre -3 ESF; 1 ESB	Pedro Aquino - 3 ESF; 1 ESB Ipaussurama -2 ESF; 1 ESB
Anchieta -3 ESF; 2 ESB	São Vicente -2 ESF; 1 ESB	Sousas -3 ESF; 1 ESB	Capivari -3 ESF; 1 ESB	Floresta -3 ESF; 1 ESB
São Marcos -2 ESF; 1 ESB	Faria Lima -2 ESF; 2 ESB	Joaquim Egídio -1 ESF; 0 ESB	Dic I -3 ESF; 2 ESB	Itajaí -2 ESF; 0 ESB
Sta. Bárbara -2 ESF; 1 ESB	Santa Odila 2ESF; 1ESB	Centro -2 ESF; 3 ESB	Dic III -3 ESF; 1 ESB	Rossin - 1 ESF; 0 ESB
Cássio Raposo do Amaral 2 ESF; 2 ESB	Ipê -1 ESF; 1 USB	Carlos Gomes - 1 ESF; 1 ESB	São Cristóvão -2 ESF; 2 ESB	Satélite Iris - 1 ESF; 1ESB
Village - 2 ESF; 1 ESB	Paranapanema -2 ESF; 1 ESB	Boa Esperança - 2ESF; 2 ESB	Itatinga -1 ESF; 1 ESB	Lisa - 1 ESF; 0 ESB
Rosália - 2 ESF; 1 ESB	São Domingos -4 ESF; 1 ESB		V. União / CAIC -1 ESF; 1 ESB	Campina Grande - 1 ESF; 0 ESB
	Carvalho de Moura -2 ESF; 1 ESB		Santo Antônio - 1 ESF; 2 ESB	
	Campo Belo - 1 ESF; 1 ESB			
	Fernanda - 1 ESF; 1ESB			
	Nova América - 1 ESF; 1ESB			
	Oziel - 2 ESF; 2ESB			

Fonte: Campinas, 2010c

Quadro 2 Referências Distritais na atenção secundária em Odontologia na cidade de Campinas

	NOROESTE	SUDOESTE	SUL	NORTE	LESTE
ENDODONTIA	CEO Florence	CEO Ouro Verde	CS Faria Lima	CS Eulina	CS Centro
RADIOLOGIA	CEO Florence	CEO Ouro Verde	CAMPREV	CAMPREV	CS Centro
PRÓTESE	CEO Florence	CEO Ouro Verde	CS Faria Lima	CS Boa Vista	CS Costa e Silva

Fonte: Campinas, 2010c

Referências Municipais para atenção secundária em Odontologia na cidade de Campinas (Campinas, 2010c).

- Serviço de Diagnóstico Bucal da SMS em parceria com a ACDC (Associação dos Cirurgiões Dentistas de Campinas);
- Serviço de cirurgia e traumatologia buco – maxilo - facial do Hospital Municipal Dr Mário Gatti;
- Centro de Referência DST/AIDS - Atendimento odontológico especializado aos pacientes do programa do DST/AIDS.

4.2 Seleção da amostra:

Essa fase do estudo estruturou-se a partir de populações adstritas aos Centros de Saúde dentro das 2 RAS de Campinas selecionadas para o estudo (Norte e Sudoeste).

Critério de Inclusão

Selecionou-se os Centros de Saúde que apresentaram ESBs com no mínimo 3 anos de atuação (este período foi levado em consideração pois seria um tempo mínimo para análise de cobertura e resolutividade), como também o CEO com no mínimo 3 ano de atuação. Utilizou-se o período de encaminhamento de pacientes para as unidades de atenção secundária compreendido entre junho de 2008 a julho de 2010.

Assim, selecionou-se a RAS Sudoeste como a que possui CEO. Em seguida foi selecionada aleatoriamente uma RAS sem CEO implantado (RAS Norte). Todas as CSs das 2 RASs foram selecionadas, sendo 11 na região Norte e 12 na região Sudoeste.

4.3 Análise Exploratória das Referências

Inicialmente, objetivando analisar a distribuição da atenção secundária (AS) em saúde bucal pelos usuários, foram identificados todos os usuários sem restrição de gênero e idade, os quais procuraram os Centros de Saúde pertencentes às RASs selecionadas, foram atendidos pelos Dentistas das Equipes de Saúde Bucal e, posteriormente, referenciados para tratamento de atenção secundária para as especialidades em Endodontia, Prótese, Periodontia e Cirurgia. Essas referências estão discriminadas no Sistema SOL - Sistema online de agendamento- disponibilizado aos CSs para agendamento nas especialidades odontológicas na região Sudoeste. Na Região Norte, as referências de endodontia e prótese são geradas no sistema SOL, contudo estas são retiradas do sistema e redistribuídas manualmente pelo gerente de saúde.

A lista de usuários contida no sistema foi fornecida pela Secretaria de Saúde de Campinas, onde constava pelo menos o nome, data do procedimento realizado, telefone de contato, especialidade e número do ticket, o qual permitiu identificar o Centro de Saúde (CS) de origem e o número da Ficha Individual (FI) ou número da Ficha Familiar (FF) do paciente e assim consultá-las para checar a contra-referência.

Em seguida foram coletadas informações sobre população adscrita a cada CS, dados sócio-econômicos e cálculo de coeficientes de demanda atendida (número de procedimentos em Atenção Secundária/número de habitantes por CS por 100 habitantes) e dados de demanda reprimida e percentual de faltosos, a fim de analisar a distribuição da oferta de procedimentos pelas CSs e RASs.

Índice de Condição de Vida

A cidade de Campinas utiliza o Índice de Condição de Vida (ICV) proposto como método para identificação de diferenciais nos níveis de qualidade de vida e saúde das áreas de abrangência dos Centros de Saúde de Campinas. O ICV é um índice composto por 8 indicadores selecionados dentre um conjunto de dados facilmente disponíveis nos sistemas de informações existentes na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Indicadores utilizados

1. proporção de chefes de família sem ou com menos de 1 ano de instrução (IBGE, 1996)
2. taxa de crescimento anual 91-96 (IBGE, 1991 e 1996)

3. proporção média de mães com menos de 20 anos de idade (CoViSA, 1998-2000)
4. coeficiente médio de mortalidade infantil (CoViSA, 1998-2000)
5. coeficiente médio de mortalidade por homicídios (CoViSA, 1998-2000)
6. incidência média de desnutrição entre os menores de 5 anos (CoViSA, 1996-2000)
7. incidência média de tuberculose (CoViSA, 1996-2000)

4.4 Análise exploratória das contra-referências

Com o objetivo de avaliar as informações sobre a qualidade da contra-referência na atenção secundária em saúde bucal foi calculado um número amostral de 331 usuários (186 RAS Sudoeste e 145 RAS Norte), considerando-se uma resposta para a população geral com erro amostral de 5,5%, tomando como critério de cálculo a proporção de 0,50 (50% de mesma resposta a qualquer das perguntas) e nível de confiança de 95%.

Na entrevista por meio de telefonema, inicialmente a pesquisadora se identificava, explicava o objetivo da entrevista, pedia autorização para a utilização das informações assegurando o sigilo absoluto e, em seguida, aplicou as seguintes perguntas:

1-Você realizou o tratamento especializado?

2-Se realizou o tratamento, como foi seu atendimento?

3-Se realizou o tratamento, quanto tempo esperou para que a consulta fosse marcada?

4-Se não realizou o tratamento, qual foi o motivo?

5- (caso o paciente tenha terminado o tratamento, perguntar ao usuário)

a-Você voltou a ver seu dentista após o tratamento especializado?

b-Se não procurou o CD, por que?

4.5 Análise estatística

Metodologia estatística

A análise de correlação de Pearson foi realizada entre os coeficientes de demanda atendida (endodontia e total de referências especializadas) e as variáveis socioeconômicas da população de cada CS das regiões Sudoeste e Norte. A seguir foi estudada a multicolinearidade entre as variáveis socioeconômicas, que ocorre quando duas ou mais variáveis independentes do modelo explicam o mesmo fenômeno, ou seja, quando as variáveis descrevem informações similares. A multicolinearidade tende a distorcer os coeficientes (b) estimados. Para avaliar a multicolinearidade foi utilizada a metodologia VIF (variance inflation factor).

$$VIF_k = 1 / (1 - r_k^2)$$

até 1 - sem multicolinearidade

de 1 até 10 - multicolinearidade aceitável

acima de 10 - multicolinearidade problemática

onde: r_k = coeficiente de correlação da variável K com as demais variáveis

A seguir foi aplicada regressão linear múltipla pelo método stepwise de seleção das variáveis. O ajuste do modelo foi avaliado pelo C_p de Mellow e coeficiente de determinação (R^2).

5 - RESULTADOS

Pelas tabelas 1 e 2 pode-se visualizar o número total e relativo de procedimentos especializados em Saúde Bucal nas especialidades Cirurgia, Endodontia e Prótese, segundo os CSs (referências das Equipes de Saúde Bucal) relativas às Regiões Administrativas de Saúde Sudoeste (acrescida da especialidade de Periodontia) e Norte de Campinas. Os procedimentos das especialidades de Diagnóstico Oral e Radiologia não foram considerados para o cálculo, por serem caracterizadas como diagnóstico e não especificamente tratamento.

Inicialmente, verificou-se que a especialidade Endodontia foi responsável por 35,9% do total de procedimentos realizados na região Sudoeste e 75,0% para a região Norte. As especialidades de cirurgia, prótese e periodontia foram responsáveis, respectivamente, por 23,0%, 12,3% e 28,6% na região Sudoeste, enquanto as especialidades de cirurgia e prótese foram na região Norte, responsáveis por 17,9% e 6,9%, respectivamente.

Claramente não há distribuição equânime na oferta de serviços especializados, onde se pôde observar na região sudoeste que a unidade Santa Lúcia recebeu cerca de 14% das vagas, enquanto a CS CAIC Vila União, Dic III e Santo Antônio receberam em torno de 1%. A distribuição das vagas na região Norte também apresenta discrepância (somente a unidade Village destoa, contudo esta foi inaugurada recentemente), podendo se observar que a unidade Cássio Raposo apresenta somente 5 % das referências, enquanto a unidade São Marcos apresenta mais de 18% das vagas disponibilizadas sem que apresente demanda reprimida compatível. Embora a unidade CEASA apresente baixo

percentual de referências disponibilizadas, esta não tem características comunitárias próprias, pois serve como interposto de comércio, servindo basicamente os trabalhadores permanentes ou temporários do local.

Em relação à distribuição dentro de cada especialidade verificou-se que há discrepância na distribuição de vagas para ambas as regiões. Na região Sudoeste, em relação a especialidade de cirurgia, as unidades DIC I e Santa Lúcia apresentaram 16% e 14% do total de vagas, enquanto as unidades Aeroporto, CAIC Vila União e Santo Antonio foram ofertadas em menos de 1%. Esse padrão de distribuição pode ser observado nas demais especialidades. Para a região Norte esse mesmo fato ocorreu, como se pôde verificar para a especialidade cirurgia, onde a unidade Anchieta foi ofertada em mais de 24%, enquanto as unidades Village e Cássio Raposo foram ofertadas em 0,28 e 1,12%, respectivamente.

Outro fato importante é que se observou uma discrepância na distribuição das vagas por especialidades, onde para as unidades DIC III e Santo Antonio foram ofertadas um número maior de próteses do que as outras especialidades na região Sudoeste, enquanto na região Norte verifica-se um maior equilíbrio, onde a especialidade Endodontia é a mais ofertada para todas as unidades.

Por último, o percentual de faltas foi muito diferente entre as duas RAS, onde a RAS Norte apresenta 11,9 % e a Sudoeste foi 23,6 %, portanto basicamente o dobro.

Tabela 1: Oferta de Serviços especializados em saúde bucal (Periodontia, Endodontia, Prótese e Cirurgia) disponibilizada pelo CEO para a Região Sudoeste da cidade de Campinas no período de Julho de 2008 a junho de 2010.

UNIDADE	ESPECIALIDADES									
	CIRURGIA	%	ENDODONTIA	%	PERIODONTIA	%	PRÓTESE	%	TOTAL	%
AEROPORTO	5	0,75	141	13,58	32	3,87	34	9,55	212	7,34
CAIC VILA UNIÃO	0	0,00	43	4,14	6	0,73	0	0,00	49	1,70
CAPIVARI	53	7,95	82	7,90	98	11,85	33	9,27	266	9,21
DIC I	109	16,34	79	7,61	27	3,26	9	2,53	224	7,76
DIC III	1	0,15	12	1,16	0	0,00	40	11,24	53	1,84
ITATINGA	11	1,65	68	6,55	37	4,47	33	9,27	149	5,16
SANTA LÚCIA	98	14,69	135	13,01	136	16,44	50	14,04	419	14,51
SANTO ANTÔNIO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	40	11,24	40	1,39
SÃO CRISTÓVÃO	12	1,80	47	4,53	38	4,59	2	0,56	99	3,43
TANCREDO NEVES	75	11,24	77	7,42	46	5,56	22	6,18	220	7,62
UNIAO DE BAIRROS	41	6,15	100	9,63	146	17,65	19	5,34	306	10,60
VISTA ALEGRE	61	9,15	80	7,71	98	11,85	36	10,11	275	9,52
OUTROS	46	6,90	30	2,89	2	0,24	38	10,67	116	4,02
TOTAL GERAL	667	100,00	1038	100,00	827	100,00	356	100,00	2888	100,00
Faltas (% geral para a RAS)	23,6%									

Tabela 2: Oferta de Serviços especializados em saúde bucal (Endodontia, Prótese e Cirurgia) disponibilizada para a Região Norte da cidade de Campinas no período de Julho de 2008 a junho de 2010.

UNIDADE	Especialidade							
	CIRURGIA	%	ENDODONTIA	%	PRÓTESE	%	TOTAL GERAL	%
ANCHIETA	87	24,30	178	11,90	9	6,52	274	13,74
AURÉLIA	22	6,15	113	7,55	10	7,25	145	7,27
BARÃO GERALDO	9	2,51	170	11,36	12	8,70	191	9,58
BOA VISTA	28	7,82	82	5,48	33	23,91	143	7,17
CÁSSIO RAPOSO	4	1,12	89	5,95	9	6,52	102	5,12
CEASA	9	2,51	58	3,88	4	2,90	71	3,56
EULINA	23	6,42	120	8,02	16	11,59	161	8,07
SANTA BÁRBARA	50	13,97	165	11,03	15	10,87	230	11,53
SANTA MÔNICA	54	15,08	230	15,37	12	8,70	296	14,84
SÃO MARCOS	71	19,83	275	18,38	18	13,04	364	18,25
VILLAGE	1	0,28	16	1,07	0	0,00	17	0,85
TOTAL GERAL	358	100,00	1496	100,00	138	100,00	1994	100,00
Faltas (% geral para a RAS)	11,9 %							

Em relação a distribuição de oferta das referências em saúde, deve-se levar em conta, além da oferta em números absolutos, aspectos como porte populacional e características sócio-econômicas. Deste modo, na tabela 3 verificam-se dados relativos à população assistida por unidade, o coeficiente de procedimentos endodônticos e procedimentos especializados totais por 100 habitantes. Discrepâncias podem ser observadas, como exemplo na região Sudoeste, a unidade Itatinga foi ofertada em 5% das vagas totais, mas esse valor representa quase 5 procedimentos especializados para cada 100 habitantes, enquanto algumas unidades tais como Dic I, Dic III, São Cristovão e Santo Antonio tem menos de 1 procedimentos por 100 habitantes. Na região Norte essas diferenças não são tão acentuadas, contudo ainda verifica-se desequilíbrio na distribuição, como pode se observar nos percentuais totais para as unidades Santa Mônica e Aurélia de 3,68 e 0,37 por 100 habitantes, respectivamente.

O coeficiente relativo à oferta de serviços especializados por 100 habitantes foi calculado especificamente para a especialidade Endodontia, por ser esta especialidade a responsável pelo maior percentual de oferta e ser oferecida em todas as regiões de saúde de Campinas. Assim, esse desequilíbrio na oferta pelo porte populacional pôde ser também observado, onde na região Norte havia variação de 0,29 a 2,88 endodontias para cada grupo de 100 habitantes (Aurélia e Santa Mônica, respectivamente), enquanto na região Sudoeste, havia variação de 0 a 2,27 procedimentos (Santo Antonio e Itatinga, respectivamente).

Tabela 3: Informações populacionais, socioeconômicas e demográficas das Unidades de Saúde da Família das Regiões Norte e Sudoeste, Campinas-SP.

Unidade Básica	Distrito	População estimada 2010 (IBGE)	Endodontias	coeficiente nº endo/100 hab	Nº Proc Espec*	coeficiente nº proc/100 hab	ICV	renda	escolaridade 1	escolaridade 2	demográfico 1	demográfico 2	demográfico 3	% pop > 65 anos
CS C Raposo Amaral	Norte	4799	89	1,85	102	2,13	40	não há dados						
CS S Marcos		12378	275	2,22	364	2,94	40	34,8	4,9	26,1	22,7	78,2	3,8	4,9
CS S Monica		9984	288	2,88	367	3,68	40	35,9	4,9	6,9	24,4	65,6	1,6	8,1
CS B Vista		10345	82	0,79	143	1,38	15	20,3	6,8	5,9	24,7	95,3	1,5	8,1
CS S Barbara		24644	165	0,67	230	0,93	30	22,1	6,1	8	17,6	76,2	2,9	2,9
CS Eulina		19294	120	0,62	165	0,86	7,5	11,1	9,6	0,6	21,7	98	0,8	9,6
CS Anchieta		20618	178	0,86	274	1,33	40	25,4	5,9	5,6	26,2	86,9	1,3	5
CS B Geraldo		34483	170	0,49	191	0,55	7,5	11,3	10,1	11	19,9	67,1	0,8	5,6
CS Aurelia		38765	113	0,29	145	0,37	7,5	11,6	9,4	4,8	28,4	99,7	0,5	10,9
CS Itatinga		Sudoeste	2992	68	2,27	149	4,98	40	38,4	4,7	13,2	25,8	96,8	1,3
CS Capivari	13588		82	0,60	266	1,96	30	22,8	5,8	11,1	23,9	94,6	1,1	5,2
CS S Antonio	10743		0	0,00	40	0,37	40	não há dados						
CS T Neves	21745		77	0,35	220	1,01	15	13,8	7,8	6,4	21,4	97,3	0,4	5,9
CS Aeroporto	15380		141	0,92	212	1,38	40	24,1	5,7	22	19	92,4	1,1	3,7
CS V Alegre	20247		80	0,40	275	1,36	40	25,3	5,7	11,4	19,6	89,4	1,7	3,5
CS S Cristovao	19986		47	0,24	99	0,50	40	27,1	5,1	8	16,1	83,8	0,8	2,8
CS DIC I	31305		79	0,25	224	0,72	40	23,6	6,1	19,6	24,2	86,3	2,2	3,1
CS U Bairros	28009		100	0,36	306	1,09	40	36,6	5	20,9	19,9	60,2	2,1	2
CS V Uniao/CAIC	13462		43	0,32	49	0,36	15	8,1	8,8	9,5	23,8	99,7	0,3	2,1
CS S Lucia	21084	135	0,64	419	1,99	30	24,1	5,7	15	20,8	94,8	0,9	4,4	
CS DIC III	22455	12	0,05	53	0,24	40	22,6	5,9	4,6	21,7	72,6	1,6	2,5	

Renda : % de responsáveis com renda até 2SM **Escolaridade 1** : média de número de anos estudados **Escolaridade 2** : % Pessoa não alfabetizadas maiores de 5 anos **Demográfico 1** : % mulheres responsáveis pelo lar **Demográfico 2** : % casas com esgoto de rede geral **Demográfico 3** : % domicílios sem banheiro. ICV: Índice de Condição de Vida. Unidades marcadas em **vermelho** foram inauguradas após o ano 2000 (ano em que o sistema apresenta dados sócio-econômicos e demográficos). **Variáveis socioeconômicas (extraídas através pelo Tabnet através do site da Prefeitura Municipal de Saúde de Campinas- dado do ano 2000)**

Para a região Norte, o coeficiente de endodontia apresentou correlação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) com as variáveis socioeconômicas “ICV”, “% de responsáveis com renda até 2 SM” e “média de número de anos estudados” (tabela 4).

Tabela 4. Correlação entre o coeficiente de endodontia (número de endodontia/100 hab) e as variáveis socioeconômicas para a região Norte.

Variável	Coeficiente de correlação Pearson	p-valor
Índice de Condição de Vida (ICV)	0,7566	0,0183
% responsáveis com renda até 2SM	0,9006	0,0023
média de número de anos estudados	-0,7464	0,0334
% Pessoa não alfabetizadas > 5 anos	0,4799	0,2288
% mulheres responsáveis pelo lar	0,0585	0,8905
% casas com esgoto de rede geral	-0,5575	0,1511
% domicílios sem banheiro	0,5094	0,197
% população > 65 anos	-0,1160	0,7844

Para a região Sudoeste (tabela 5), o coeficiente de endodontia não apresentou correlação estatisticamente significativa com as variáveis socioeconômicas ($p > 0,05$).

Tabela 5. Correlação entre o coeficiente de endodontia (número de endodontia/100 hab) e as variáveis socioeconômicas para a região Sudoeste.

Variável	Coeficiente de correlação de Pearso	p-valor
Índice de Condição de Vida (ICV)	0,1269	0,6943
% responsáveis com renda até 2SM	0,5305	0,0932
média de número de anos estudados	-0,3866	0,2402
% Pessoa não alfabetizadas > 5 anos	0,2402	0,4858
% mulheres responsáveis pelo lar	0,4329	0,1835
% casas com esgoto de rede geral	0,3806	0,2481
% domicílios sem banheiro	-0,0424	0,9015
% população > 65 anos	0,0243	0,9435

Para a região Norte, o coeficiente de Procedimentos referenciados totais apresentou correlação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) com as variáveis socioeconômicas “ICV”, “% de responsáveis com renda até 2 SM” e “média de número de anos estudados” (tabela 6).

Tabela 6. Correlação entre o coeficiente de Procedimentos referenciados em atenção secundária (número de Procedimentos totais/100 hab) e as variáveis socioeconômicas para a região Norte.

Variável	Coeficiente de correlação de Pearso	p-valor
Índice de Condição de Vida (ICV)	0,7624	0,0169
% responsáveis com renda até 2SM	0,9255	0,0010
média de número de anos estudados	-0,7950	0,0184
% Pessoa não alfabetizadas > 5 anos	0,4706	0,2393
% mulheres responsáveis pelo lar	0,0910	0,8303
% casas com esgoto de rede geral	-0,5020	0,2049
% domicílios sem banheiro	0,5302	0,1764
% população > 65 anos	-0,1256	0,7670

Para a região Sudoeste (tabela 7), o coeficiente de Procedimentos totais especializados não apresentou correlação estatisticamente significativa com as

variáveis socioeconômicas ($p > 0,05$). A variável “% responsáveis com renda até 2 SM” apresentou significância muito próxima ao limite estabelecido ($p = 0,0575$).

Tabela 7. Correlação entre o coeficiente de e as variáveis socioeconômicas e de condição de vida para a região Sudoeste.

Variável	Coefficiente de correlação de Pearso	p-valor
Índice de Condição de Vida (ICV)	0,1396	0,6651
% responsáveis com renda até 2SM	0,5872	0,0575
média de número de anos estudados	-0,4577	0,1568
% Pessoa não alfabetizadas > 5 anos	0,1830	0,5901
% mulheres responsáveis pelo lar	0,4989	0,1457
% casas com esgoto de rede geral	0,3450	0,2988
% domicílios sem banheiro	0,0346	0,9195
% população > 65 anos	0,1442	0,6724

Multicolinearidade

A análise do VIF apontou multicolinearidade aceitável entre as variáveis.

Regressão múltipla

O R^2 dos modelos foi bastante alto, ou seja, 94,88% da variação do coeficiente de endodontia e 94,02% do coeficiente de Procedimentos referenciados totais é explicado pelas variáveis socioeconômicas “Percentual de responsáveis com renda até 2 SM” e “média de número de anos estudados” (Tabelas 8 e 9). Vale salientar que nenhuma variável socioeconômica foi correlacionada com os coeficientes de demanda realizada para a região Sudoeste.

Tabela 8. Parâmetros estimados pela análise de regressão múltipla método stepwise para o coeficiente de endodontia na região Norte.

Variáveis independentes	Coefficiente	Erro padrão	p-valor
Intercepto	-1,4340	0,5129	0,0129
% responsáveis com renda até 2SM	0,0678	0,0149	0,0003
média de número de anos estudados	0,1361	0,0523	0,0192

R²=0,9488

Tabela 9. Parâmetros estimados pela análise de regressão múltipla método stepwise para o coeficiente de Procedimentos referenciados totais na região Norte.

Variáveis independentes	Coefficiente	Erro padrão	p-valor
Intercepto	-6,9202	2,3224	0,0308
% responsáveis com renda até 2SM	0,2155	0,0425	0,0039
média de número de anos estudados	0,5238	0,1982	0,0458

R²=0,9402

Observou-se também que a demanda reprimida em relação ao acesso aos procedimentos realizados apresentou discrepâncias nas 2 RAS, onde pôde-se perceber que algumas unidades com maior demanda reprimida tiveram menor número de procedimentos especializados realizados (tabelas 10 e 11). Por exemplo, na região Sudoeste a CS Santo Antonio tem 15,08% da demanda reprimida reportada pelas CSs e somente 1,39% dos procedimentos referenciados totais realizados. Isso fica mais evidente quando se checa o coeficiente de demanda reprimida por grupo de 100 habitantes, havendo clara variação entre 0,64 a 10,25 procedimentos na região Norte, onde a CS Santa Mônica reporta 26,64 % (10,25 procedimentos de DR por 100 hab) do total da demanda reprimida, contudo representa somente 5,7 % da população da RAS. Outro exemplo é a CS São Marcos que reporta somente 3,26% da DR, mas apresenta 18,25% dos procedimentos especializados totais realizado, o que poderia ser uma explicação para a baixa DR reportada.

Tabela 10 – Demanda Reprimida (DR) e número de procedimentos especializados realizados por unidade na Região Norte, período Janeiro a Setembro de 2010.

Unidade	DR	% DR	População	% população	Coefficiente DR/100 hab	% Proc realizados
São Marcos	125	3,26	12378	7,06	1,01	18,25
Boa Vista	66	1,72	10345	5,90	0,64	7,17
Ceasa	51	1,33	--	--	--	3,56
Eulina	251	6,54	19294	11,01	1,30	8,07
Anchieta	558	14,53	20618	11,76	2,71	13,74
Aurélia	348	9,06	38765	22,11	0,90	7,27
Cássio Raposo	329	8,57	4799	2,74	6,86	5,12
Barão Geraldo	500	13,02	34483	19,67	1,45	9,58
Santa Bárbara	589	15,34	24644	14,06	2,39	11,53
Santa Mônica	1023	26,64	9984	5,70	10,25	14,84
Total	3840	100,00	175310	100,00	2,19	99,13*

* não foram considerados os dados da CS Village

Na região Sudoeste também se verifica inconsistências entre a demanda reprimida (DR), população adscrita e demanda atendida, onde o CS Santo Antonio tem 15,08 % da DR reportada, 4,86 % da população total e somente 1,39% dos procedimentos especializados realizados, sendo que o mesmo ocorre com a CS Dic III que tem 10,12% da DR reportada, 10,16%

da população total e somente 1,84% da demanda atendida na RAS. O coeficiente de Demanda Reprimida de procedimentos especializados para cada 100 habitantes variou de 0,70 a 11,65.

Tabela 11-Demanda Reprimida (DR) e Percentual dos procedimentos totais realizados por unidade na Região Sudoeste, período Março a Setembro de 2010.

Unidade	DR	% DR	Coef DR/ 100hab	População	% população	% Proc.
Vila União	180	2,16	1,34	13462	6,09	1,70
Dic I	218	2,62	0,70	31305	14,17	7,76
Itatinga	259	3,12	8,66	2992	1,35	5,16
São Cristóvão	276	3,32	1,38	19986	9,04	3,43
Aeroporto	495	5,96	3,22	15380	6,96	7,34
Santa Lúcia	555	6,68	2,63	21084	9,54	14,51
Capivari	674	8,12	4,96	13588	6,15	9,21
Dic III	840	10,12	3,74	22455	10,16	1,84
Vista Alegre	844	10,17	4,17	20247	9,16	9,52
Tancredo Neves	1174	14,14	5,40	21745	9,84	7,62
Santo Antonio	1252	15,08	11,65	10743	4,86	1,39
União dos Bairros	1531	18,45	5,47	28009	12,67	10,6
Total	8298	100,00	3,75	220996	100,00	100,00

Nas regiões Norte e Sudoeste (tabelas 12 e 13), o coeficiente de Demanda Reprimida não apresentou correlação estatisticamente significativa com as variáveis socioeconômicas ($p>0,05$) e condição de vida.

Tabela 12. Correlação entre o coeficiente de Demanda Reprimida (DR) por 100 habitantes e as variáveis socioeconômicas e de condição de vida para a região norte.

Variável	Coefficiente de correlação de Pearson	p-valor
Índice de Condição de Vida (ICV)	0,5288	0,1778
% responsáveis com renda até 2SM	0,5958	0,1191
média de número de anos estudados	-0,4863	0,2247
% Pessoa não alfabetizadas > 5 anos	-0,1270	0,7645
% mulheres responsáveis pelo lar	0,0703	0,8684
% casas com esgoto de rede geral	-0,5854	0,1273
% domicílios sem banheiro	0,0009	0,9831
% população > 65 anos	0,0302	0,9435

Tabela 13. Correlação entre o coeficiente de DR por 100 hab e as variáveis socioeconômicas e de condição de vida para a região Sudoeste.

Variável	Coefficiente de correlação de Pearson	p-valor
Índice de Condição de Vida (ICV)	0,0895	0,7937
% responsáveis com renda até 2SM	0,5358	0,0894
média de número de anos estudados	-0,3513	0,2894
% Pessoa não alfabetizadas > 5 anos	-0,040	0,8979
% mulheres responsáveis pelo lar	0,3294	0,3226
% casas com esgoto de rede geral	-0,0127	0,9704
% domicílios sem banheiro	0,0858	0,8019
% população > 65 anos	0,1948	0,5660

Em relação às questões referentes à qualidade da contra-referência da atenção secundária em saúde bucal, na tabela 14 verifica-se que 78,62% e 51,61% dos entrevistados reportaram que realizaram o tratamento agendado nas regiões Norte e Sudoeste, respectivamente. Todos os entrevistados que realizaram o tratamento consideraram o atendimento “muito bom” (tabela 15).

Tabela 14 – Questionário sobre a contra-referência: Q1- Você realizou tratamento especializado?

Região	sim	%	não	%	Total
--------	-----	---	-----	---	-------

Norte	114	78,62	31	21,37	145
Sudoeste	96	51,61	90	48,38	186
Total	210	63,44	121	36,56	331

Tabela 15 – Questionário sobre a contra-referência: Q2- Se realizou o tratamento, como foi o atendimento?

Região	Sim	%
Norte	114	100
Sudoeste	96	100
Total	210	100

Quanto ao tempo de espera, o mesmo foi variável mais na região Norte foi mais curto sendo que 73,98% reportaram esperar até um (1) mês pelo agendamento, enquanto na região Sudoeste este percentual foi de 52,00 %, enquanto 47% esperaram mais de 45 dias para esta RAS (tabela 16).

Tabela 16 – Questionário sobre a contra-referência: Q3- Se realizou o tratamento, quanto tempo esperou para que a consulta fosse marcada?

Região	Até um mês *	%	Até 1 mês e meio	%	Mais de 45 dias	%	Total
Norte	91	73,98	11	8,94	21	17,07	123
Sudoeste	52	52,00	1	1,00	47	47,00	100
Total	143	64,12	12	5,38	68	30,49	223

*p<0,0001

Fato curioso foi verificado na tabela 17, onde 67,74 e 31,11 % dos entrevistados que não realizaram o tratamento justificaram faltas para as RASs Norte e Sudoeste, respectivamente, contudo outras razões parecem menos óbvias para a RAS Sudoeste como 29 usuários que não foram avisados e 10 que não estavam esperando a vaga, representando 43,3% do total de usuários que não realizaram o tratamento. Houve diferença estatisticamente

significante entre as RASs, onde a RAS Norte apresenta um tempo menor para agendamento.

Tabela 17 – Questionário sobre a contra-referência: Q4- Se você não realizou o tratamento, qual o motivo?

Razões	Norte		Sudoeste	
	n	%	n	%
Faltou à consulta	21	67,74	28	31,10
Indicação Incorreta	4	12,90	4	4,44
Mora distante	1	3,22	0	0,00
Procurou CD particular	2	6,55	9	10,00
Demora para agendamento	1	3,22	10	11,11
Não quis realizar tratamento	2	6,45	0	0,00
Não foi avisado	0	0,00	29	32,22
Não estava esperando tratamento	0	0,00	10	11,11
Total	31	100,00	90	100,00

Dos usuários que reportaram ter realizado o tratamento, a maioria (87, 71 e 84,37% para as RAS Norte e Sudoeste, respectivamente) voltou para a

ESB de origem (tabela 18), sendo que a maioria dos que não voltou reportou falta de tempo ou reportou que procurou tratamento particular (tabela 19).

Tabela 18 – Questionário sobre a contra-referência: Q5 a- Você voltou a ver o seu dentista após o tratamento especializado?

Região*	Sim	%	Não	%	Total
Norte	100	87,71	14	12,28	114
Sudoeste	81	84,37	15	15,62	96

*p=0,4841

Tabela 19- Questionário sobre a contra-referência: Q5 b- Se não procurou o CD, por que?

Razões	Norte		Sudoeste	
	n	%	n	%
Falta de tempo	4	28,57	3	20,00
Problemas particulares	2	14,28	2	13,22
Trabaho	2	14,28	1	6,66
Procurou CD particular	2	14,28	6	40,00
Demora para agendamento	0	0,00	2	13,33
Desinteresse	2	14,28	0	0,00
Paciente sem contra referência	2	14,28	1	6,66
Total	14	100,00	15	100

6- DISCUSSÃO

Nas últimas décadas evidenciou-se a ênfase na promoção da saúde e no crescimento e fortalecimento da Atenção Básica em Saúde Bucal realizada nas Unidades de Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde, que é a porta de entrada do Sistema único de Saúde (SUS). No entanto, os princípios do SUS definidos na Constituição Federal deferem a todos os Brasileiros o direito a integralidade dos cuidados, com direitos garantidos ao acesso a todos os níveis de atenção incluindo, portanto, os de média e alta complexidade (Figueiredo & Goes, 2009).

Morris & Burk (2001) definem quatro características responsáveis por interligar a atenção básica e a secundária em odontologia, sendo estas: 1) acesso indiscriminado e sem barreiras à atenção especializada após encaminhamento; 2) sistema de referência em que todo serviço não disponível na atenção básica é ofertado na atenção especializado; 3) encaminhamento eficiente e adequado com contra-referência para a atenção primária no final do tratamento especializado; 4) retorno facilitado à atenção secundário sempre que necessário.

A maior parte da assistência odontológica no SUS tem-se restringido quase que somente à atenção básica e com grande demanda reprimida, sendo que a utilização dos serviços odontológicos reflete as desigualdades sociais do país (Matos et al., 2010), somando a isso pouca oferta dos serviços especializados, o que compromete a eficiência da referência e contra-referência em saúde bucal (Figueiredo & Goes, 2009).

Dessa forma é importante salientar que a atenção secundária em saúde bucal ainda apresenta baixos percentuais dentro do escopo de procedimentos odontológicos, responsável por apenas 3,3 % no ano 2000 (Brasil, 2002). Esses fatos culminaram naquele ano com a preocupação do governo federal em incentivar a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas dentro da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), os quais passaram de 100 para 809 no período de 2004 a 2009, com aumento de 709%.

Este estudo procurou identificar a realidade e dificuldades enfrentadas quanto à integralidade e acesso aos serviços de atenção secundária, avaliando a organização da demanda em atenção especializada em 2 regiões de saúde de Campinas, uma contemplada com um CEO (Sudoeste) e a outra (Norte) que utiliza um modelo de gestão diferenciado, organizando e distribuindo as vagas disponíveis em diferentes locais de atendimento, além de se buscar identificar a satisfação do usuário em relação ao serviço especializado, e se a referência e contra-referência estariam sendo utilizadas de maneira a dar continuidade aos tratamentos na atenção primária.

Campinas disponibiliza para as Equipes de Saúde Bucal (ESB), as quais estão alocadas nos Centros de Saúde (CS), um sistema de oferta de vagas para procedimentos especializados com agendamento através do sistema SOL (sistema online). As vagas para os procedimentos especializados ficam disponíveis no sistema 1 dia na semana e distribuídas em “cotas” para cada CS, sendo as unidades básicas as responsáveis em entrar no sistema e agendar seus pacientes. As vagas que não forem preenchidas entram novamente no sistema 1 vez por semana, em dia pré determinado e são distribuídas por ordem de acesso ao sistema, ou seja, quem acessar primeiro fica com as vagas,

não obedecendo nenhum outro critério. A Região Sudoeste, onde o CEO é a referência, as unidades utilizam o sistema para agendar consultas para seus pacientes. Na Região Norte, as vagas abertas no sistema SOL são centralizadas no Distrito Norte e distribuídas para as unidades pelo gerente da RAS, levando em consideração a demanda reprimida de cada CS, a qual é ou deveria ser atualizada mensalmente.

Inicialmente, os resultados obtidos nas tabelas 1 e 2 mostram que há uma desigualdade na distribuição de vagas para as unidades nas duas regiões de saúde. O procedimento de endodontia foi o mais realizado em ambas as regiões, resultado esse semelhante ao de Chaves et al. (2010), sendo que pacientes atendidos para esta especialidade tem mais chance de receber assistência integral. Na especialidade de cirurgia há uma menor demanda e para a prótese o número de vagas disponibilizadas é muito pequeno, sendo apenas 100 próteses por mês para as 5 Regiões de Saúde de Campinas. Contudo é interessante notar que por contar com um CEO, a região Sudoeste deveria ter uma produção de endodontia acima da região Norte, contudo isso não ocorreu, pois houve no ano de 2008 a paralisação parcial dos atendimentos na região sudoeste pela morte de um dos profissionais.

Contudo, um dos grandes problemas quando se avalia a produção relativa a um serviço é se pautar toda a análise na produção por procedimento, sem se levar em conta aspectos como porte populacional e aspectos sócio-econômicos da região adscrita, sendo importante analisar a oferta adequada de procedimentos segundo as necessidades populacionais, a acessibilidade geográfica e organizacional (Mendoza-Sassi & Beria, 2001). Dessa forma, as tabelas 1 a 3 demonstram claramente que a região Sudoeste apresentou grande

variação na distribuição por CS e nos coeficientes de Procedimentos Especializados totais e Endodontia por grupo de habitantes, enquanto na região Norte essas diferenças não foram tão acentuadas, mas verificou-se ainda um desequilíbrio na distribuição.

A Portaria 1.101 GM/MS (Brasil 2002) estabeleceu parâmetros de cobertura assistencial do SUS, entre eles o de “procedimentos odontológicos especializados por habitante/ano”, para avaliar a atenção à média e alta complexidade em odontologia. A mesma portaria estabeleceu que o número de procedimentos especializados em odontologia deve estar situado entre os intervalos de 0,01 a 0,04 (variação da cobertura entre regiões do país) e 0,04 a 0,06 (parâmetros recomendados). Dentro desse contexto, estudo relacionado ao número de procedimentos especializados em odontologia por habitante/ano, realizado na cidade de João Pessoa, mostrou que essa é a que mais oferecia acesso para a população em relação às outras capitais, sendo de 0,18 procedimentos por habitante/ano e as capitais que menos ofereciam acesso eram São Luiz, Teresina, Salvador e Maceió com 0,05 procedimentos por habitante/ano, estando dentro dos parâmetros recomendados pela Portaria 1.101 GM/MS (Brasil 2002). Contudo estes estudos de avaliação da atenção secundária são raros.

No presente estudo, a cidade de Campinas, especificamente as Regiões de Saúde Sudoeste e Norte, apresentavam médias acima dos parâmetros recomendados pela Portaria, onde respectivamente 0,52 e 0,56 procedimentos odontológicos especializados por habitante/ano foram realizados, salientando-se que este número não é ainda maior devido ao estudo não ter incluído os dados de procedimentos de radiologia e diagnóstico bucal e, na região Norte, a

especialidade periodontia não ter sido referenciada. Contudo é importante salientar que houve uma grande variação na distribuição das referências, o que deveria ser levado em consideração na gestão do sistema.

Outro aspecto importante a se levar em consideração é a equidade na organização da demanda, e para isso a observação das variáveis socioeconômicas é de grande relevância para a análise do acesso na distribuição dos procedimentos especializados. Sendo assim, as variáveis “ICV”, “% responsáveis com renda até 2 Salários Mínimos” e “média em número de anos estudados do responsável” foram estatisticamente correlacionadas com a na distribuição dos procedimentos endodônticos e na distribuição total das referências na região Norte, enquanto nenhuma correlação foi verificada na região Sudoeste. Isso foi ainda mais claro quando se observa que as variáveis “% responsáveis com renda até 2 Salários Mínimos” e “média em número de anos estudados do responsável” foram confirmadas no modelo de regressão linear múltipla. Isto demonstra que a o princípio da equidade era melhor trabalhado na Região Norte, onde as áreas menos favorecidas receberam um número maior de referências especializadas com melhor distribuição.

Isto pode ser melhor entendido quando se verificou que nas regiões Norte e Sudoeste todos os atendimentos realizados nas especialidades eram referenciados não havendo, portanto, demanda espontânea. Sendo assim foi levantada a agenda SOL onde havia a data, nome, telefone, especialidade e unidade de onde este paciente estava sendo referenciado. Na agenda da região Sudoeste, onde os agendamentos eram feitos pelos CSs, observaram-se muitos nomes repetidos para um mesmo procedimento, verificando-se que as

unidades realizavam tal prática para garantir os agendamentos no sistema SOL e depois redistribuírem para os pacientes, ficando impossível a identificação de quem fez o tratamento especializado e assim checar a contra-referência. Independente disso, também ficou constatado que as unidades que entrassem primeiramente no sistema SOL seriam as mais beneficiadas, não priorizando o acesso a quem mais precisa, ou seja, as variáveis socioeconômicas e a demanda reprimida, sendo que isto fica claramente comprovado quando se analisa as tabelas de 6 a 10, onde para a distribuição das vagas não se levou em consideração o número de procedimentos de cada CS e as variáveis socioeconômicas. Portanto, a não adequação da oferta das referências aos grupos mais necessitados parece ser comum no Brasil, como constatado por Costa & Facchini (1997), onde as classes sociais mais baixas têm 25% menos chance de ser consultado por um médico, demonstrando a inexistência da equidade.

Na região Norte de Campinas, as vagas são centralizadas no distrito e depois redistribuídas, havendo uma correlação entre os procedimentos de cada CS e a variável socioeconômica (renda de até 2 salários mínimos e média de anos estudado), propiciando um melhor gerenciamento da oferta de referências, proporcionando aos usuários procedimentos especializados mais equânimes e de melhor acessibilidade. Quanto à distribuição das referências em relação à demanda reprimida pôde-se observar que a Região Norte coordena sua distribuição de vagas mais equanimente, pois as CSs com maior DR foram as que mais tiveram procedimentos especializados realizados, enquanto que na região Sudoeste o mesmo não foi observado.

Portanto, a organização da demanda da atenção secundária em saúde bucal foi diferente entre as RAS, devendo ser ponderado e considerado pelos gestores. Observou-se uma melhor organização, priorização das necessidades e menor percentual de faltas na RAS Norte, mesmo assim algumas unidades não atualizavam os dados de sua demanda reprimida ficando prejudicadas em relação as que estavam com os dados em dia, ressaltando assim o fato de que o bom funcionamento da atenção secundária depende muito de uma atenção básica estruturada e resolutiva, onde as unidades são bem geridas. As informações sobre a demanda reprimida deixam evidentes as necessidades de intervenção quanto ao aumento ao acesso à oferta de vagas especializadas. Dessa forma é importante pautar-se o papel das Equipes de Saúde Bucal para que estas possam melhorar o acesso aos serviços de saúde com priorização das necessidades (Rocha & Goes, 2008). Importante ainda citar que os resultados estatísticos não mostraram nenhuma correlação entre o coeficiente de DR por 100 habitantes e as variáveis socioeconômicas e de condição de vida para as regiões de saúde norte e sudoeste, ou seja, não se levou em consideração nenhum fator para a distribuição de vagas em relação a demanda reprimida em nenhuma das regiões de saúde estudadas.

Quanto às informações de referência e contra-referência, os pacientes recebiam uma guia de encaminhamento onde deveria ser preenchida a contra referência ao término do tratamento especializado e devolvida no CS para a ESB. Na região Norte, na especialidade de endodontia, o controle do paciente que foi referenciado pelo CS é feito pelas ASBs, as quais anotam o nome e data do procedimento realizado, mas não anotam o número da ficha individual (FI) ou o número da ficha familiar (FF) deste paciente, sendo necessário

acessar a agenda SOL com o número do ticket deste paciente para se verificar a contra-referência. Como o sistema SOL permite acessar todos os pacientes que foram agendados para tratamento especializados, utilizou-se esta agenda para contatar esses pacientes e verificar a contra-referência numa amostra que representasse as RASs Norte e Sudoeste. Em um primeiro momento, a verificação da contra-referência seria feita uma a uma, mas como a identificação dos pacientes na CS se dá por número e este não consta na agenda, só com o número do ticket a verificação um a um no sistema ficaria inviável. Deste modo, através de questionário aplicado por telefone verificou-se a resolutividade dos tratamentos referenciados, a qualidade do atendimento, o tempo de espera e as razões para faltas/desistência ou não retornos.

A maioria dos usuários realizou os tratamentos especializados agendados sendo 78,62% dos pacientes da região Norte e 51,61% da Sudoeste e todos estes disseram que foram bem atendidos e esperaram menos de 1 mês para serem atendidos. Em relação aos pacientes que não realizaram o tratamento a maioria foi por falta. Portanto, o motivo falta foi relativo ao esquecimento ou qualquer outro fator de menor importância, como mal tempo ou compromisso de última hora, o que está de acordo com o encontrado por Almeida et al. (2009), os quais discutiram os motivos que levaram os pacientes a faltar em consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto/SP, sendo o esquecimento prevalente apontado por 59,1%, compromissos com o trabalho foi alegado por 13,6% e horário inadequado e outros motivos, não citados no questionário, foram citados 4,5% em cada.

Contudo, o que parece importante discutir fora algumas razões menos óbvias relatadas na região Sudoeste como 29 pacientes que não sabiam da

consulta, pois não foram avisados e 10 pacientes que não estavam esperando a vaga para tratamento especializado e/ou nem mesmo tinham feito qualquer tratamento odontológico pelo SUS, somando 43,3% do total de pacientes que não realizaram o tratamento. Esse é o ponto mais crítico dos dados encontrados, pois demonstra o descumprimento de princípios básicos da gestão pública, especificamente a organização da demanda, não estando correto que tantas vagas para o agendamento das referências sejam perdidas por faltas dos pacientes, pacientes não avisados, pacientes inadvertidamente incluídos nas referências ou burla do sistema, com inserção de nomes repetidos para reserva de vagas para CS específicas, o que possivelmente tenha culminado no alto percentual de faltas (23,6%) e baixa correlação da demanda atendida com a equidade. Portanto, sugere-se que haja uma discussão crítica nessa RAS para que haja uma readequação do modelo de gestão da atenção secundária.

Importante citar que a maioria dos usuários retornou ao CD da ESF de origem, demonstrando boa resolução da contra-referência. As justificativas para o não retorno foram falta de tempo ou procura por dentista particular (tabela 17).

7- Conclusões

Conclui-se que o modelo de gestão com ou sem a instalação do CEO não influenciou na distribuição das referências da atenção secundária em saúde bucal quando se comparou as duas RAS da cidade de Campinas. Houve claras inconsistências nas distribuições dos atendimentos de referência, bem como da demanda reprimida por CS, quando se observavam os valores absolutos e os coeficientes de atendimento especializado geral e de endodontia por grupo de 100 habitantes em ambas as RAS. Contudo, verificou-se que a Região Norte, onde o agendamento passa pelo crivo do gerente de saúde, as discrepâncias são menos evidentes, havendo uma correlação dos coeficientes de demanda atendida em relação às variáveis socioeconômicas, demonstrando um maior compromisso com a integralidade e equidade. Ao analisar-se a qualidade da referência e contra-referência, verificou-se que a grande maioria dos usuários das duas RASs realizou o tratamento especializado, retornou ao CD da ESB de origem, foram bem atendidos, contudo na RAS Sudoeste algumas razões para o não comparecimento ao tratamento foram não convencionais (não esperavam atendimento, não foram avisados e outros) e deveriam ser analisados no contexto administrativo pelos gestores das RASs.

Referências*

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Gerência-Geral de Tecnologia em serviços de Saúde Glossário. Endereço eletrônico: www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/inaiss/GLOSS%C1RIO.doc (acesso em 02/2011).
2. Alvarez, R.B. Remission de pacientes en una unidad regional de salud. Bol Of Sanit Panam., v. 99 (1) p. 10-24. Colombia, 1985.
3. Alves, V.S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, 9(16): 39-52.
4. Araújo, E.C. A Referência e Contra-Referência e a Reorganização dos Serviços: da Atenção Primária a um Novo Modelo de Cuidado à Saúde. Salvador 1988, 210 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
5. Assis, M M A; Villa, T C S; Nascimento, M A A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc. saúde coletiva* 2003, vol.8, n.3, pp. 815-823. ISSN 1413-8123.
6. Associação Brasileira de Odontologia (ABO). Brasil ganha mais 24 Centros de Especialidade Odontológica. [Acesso 2010 set. 26] Disponível em: http://abodf.org.br/new_portal/index.php/odontologia/101-brasil-ganha-mais-24-centros-de-especialidade-odontologica.
7. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:709-17.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

8. Brasil, Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá
9. outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990, seção1, p.18055-9.
10. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto consolidado até a emenda 53 de 19 de dezembro de 2006. Brasília; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº17: Saúde Bucal. Brasília; 2006. (MS. Normas e Manuais Técnicos).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de saúde Bucal. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal, Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília, 1988. 137p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599 GM.de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília. 2006.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: INCA; 2003. v3, p.193
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília; 2004a.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília. 2004b.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010, NOTA PARA A IMPRENSA. Brasília, 2010a.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Números da Saúde da Família. [Acesso 2010b set 21] Disponível em: <[HTTP://200.214.130.135/dab/abnumeros.php#numeros](http://200.214.130.135/dab/abnumeros.php#numeros)>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Centros de Especialidades e Laboratórios de Prótese. [Acesso 2010c set 21] Disponível em: <<http://200.214.130.35/dab/cnsb/especialidades.php>>.
20. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. SUS em Campinas. Atenção à Saúde. Áreas da assistência. Área de Saúde Bucal. Situação atual. [Acesso 2010a set 26]. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>>.
21. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. SUS em Campinas. Estrutura do SUS. [Acesso 2010b set 26]. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>>.
22. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. SUS em Campinas. Unidades básicas de Saúde. [Acesso 2010c set 26]. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>>.
23. Chaves SCL et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev Saude Publica 2010;44(6): 1005-1013.
24. Costa JD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. Rev Saúde Pública 1997; 31:360-9.

25. Deitos, A R; Avaliação na Atenção Especializada em Saúde Bucal. [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Odontologia de São Paulo, 2009.
26. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
27. Ferreira, R.A. Em queda livre? *Rev Assoc Paul Cir Dent*, São Paulo, v52, n.2, p.104-10, mar./abr. 1998.
28. Figueiredo, N; Goes. P S A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, Camaragibe, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.25 n°.2 Rio de Janeiro Feb. 2009
29. Fratini, JRG. Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde. Dissertação de mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho; Universidade Vale do Itajaí, Centro de Ciências e Saúde 2007.
30. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli, A. Referência e Contra-Referência: Contribuição para a Integralidade em Saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*; 7(1) 2008.
31. Frederico Neto, F. Referência e Contra-Referência das crianças em Creches e Serviços de Saúde na Região Santana-Tucuruvi, Município de São Paulo. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina 1999.
32. Juliani, CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev. Esc. Enf. USP*, 33(4); p.323-33; dez. 1999.

33. Leal RB, Tomita NE. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:155-60.
34. Lefèvre F, Lefèvre, AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.
35. Lopes WO. Integralidade na Perspectiva da Referência e Contra-Referência com Famílias e Pacientes após a Alta Hospitalar. Dissertação de mestrado, Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2008.
36. Manfredini, M A. Planejamento em Saúde bucal. *In*: PEREIRA, A.C. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap.3, p.50-63.
37. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:237-43.
38. Matos DL, Lima-Costa MFF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular dos serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:661-8.
39. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):819-32.
40. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *British Dental J*. 2001;191(12):666-70.
41. Narvai PC. *Odontologia e Saúde Coletiva*. São Paulo. HUCITEC; 1994.
42. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Pública* 2006; 19:385-93.

43. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
44. Oliveira C, A importância das guias de referência e contra-referência para usuários e sistema de saúde. Publicado 11/03/2010 em <http://www.webartigos.com>
45. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). “Extensão da Cobertura dos Serviços de Saúde mediante o Uso das Estratégias de Assistência Primária e Participação da Comunidade.” 4ª Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, Washington, 26-27 de setembro de 1977.
46. Pinheiro RS, Torres, TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciencia e saúde coletiva*, 2006; 11(4): 999-1010.
47. Pinheiro RS, Travassos CM. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:487-96
48. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:687-707.
49. Pinto, R S; Matos, D L. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 0224/2010.
50. Pinto, V.G. Planejamento. *In: PINTO, V.G. Saúde bucal coletiva*. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000. Cap.1, p.9-30.
51. Rocha, R A C P R; Goes, P S. A 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* vol.24 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2008.

52. Santos, L. Saúde: Conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. Jus navigandi. 2005;9(821) [acesso 2010 set 26]. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7378&p=1>>
53. São Paulo (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Perfil Municipal. Campinas. Disponível em: <<http://www.seade.sp.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em: 26 set. 2010.
54. SAS Institute Inc. The SAS system, release 8.02 [CD-ROM]. Cary: SAS Institute Inc.; 2001.
55. Serra CG, Rodrigues PH. Estratégias de Saúde da Família e o sistema de referência e contra-referência (Relatório de Pesquisa): Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2007.
56. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil/ Ministério da Saúde; 2004. p. 365-415.

ANEXOS



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Referência e contra-referência na atenção secundária em Odontologia na cidade de Campinas, SP, Brasil**", protocolo nº 073/2010, dos pesquisadores Fabiana de Lima Vazquez e Antonio Carlos Pereira, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 01/10/2010.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Reference in dental health specialized attention in Campinas, SP, Brazil**", register number 073/2010, of Fabiana de Lima Vazquez and Antonio Carlos Pereira, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 10/01/2010.

Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.