

WELLINGTON MENYRVAL ZAITTER

**ACESSIBILIDADE DO PACIENTE À CLÍNICA DE ESPECIALIDADES
DE ENDODONTIA: ESTUDO DIRIGIDO DOS INSCRITOS AGUARDANDO EM
FILA DE ESPERA, NOS DISTRITOS DE SAÚDE BOA VISTA E CAJURU DO
MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR**

São Paulo
2009

Wellington Menyrval Zaitter

**Acessibilidade do paciente à clínica de especialidades
de endodontia: estudo dirigido dos inscritos aguardando em fila de
espera, nos distritos de saúde Boa Vista e Cajuru do Município de
Curitiba-PR**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia
da Universidade de São Paulo, para obter o
título de Doutor pelo Programa de Pós-
Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Edgard Michel Crosato

São Paulo
2009

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Zaitter, Wellington Menyrval

Acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de endodontia: estudo dirigido dos inscitos aguardando em fila de espera, nos distritos de saúde Boa Vista e Cajuru do Município de Curitiba-PR/ Wellington Menyrval Zaitter; orientador Edgard Michel Crosato. -- São Paulo, 2009.

83p.; 30 cm.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de Concentração: Odontologia Social) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Acesso ao serviço de saúde – Endodontia (Curitiba(PR)) 2. Odontologia Social

CDD 380
BLACK D584

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADA AO AUTOR A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura:

E-mail:

FOLHA DE APROVAÇÃO

Zaitter WM. Acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de endodontia: estudo dirigido dos inscritos aguardando em fila de espera, nos distritos de saúde Boa Vista e Cajuru do município de Curitiba-PR [Tese de Doutorado]. Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço os professores do Departamento de Odontologia Social e Legal da USP-SP pelas orientações e estímulo.

Aos colegas do doutorado pela amizade e companheirismo.

Ao professor orientador Dr. Edgard Michel Crosato pelo apoio, amizade, compreensão, confiança e por compartilhar seus preciosos conhecimentos.

Um agradecimento especial ao Prof. Dr. Moacyr da Silva e Prof. Dr. Edgard Crosato, pelo respeito, pelas oportunidades dadas a minha vida acadêmica, compreensão, paciência e principalmente pela amizade.

À minha querida esposa Carmencita Castilho Zaitter e filhos Rafael Henrique Castilho Zaitter e Felipe Eduardo Castilho Zaitter pela compreensão, carinho e apoio incondicionais, quando abriram mão dos preciosos momentos de convívio, o meu reconhecimento.

Aos meus pais Menyr Zaitter e Valdami Barbosa Zaitter (in memoriam), que deles recebi o Dom mais precioso do universo: a vida. Já por isso seria infinitamente grato. Mas vocês não se contentaram em presentear-me apenas como ela; revestiram minha existência de amor, carinho e dedicação.

A minha família pelo apoio, compreensão, paciência e carinho que tiveram por mim, nesta etapa da minha vida acadêmica.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR por oportunizar esse trabalho, minha gratidão.

A todos que de alguma maneira contribuíram para esse êxito profissional, minha gratidão e respeito.

Zaitter WM. Acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de endodontia: estudo dirigido dos inscritos aguardando em fila de espera, nos distritos de saúde Boa Vista e Cajuru do município de Curitiba-PR [Tese de Doutorado]. Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

RESUMO

Inquéritos nacionais de saúde bucal indicam que uma parcela da população brasileira nunca passou por uma consulta com o cirurgião-dentista. Os motivos são variados, desde a falta de percepção desta necessidade até mesmo a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. No Brasil o atendimento odontológico predominante é através do Sistema Único de Saúde que tem nas unidades básicas de saúde a porta de entrada a diversos serviços. Através da consulta odontológica o paciente é referendado a especialidades, entre elas a endodontia. Esse estudo teve como objetivo avaliar a acessibilidade dos pacientes inscritos em fila de espera na especialidade de endodontia em duas unidades de saúde de Curitiba-PR. Foi realizado um estudo qualitativo e quantitativo, descritivo e exploratório com coleta de dados através de relatórios e também observada à movimentação do número de inscritos em tal especialidade numa determinada unidade de saúde e em outra realizada intervenção na fila de espera. Como resultado houve um redução de 95% no total de inscritos aguardando em fila de espera para a especialidade de endodontia, na unidade básica de saúde Pilarzinho e de 88% na unidade do programa de saúde da Família São Domingos, que tiveram intervenção na fila, no período de março a julho de 2008. Como conclusão, apontamos para a necessidade de melhorar a resolutividade dos profissionais que atuam na atenção básica,

intervenção periódica na fila de espera, de triagem e agendamento da consulta especializada e da descentralização baseada na proximidade geográfica do Centro de Referência.

Palavras-chave: Endodontia, Acessibilidade, Triagem, Absenteísmo.

Zaitter WM. Accessibility of the patient to the clinic of endodontics specialties: study directed of the inscribed ones waiting in queue, the districts of health Boa Vista and Cajuru of the city of Curitiba-PR [Tese de Doutorado]. Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

ABSTRACT

Oral health national inquiries indicate that a part of Brazilian population has never been attended by a surgeon-dentist. The reasons are diverse, from lack of perception of this need to even difficulty in accessing health services. In Brazil the main dental care is provided by the SUS – Sistema Único de Saúde (Health Exclusive System), which has the basic health units as the entrance to diverse systems. Through the dental consultation the patient is sent to a dental specialty, among which is Endodontics. This study objective is to evaluate the accessibility of inscribed patients in the waiting line in Endodontics specialty in two health units in Curitiba – PR. It was developed a qualitative and quantitative study, descriptive and explorative with collection of data from reports. It was also observed the variation in inscription numbers to Endodontics in one of the health units; an intervention in the waiting line was made in the other health unit. As a result there was a 95% reduction in the total number of inscribed patients expecting in the waiting line for endodontic treatment in the health unit Pilarzinho; there was also an 88% reduction of the same aspect in the unit São Domingos (Family Health Program), which had suffered intervention in line from March to July 2008. As a conclusion we appoint the need of improvement in the optimization of professionals who work in basic services, the periodical intervention in the waiting lines as well as in the examinations and booking to

specialty attendance, and also the decentralization based on geographical proximity from the reference center.

Key-words: Endodontics, Accessibility, Selection, Absenteeism.

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Total geral de inscritos aguardando em fila de espera – código 1583 - odontologia/ endodontia – sms/ Curitiba – 2008	44
Tabela 5.2 - Total de inscritos aguardando em fila de espera – código 1583 - odontologia / endodontia das uss básicas do distrito sanitário boa vista março – agosto/2008-	44
Tabela 5.3 - Total de inscritos aguardando em fila de espera – código 1583 - odontologia / endodontia das us.s. Esf do Distrito Sanitário Cajuru-março – agosto/2008.....	45
Tabela 5.4 – Agendamento dos pacientes de triagem para a especialidade de endodontia que estavam aguardando em fila de espera - Unidade de Saúde Pilarzinho – março/08	46
Tabela 5.5 – Vagas ofertadas pelo ceo rosário após triagem da U.S. Pilarzinho – dsbv - especialidade: endodontia	47
Tabela 5.6 – Total de pacientes inscritos aguardando em fila de espera para a especialidade de endodontia – código 1583 - odontologia / endodontia – março/2008 - Unidade de Ssaúde São Domingos / PSF - DSCJ...	47
Tabela 5.7 – Vagas ofertadas pelo ceo rosário na especialidade de endodontia para pacientes de triagem da U. S. SÃO DOMINGOS/ PSF – DSCj - semana de 26 a 30 de maio/08.....	48
Tabela 5.8 – Análise dos motivos que levaram os pacientes a faltarem às consultas da especialidade de endodontia após o agendamento da consulta – U.S. BÁSICA PILARZINHO.....	499

Tabela 5.9 = Análise dos motivos que levaram os pacientes a faltarem às consultas da especialidade de endodontia após o agendamento da consulta – U.S. ESF. SÃO DOMINGOS.....49

SUMÁRIO

	p.
1	INTRODUÇÃO 12
2	REVISÃO DE LITERATURA 21
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 25
2.2	FILA DE ESPERA 27
2.3	ESTRATÉGIAS BASEADAS NO CONTROLE DA DEMANDA 30
2.3.1	Protocolos 30
2.3.2	Priorização do Paciente..... 31
2.3.3	Mutirão 32
2.4	CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS (CMCE) 32
2.5	MODELO DE ASSISTÊNCIA DE SAÚDE BUCAL DE CURITIBA-PR 33
2.6	ABSENTEÍSMO 35
2.7	CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA..... 36
2.7.1	Considerações sobre o PSF em Curitiba-PR 38
3	PROPOSIÇÃO 39
4	MÉTODO 40
4.1	TIPO DE ESTUDO 40
4.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO 40
4.3	SELEÇÃO DA AMOSTRA..... 40
4.4	ANÁLISE DOS DADOS..... 41
4.5	CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO 41
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 42
5	RESULTADOS 44
5.1	ANÁLISE QUALITATIVA DOS FALTANTES..... 49
6	DISCUSSÃO 50
7	CONCLUSÃO 61
	REFERÊNCIAS 64
	ANEXOS 71

1 INTRODUÇÃO

Apesar de reconhecida a importância da Saúde Bucal, uma parcela importante da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos. Os problemas odontológicos constituem-se no terceiro motivo de procura por serviços de saúde. No Brasil, cerca de 50 por cento da população tem acesso freqüente à assistência odontológica, 30 por cento tem acesso irregular e 20 por cento nunca foram ao cirurgião dentista (SHIROTA, 1998).

A disponibilidade de dados estatísticos é, ainda, limitada. Como referência, conta-se com os inquéritos nacionais de saúde bucal no período de 1986 e 1996. Em 2000, iniciou-se outro, mais detalhado, coletando, além de informações sobre o sexo, idade e local de residência, dados informativos sobre a situação sócio-econômica e acesso aos serviços de saúde bucal, exame odontológico e avaliação da necessidade de tratamentos (OLIVEIRA, 1998).

Outros dados estatísticos revelam que dos vinte por cento de brasileiros que nunca foram ao cirurgião dentista, o motivo mais freqüentemente declarado foi o da não percepção desta necessidade (SHIROTA, 1998), uma informação que deverá ser cuidadosamente avaliada, uma vez que isso contribui para a procura dos serviços de saúde, tanto particulares como públicos, sendo um dos fatores de maior conscientização da população, bem como um direito constitucional.

Em relação ao acesso aos serviços odontológicos, o atendimento predominante é através do Sistema Único de Saúde (SUS), que detém um papel proporcionalmente reduzido se comparado aos serviços de atendimento médico (PNAD, 1998), ficando o atendimento odontológico numa proporção muito mais alta

de atendimentos financiados por recursos próprios do indivíduo, e um número muito menor de atendimentos financiados por planos de saúde e pelo SUS (IBGE, 2000).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, afirmativa que é complementada pela Lei 8080/90, que regulamenta as diretrizes do SUS, e a qual garante o acesso universal da população aos serviços de saúde, e devendo estar, portanto, à disposição de todos os cidadãos, independentemente da sua condição sócio-econômica, religiosa, cultural ou política, não podendo haver barreiras para alcançar esse fundamento constitucional.

O conceito de acesso aos serviços de saúde é, ainda, bastante discutido (FRENK, 1985; PENCHANSKY; THOMAS, 1981), e implica na garantia do ingresso sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza.

Algumas barreiras ao atendimento bucal estão sendo estudadas, a exemplo do que é publicado no documento “Melhorando o acesso a saúde bucal” (COHEN, 1987). Tais barreiras podem ser classificadas em três categorias: as relacionadas ao indivíduo, à prática profissional e à sociedade.

As barreiras relacionadas ao indivíduo são, respectivamente: a) a baixa percepção do indivíduo quanto à necessidade de atendimento/tratamento; a ansiedade associada ao tratamento odontológico, que tem sido relatada por muitos pacientes como condição geradora de estresse e ansiedade (MORAES; COSTA JÚNIOR; ROLIM, 2004; POSSOBON; CAETANO; MORAES, 1998), relacionada à sensação de ter parte de seu corpo físico invadida sendo interpretada, pelo indivíduo, como uma situação ameaçadora (KLATCHOIAN, 2002). Outra barreira que comumente impede o indivíduo de procurar atendimento ou tratamento é o medo. Segundo Nathan (2001), esse sentimento parece interferir no comportamento

de grande parte dos indivíduos que buscam atendimento odontológico, devido, à crença de que serão submetidos a algum tipo de desconforto durante o tratamento, ou por ter um estranho mexendo na sua boca (COSTA; MORAES, 1994). Essa crença pode também, em muitos casos, provocar a esquiva do indivíduo ao atendimento odontológico. Além dessas barreiras, existem, ainda, aquelas relacionadas aos custos financeiros e à dificuldade de acesso a estes serviços.

No que diz respeito às barreiras envolvendo a prática profissional, podem ser relacionadas a inadequação dos recursos humanos, a formação profissional inadequada e a má distribuição geográfica dos serviços.

Quanto às barreiras que dependem da Sociedade, órgãos públicos, governos municipais, estaduais ou federal, organizações não governamentais podem ser relacionadas ao número insuficiente de ações de promoção à saúde, instalações inadequadas dos serviços e o reduzido apoio financeiro à pesquisa. Também podem ser incluídas as características demográficas e geográficas, bem como o tempo despendido para o acesso ao local do atendimento.

A importância na identificação dessas barreiras responde à necessidade de se atingir clientela específica e a de se sondar grupos ainda não alcançados pelos serviços de saúde (FINCH; KEEGAN; WARDK, 1988). Salientam-se, aqui, questões fundamentais, tais como equidade, integralidade, humanização, acesso e qualidade da atenção.

A partir dos resultados do último levantamento em Saúde Bucal (SB-Brasil) ficou evidente a necessidade da organização da média complexidade em odontologia, tentando corrigir essas distorções na aplicação dos recursos e da efetivação de novas ações para garantir a ampliação do acesso e qualificação da atenção dentro dos serviços ofertados pelo SUS, incentivou-se, como estratégia, o

funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) (BRASIL, 2006).

Apesar dos esforços, o acesso a esses serviços ainda permanecem graves, resultando na demora e, conseqüentemente, em filas de espera para o seu atendimento.

As filas de espera organizam o acesso num princípio igualitário protegendo, assim, a prioridade daqueles que chegam antes (MILGRAN et al.,1986). Esse princípio é sintetizado, na perspectiva da matemática, pela expressão FIFO, ou “*first in, first out*” (quem chega antes deve ser atendido antes), embora em certos ambientes a ordenação do atendimento seja garantida pela urgência, privilégios especiais para gestantes, pessoas com mais de 65 anos, ou aquelas com necessidades especiais ou pelo tipo do serviço demandado.

Muito mais que uma convenção social, que depende de um conhecimento compartilhado dos padrões de comportamento apropriado, as filas de espera podem ser classificadas em presenciais e não presenciais. As presenciais exigem algum comportamento específico, como o de ficar em pé, atrás dos usuários que chegaram antes; já as não presenciais dispensam a presença física do usuário que, muitas vezes, sequer tem informações sobre o processo de atendimento, como o tempo previsto de espera ou o número de pessoas à sua frente, os chamados “tele-filas” (ZOHAR; MANDELBAUM; SHIMKIN, 2002), ou ainda as centrais de marcação de consultas.

No município de Curitiba-PR, criada em 1994 com o objetivo de organizar e controlar a oferta e a utilização das consultas especializadas dos serviços vinculados ao SUS, foi inaugurada a Central de Marcação de Consultas Especializadas, que se caracteriza por ser uma fila não presencial. Se após o atendimento básico

odontológico é identificada pelo cirurgião dentista a necessidade de um atendimento de maior complexidade, o usuário é encaminhado para a consulta especializada através desta Central de Marcação de Consultas Especializadas, permanecendo na fila de espera aguardando pelo agendamento, sendo a unidade geradora da consulta responsável por esse agendamento.

Esta situação de não ser observada uma fila presencial poderá suscitar, no usuário, uma sensação de descaso, humilhação ou impotência diante deste processo. Para Goffman (1975) tal situação leva o usuário a se sentir como sendo apenas um número, ou mesmo suscitar nele a sensação de estar sendo preterido, uma vez que outras pessoas estão sendo agendadas na sua frente.

Cooley (2003) enfatiza que a intrusão de pessoas em filas de espera representam ultrajes morais ou perdas individuais. Miller (2001) e Moscovici (2003) relatam que o usuário, ao presenciar a intrusão de outro indivíduo na fila ao lado, tende a não se sentir incomodado, pois isso não iria interferir no andamento da sua própria fila de espera. Nas filas de espera não presenciais, com as da Central de Marcação de Consultas Especializadas, o usuário, quando é inscrito, conhece a sua posição, na fila, através do número da ordem atual da fila, sabendo, portanto, quantas pessoas o antecedem para atendimento.

Scheff (1999) destacou, ainda, o fato de que presenciar a violação de uma norma social tende a gerar um efeito de normalização, ou seja, os observadores buscam dar interpretações que sejam condizentes e justificativas, como, por exemplo, a priorização, para explicar os comportamentos inesperados dos atores, ou mesmo a acreditar de que houve um bom motivo para isso (MILGRAM; SABINI; SILVER, 1992).

Schmitt, Dubé e Leclerc (1992) relatam ser de fundamental importância para o gestor assegurar que a responsabilidade pela organização da fila de espera não seja delegada para os próprios usuários, mas, sim, para o serviço de atendimento.

Dados de março de 2008 do relatório Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba apontam que o total de inscritos aguardando em fila de espera para o código 1583, orientação odontologia, “endodontia”, registrava 10.817 usuários para uma média 610 vagas disponíveis para essa especialidade/mês, com um tempo de espera entre 5 a 11 meses.

Na impossibilidade de se conseguir marcar uma consulta pela via regular, a central de marcação de consultas especializadas, aliado ao elevado tempo de espera, parece ser natural que aqueles usuários que possuam algum recurso ou outras formas de acesso solucionem o seu problema buscando alternativas no atendimento particular e em outros serviços, deixando, muitas vezes, de comunicar a Unidade Básica de Saúde ou a Estratégia de Saúde da Família que o seu problema já foi resolvido. Com isso, a Unidade Básica ou o ESF responsável pela sua inscrição e agendamento o mantém na fila de espera. aguardando o tratamento que não será mais necessário, mantendo, desta forma, os altos números de inscritos para atendimento.

No entanto, as Unidades de Saúde poderiam retirá-lo da fila oportunizando o acesso de outros, reduzindo o número de inscritos aguardando pelo agendamento. O tratamento endodôntico realizado pelo paciente não é a única maneira de retirá-lo da fila; outros eventos semelhantes costumam ocorrer e devem ser monitorados pelos serviços com o objetivo de manter a lista de espera atualizada, como ocorrência de óbitos, mudança de cidade ou endereço, realização do tratamento em

outro local ou a não necessidade do tratamento, ou seja, verificando periodicamente a validação da fila.

A elaboração de um protocolo para o encaminhamento para a especialidade, com critérios também colabora significativamente para a redução da fila de espera (Recomendações para referência e contra-referência aos CEOs-MS-2006 e Protocolo de encaminhamento SMS-2004).

Não há como buscar soluções cabíveis e de impacto para a questão da fila de espera sem antes dimensioná-la adequadamente, tendo, com isso, a noção do real tamanho do problema, para que se proponham soluções. Yates (2001) relatou que, na Inglaterra, o número de pacientes aguardando cirurgia de otorrinolaringologia nos últimos 50 anos manteve-se constante entre 100 a 150 mil; entretanto, o tempo de espera para cirurgia vem se reduzindo consideravelmente.

Outra alternativa é a idéia do mutirão, que é um esforço concentrado dos serviços no sentido de realizar uma quantidade maior de determinados procedimentos em um curto espaço de tempo. Em 1999, o Ministério da Saúde criou a Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas, destinada a organizar e custear mutirões de cirurgias. Desde então, tem ocorrido em todo país mutirões em várias especialidades médicas e odontológicas, para os quais foram escolhidos os problemas de saúde estratégicos e, principalmente, aquelas especialidades em que as filas de espera nos serviços públicos eram mais extensas e de maior relevância. Em abril de 2001, uma nova Portaria estabeleceu que as ações estratégicas fossem custeadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação-FAEC. Desde então, vários mutirões foram realizados com esses recursos. Nos últimos cinco anos o período de duração da campanha de mutirões vem sendo estendido através de Portarias, tendo triplicado o número de cirurgias eletivas; contudo, a sua adoção

como política permanente gerou distorções, pois vários serviços de saúde procuram se credenciar neste programa estratégico. Isto cria uma desproporção injusta na remuneração das especialidades e dos procedimentos, pois nem todos poderão ser contemplados.

A possibilidade de propor outras ações que modifiquem essa realidade, contribuindo para a melhor utilização dos recursos financeiros e humanos, maior satisfação da clientela usuária das unidades de saúde, oportunizando o seu acesso ao tratamento endodôntico, reduzindo o tempo de espera na fila e tentando conciliar o agendamento com sua necessidade de tempo são as principais razões de se propor essa pesquisa. Busca-se, ainda, determinar os motivos da falta do usuário às consultas especializadas após o seu agendamento e o crescente número de inscritos nas filas de espera, identificando soluções que venham a contribuir para que todos os serviços públicos com essas características ofereçam essa estratégia de atendimento especializado, beneficiando os usuários do sistema.

Com tais propósitos, estabeleceu-se como objetivo geral do estudo avaliar a acessibilidade dos pacientes inscritos aguardando em fila de espera na especialidade de Endodontia, no período de março a agosto de 2008, em duas Unidades de Saúde localizadas em dois distritos sanitários do município de Curitiba-PR. Para tal, as ações adotadas foram, respectivamente: a) Avaliar o fluxo de agendamento da consulta especializada; b) Avaliar o relatório dos inscritos em fila de espera aguardando atendimento no período de março a agosto de 2008; e c) Analisar as causas do absenteísmo na consulta da especialidade de Endodontia.

A sistematização adotada para desenvolvimento desta Tese foi, portanto, assim estruturada: no presente capítulo, Introdução, é apresentada uma visão geral do estudo, justificando-se a opção pelo tema desenvolvido e apontando-se os

objetivos que nortearam a realização do mesmo. No segundo capítulo - Revisão da Literatura - são abordados os temas pertinentes à luz da literatura consultada, buscando-se a fundamentação teórica necessária para melhor compreensão da temática. No terceiro capítulo – Proposição – são descritos os objetivos do estudo. No quarto capítulo - Método – é descrita a metodologia utilizada para desenvolvimento da pesquisa, apresentando-se a caracterização da amostra e dos procedimentos realizados. No quinto capítulo – Resultados – são apresentados os dados obtidos com a realização do estudo, os quais são discutidos e analisados no capítulo seguinte - Discussão - no qual se busca interpretar os resultados comparativamente à teoria pesquisada. Por fim, no último capítulo - Considerações Finais – são apresentadas as conclusões a que se chegou ao fim do estudo, delineando-se, ainda, algumas considerações com o intuito de contribuir para a melhoria dos processos de acessibilidade dos pacientes à clínica de especialidade em Endodontia atualmente em vigor nas Unidades de Saúde que serviram como espaço de observação e intervenção.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Estima-se que 20 por cento da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos ou nunca consultaram um cirurgião dentista. A disponibilidade de dados nacionais é limitada. Como referência, dispõe-se dos resultados obtidos a partir de inquéritos nacionais sobre saúde bucal realizados entre os anos de 1986 e 1996. O primeiro inquérito realizado em 1986 pela Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) do Ministério da Saúde, teve apoio do Instituto Econômico e Social da Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Os recursos financeiros limitados, para esse projeto definiram a abrangência geográfica (16 capitais), a população alvo e a abrangência do exame bucal. Foram realizadas em cinco macro regiões do país, incluindo criança de 06 a 12 anos, adolescentes entre 15 e 19 anos e adultos nas faixas etárias entre 35 a 44 anos e 50 a 59 anos. Os idosos não foram incluídos nesta etapa, pois a expectativa de vida ao nascer era de 65,5 anos.

O relatório deste inquérito aponta várias dificuldades para a sua efetivação, desde questões operacionais, como as dimensões do país, como dados para um planejamento governamental, diante da necessidade de tratamento odontológico pela população (OLIVEIRA, 1998). Dez anos depois, em 1996, com o Sistema Único de Saúde (SUS) já implantado, foi realizado o segundo inquérito, sob a Coordenação da Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, com o objetivo de verificar as alterações ocorridas no perfil de saúde bucal da população brasileira, tomando como referência o inquérito de 1986, e ações preventivas para o SUS, com a ampliação da abrangência geográfica (27 capitais da federação).

Os dois inquéritos não foram suficientes para a construção de um quadro sobre as condições de saúde bucal da população brasileira, pois representavam características dos subgrupos populacionais, não sendo representativo da população brasileira em geral.

Iniciado em 2000, outro inquérito sobre a saúde bucal foi realizado pelo Ministério da Saúde, dele constando, desta vez, além das informações sobre sexo, idade e local de residência, também dados sobre a situação sócio econômica e acesso aos serviços de saúde bucal, exame odontológico e avaliação de necessidade de tratamento (OLIVEIRA,1998). Estudos realizados no noroeste da Inglaterra revelaram que, aos três anos de idade, cerca de vinte e três por cento das crianças de áreas empobrecidas nunca haviam ido ao cirurgião dentista, o mesmo ocorrendo com apenas onze por cento das que residiam nas áreas mais ricas (ECKERSLEY; BLINKHORN, 2001). No Canadá, apenas três por cento das crianças de até cinco anos de idade nunca haviam ido ao cirurgião dentista (ISMAIL; SOHN, 2001). Estima-se que no Brasil cerca de noventa e um por cento das crianças de até três anos de idade pertencentes às classes sócio-econômicas mais pobres nunca foram ao cirurgião dentista.

Dados da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO, 2006) demonstram que o financiamento em Saúde, no Brasil, estagnou entre US\$ 120 e 150 dos recursos públicos *per capita*, o que representa um gasto de, na melhor das hipóteses, menos que R\$1,00 por dia por habitante. Este montante representa menos que do que o gasto público feito por países vizinhos como Chile, México, Argentina, Panamá, Costa Rica, dentre outros, e menos que 10% em relação ao Canadá e aos países europeus. Enquanto nos países desenvolvidos, de todos os gastos com saúde, no mínimo 70% são de orçamentos

públicos, no Brasil, quase 18 anos após a criação do SUS, apenas 45% dos orçamentos públicos são aplicados nos gastos totais com saúde, segundo o Relatório Anual da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2006, com dados relativos ao ano de 2003.

As desigualdades sociais associadas ao processo de exclusão social exercem grande impacto sobre a saúde das populações. Qualquer que seja o indicador de posição socioeconômica usado, como renda, classe social ou escolaridade, dentre outros, o resultado mostrará que em países com nível socioeconômico mais baixo a população apresentará mais problemas de saúde (MARMOT; FEENEY, 1997). Existem fortes evidências de que esse fenômeno também se estende à saúde bucal (WATT; SCHEIHAM, 1999).

Apesar de pouco estudadas nos países em desenvolvimento, as influências da situação socioeconômica na saúde bucal têm sido descritas como semelhantes àquelas relacionadas aos países desenvolvidos (KIESER; GROENEVELD, 1995).

Patussi et al. (2001) em estudo realizado na cidade de Brasília/DF, mostraram que comunidades caracterizadas por grande desigualdade social apresentam mais problemas de saúde bucal do que aquelas nas quais a desigualdade é menor, independentemente da riqueza da comunidade como um todo.

Os problemas odontológicos constituem-se no terceiro maior motivo de procura por serviços de saúde, no Brasil, e cerca de 50% da população tem acesso freqüente à assistência odontológica, 30% tem acesso irregular e 20% não tem acesso (SHIROTA, 1998). Segundo o mesmo autor, dos 20% de brasileiros que nunca foram ao cirurgião dentista o motivo mais freqüentemente relatado foi a não percepção da necessidade de tratamento.

Comumente indivíduos com baixa renda apresentam mais problemas de saúde bucal e se utilizam menos dos serviços públicos odontológicos quando comparados a indivíduos com maior renda (LOCKER; FORD, 1996). A condição socioeconômica tem um forte impacto sobre a percepção da necessidade atual de tratamento dentário (WATT; SCHEIHAM, 1999).

Um dos objetivos dos serviços públicos odontológicos é o de reduzir as desigualdades, propiciando melhorias nas condições da qualidade de vida relacionadas à saúde para os indivíduos com nível socioeconômico mais baixo - que são mais vulneráveis às doenças bucais -, facilitando o seu acesso a estes serviços.

A partir dos resultados da pesquisa epidemiológica sobre as condições de saúde bucal da população brasileira, “SB Brasil”, em 2003, ficou evidente a necessidade da organização da média complexidade em odontologia. Os dados apontam para a gravidade e a precocidade da perda dentária, e para a desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos (BRASIL, 2006).

Para o acesso a esses serviços, o Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se de grande importância, porém com um papel proporcionalmente pequeno. Dados da pesquisa nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD), de 1998, mostraram que o atendimento odontológico se diferencia fortemente do atendimento médico, com uma proporção muito mais alta de atendimentos financiados pelo próprio bolso, do que pelo SUS (IBGE, 2000).

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O conceito de acesso a serviços de saúde é, ainda hoje, alvo de debates e discussões (FRENK, 1985; PENCHANSKY; THOMAS, 1981) e implica na garantia de ingresso no sistema de saúde sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza. O conceito de acesso varia entre autores, ao longo do tempo e de acordo com o contexto em que é empregado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Segundo Frenk (1985), o conceito de acessibilidade fundamenta-se na noção de complementaridade entre características da oferta de serviços e da população. A acessibilidade é resultante da relação funcional entre os obstáculos, a busca e obtenção de assistência (resistência) e a capacidade da população de superá-los.

A Constituição Brasileira, em seu artigo 196, estabelece que “a saúde é um direito de todos e um dever do estado” (BRASIL, 1998, 1990), afirmativa que é complementada pela Lei Orgânica 8080/90, que regulamenta as diretrizes do SUS, garantindo o acesso universal da população aos serviços de saúde. A universalidade no acesso aos serviços de saúde do SUS é garantida pela gratuidade, evitando-se, assim, que situações econômicas desvantajosas possam dificultar o seu alcance.

Seus princípios doutrinários são:

- **Universalidade** - que é a garantia de acesso a todo cidadão aos serviços e ações de saúde, independente de renda ou classe social;
- **Equidade** - que assegura ações e serviços de todos os níveis de complexidade que cada caso requeira, independentemente de cor, idade, posição social que ocupe. Todo cidadão é igual perante o SUS e será

atendido de acordo com as possibilidades do sistema. Implica, ainda, que qualquer pessoa possa ter oportunidades justas para alcançar seu completo potencial de saúde (WHITEHEAD, 1990).

- **Integralidade** - que é o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos.

Os **princípios organizativos do SUS** são:

- **A regionalização e hierarquização** - onde os serviços devem ser organizados em áreas geográficas delimitadas e com a definição da população a ser atendida, envolvendo níveis de complexidade progressiva, proporcionando a ampliação da capacidade dos serviços oferecidos e possibilitando à população as mais variadas formas de assistência com os serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizada, sendo possível, dessa forma, conhecer melhor os problemas específicos de cada comunidade e possibilitar as ações necessárias.
- **Resolutividade** - que é a capacidade do serviço enfrentar e resolver, dentro de suas possibilidades, tanto problemas individuais como coletivos de saúde.
- **Descentralização** - que é a redistribuição de responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo.
- **Complementaridade do setor privado** - quando as instituições públicas forem insuficientes para dar conta da demanda de serviço.

2.2 FILA DE ESPERA

A fila de espera, em serviços de saúde, constitui-se em uma lista de pacientes que necessitam de um mesmo tratamento. Ocorre comumente em situações nas quais a demanda é maior que a oferta e constitui-se em uma etapa inevitável em inúmeras situações da vida urbana e na assistência à saúde, cumprindo a função de organização, podendo, também, ser considerada como um sistema social específico (MANN, 1969; MILGRAM et al., 1986; SCHMITT; DUBÉ; LECLERC, 1992).

Ela poderá, também, ser compreendida como um cenário de comportamentos, na psicologia (WICKER, 1979), uma organização espacial distinta (MANN; TAYLOR, 1969), uma metáfora para a organização da sociedade como um todo (SCHWARTZ, 1975), um termômetro cultural (HALL, 1977) ou um mero ambiente para se coletar dados.

As filas de espera organizam o acesso num princípio igualitário, uma vez que não há como se atender ao mesmo tempo certo número de pessoas, protegendo assim a prioridade dos que chegam antes (MILGRAM et al., 1986). Esse princípio é sintetizado na matemática pela expressão FIFO, ou "*first in, first out*" (quem chega antes deve ser atendido antes), embora em certos ambientes a ordenação de atendimento seja garantida pela urgência, privilégios especiais ou tipo de serviço demandado.

O princípio "*first in, first out*" é baseado tanto no conceito de justiça distributiva, quanto no conceito de justiça processual. A distributiva refere-se ao modo como as pessoas avaliam a equidade da distribuição dos bens, isto é, cada

um acha que está recebendo o que merece, diante dos recursos disponíveis (DEUTCH, 1975) No caso de espera em filas, o recurso é o tempo investido pelo usuário, que é recompensado equitativamente, pela ordem de chegada, o que lhe garante a prioridade de atendimento, considerando que os usuários chegam em diferentes momentos.

A justiça processual refere-se à avaliação do processo adotado para distribuir os recursos a todos os envolvidos de uma forma consistente (THIBAUT; WALKER, 1975). O seu ponto central não é o saldo da distribuição dos recursos, mas se foi percebido como justo (FOLGER, 1977). Nas filas de espera esse conceito de justiça, além de ser um meio organizador de acesso, avalia a sua imparcialidade.

Alguns autores, como Goodwin, Smith e Verhage (1991) entendem haver um terceiro tipo de justiça, a interacional, que se preocuparia com a qualidade da interação das partes envolvidas, a exemplo da cordialidade e honestidade nas relações entre gestores e usuários.

A fila de espera é muito mais uma convenção social, que depende de um conhecimento compartilhado dos padrões de comportamento apropriado. Elas podem ser classificadas em presenciais e não presenciais.

As presenciais exigem algum comportamento específico, como o de ficar em pé, atrás dos que chegaram antes; já as não presenciais dispensam a presença física do usuário, que muitas vezes sequer tem informações sobre o processo de atendimento, o tempo previsto de espera, ou o número de pessoas à sua frente, os chamados “tele-filas” (ZOHAR; MANDELBAUM; SHIMKIN, 2002) ou ainda as centrais de marcação de consultas.

O marasmo no atendimento poderá representar, na percepção do usuário, como descaso, causando-lhe certa humilhação pela sua impotência diante do

processo. Goffman (1975) caracterizou esse usuário como apenas um número.

A garantia do atendimento prioritário, por exemplo, representa a introdução de uma mudança nas normas socialmente compartilhadas por usuários em fila de espera. Há casos em que se contestam o privilégio, quando a condição que os torna privilegiados no acesso não está relacionada diretamente com o desconforto de se permanecer em fila, gerando sentimento de injustiça, Cooley (2003) e Czwartosz (1988), enfatizam que a intrusão de outros indivíduos na fila de espera representam ultrajes morais ou perdas individuais. Miller (2001) e Moscovici (2003) assinalam que sentimentos de injustiça podem ocorrer mesmo quando as normas são rompidas não prejudicam, realmente, aquele que observa o evento. Por exemplo, ao presenciar uma intrusão na fila ao lado, o indivíduo considera algo que não interfere no andamento de sua própria fila.

Schmitt, Dubé e Leclerc (1992) relatam ser de fundamental importância para o gestor assegurar que a responsabilidade pela organização da fila não seja delegada aos próprios usuários, mas, sim, ao serviço de atendimento.

Não há como buscar soluções cabíveis e de impacto para a questão da fila de espera sem antes dimensioná-la adequadamente tendo, com isso, a noção do real tamanho do problema, para que se proponham soluções. Yates (2001) relatou que na Inglaterra o número de pacientes aguardando cirurgia de otorrinolaringologia nos últimos 50 anos manteve-se constante entre 100 a 150 mil, entretanto o tempo de espera para a cirurgia vem caindo consideravelmente.

O tratamento endodôntico do paciente não é a única maneira de retirá-lo da fila, outros eventos costumam a ocorrer e devem ser vigiados pelos serviços, no sentido de manter a lista atualizada, como: óbitos, mudança de cidade ou endereço, realização do tratamento em outro local ou a não necessidade do tratamento, ou

seja, a validação da fila.

2.3 ESTRATÉGIAS BASEADAS NO CONTROLE DA DEMANDA

2.3.1 Protocolos

As evidências empíricas mostram que os critérios que orientam os profissionais de saúde da atenção básica nas suas decisões e indicações de tratamento endodôntico não são homogêneas: são diferentes nas escolas ou regiões, o que resulta em diferenças de conduta e diagnóstico, refletindo-se no encaminhamento aos serviços especializados. Essas variações recebem a denominação de “variedades da prática médica” (FISCHER et al., 2003).

Se essas variações não se converterem em um padrão (homogêneas), poderão tornar-se, um problema, inclusive com a indicação inapropriada do tratamento (GERTMAN; RESTUCCIA, 1981) colaborando para o aumento de inscritos nas filas de espera.

As medidas destinadas a orientar os profissionais de saúde para estabelecer uma padronização no diagnóstico e encaminhamento são os protocolos. Esses guias poderão, substancialmente, se seguidos, reduzir as filas de espera.

A elaboração de um protocolo para o encaminhamento para a especialidade, na qual, após a avaliação do clínico da atenção básica é feita referência para a especialidade através dos critérios de encaminhamento, colabora significativamente

com a redução das filas de espera¹.

2.3.2 Priorização do Paciente

O Sistema de Priorização de Pacientes poderá reduzir a fila de espera (PINTO, 2000). A ordenação por necessidade clínica dos pacientes que aguardam um determinado atendimento, contribui para uma maior equidade ao acesso e à satisfação do usuário.

Os efeitos podem ser mais significativos se a priorização se basear sobre uma única lista, na qual se incluíssem todos os pacientes aguardando uma especialidade, em particular (LEWIS et al., 2000).

Os serviços de alguns países se utilizam de critérios exclusivamente clínicos para a sua priorização, normalmente, as urgências (BROWNING; THOMAS, 2001; RATCLIFFE, 2000). Outros combinam critérios sociais e urgência (HADORN; HOLMES, 1997; LACK; EDWARDS; BOLAND, 2000). Evidentemente este sistema de priorização conduz a uma ordenação de pacientes, diferentemente da ordenação em função do tempo de espera (LACK; EDWARDS; BOLAND, 2000). Outra forma de priorização seria aquelas aceitas pela sociedade, como idosos e portadores de necessidades especiais e gestantes que, apesar de ser uma forma legítima, não é, ainda, bem aceita (ESPALLARGUES et al., 2008).

¹ Conforme Recomendações para Referência e Contra-referência aos CEOs - MS-2006, e Protocolo de encaminhamento SMS-2004 - vide Anexos.

2.3.3 Mutirão

A idéia do mutirão, que é um esforço concentrado dos serviços no sentido de realizar uma quantidade maior de determinados procedimentos em um curto espaço de tempo, tem suporte do Ministério da Saúde, entidade que criou a campanha nacional de Cirurgias Eletivas, destinada a organizar e custear mutirões de cirurgias.

Neste sentido, quando se fala em mutirão, pensa-se em um número maior de tratamentos endodônticos realizados em um curto espaço de tempo, no intuito de aumentar a oferta da demanda que está reprimida.

Outras especialidades já estão habituadas à realização de mutirões (SANTOS et al., 2001; SILVEIRA, 2004) como a oftalmologia, que realizou o “mutirão da catarata”, e que no ano de 2003 atingiu a cobertura de 100% em relação à demanda existente pelo SUS.

Antunes et al. (2007) relata em seu estudo que diante da urgência na redução da fila de espera, da melhora na qualidade de vida dos pacientes e da satisfação dos usuários em terem seus problemas resolvidos, é importante incentivar a adoção de mutirões.

2.4 CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS (CMCE)

Criada em julho de 1994, com o objetivo de organizar e controlar a oferta e a utilização das consultas especializadas dos serviços vinculados ao SUS, foi

inaugurada a Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE) do município de Curitiba-PR, com o objetivo de controlar o fluxo de entrada de pacientes da rede especializada, a prestação de contas, o controle e a fatura apresentada com o número de consultas agendadas.

As Unidades Básicas de Saúde e as unidades do Programa de Saúde da Família passam a ser, efetivamente, a porta de entrada do sistema de marcação, necessariamente, através da consulta com o cirurgião dentista da atenção básica, para posterior encaminhamento, via central, à consulta especializada.

A CMCE facilitou o acesso à marcação, porém o sistema de saúde deparou-se com um outro problema: o absenteísmo, ou seja, o não comparecimento do usuário à consulta especializada agendada. Aliado a isso, a demanda reprimida, que é a grande procura *versus* a reduzida oferta de vagas.

2.5 MODELO DE ASSISTÊNCIA DE SAÚDE BUCAL DE CURITIBA-PR

A Constituição Federal de 1998 e a Lei Orgânica 8080/90 estabeleceram responsabilidades ao poder público, atribuindo novas funções à direção municipal, como as de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde.

Em 1991, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR promoveu a descentralização, estruturando-se, inicialmente, em sete regionais de saúde, fortalecendo a Unidade Básica como a porta de entrada do sistema, referência para a resolução de problemas de saúde e encaminhamentos para níveis de maior complexidade, que atualmente são divididas em nove regionais.

Com vistas a gerenciar o fluxo de usuários entre os serviços de saúde, estruturaram-se as centrais de ambulância, de leitos e de marcação de consultas.

Em 1998, no município de Curitiba, foi habilitada a gestão plena, conforme a NOB-SUS/96. A assistência odontológica, no município de Curitiba-PR, teve seu início na década de 1960, desenvolvida a partir do modelo preconizado pela Fundação de Serviços Especiais da Saúde Pública (FSESP) através do sistema incremental para escolares, sendo realizada em consultórios instalados em escolas municipais, com crianças na faixa etária entre 6 a 13 anos de idade, de forma escalonada e compulsória.

Em sua primeira fase, a iniciativa foi preventiva e educativa, buscando impedir a extensão dos agravos bucodentais, reduzindo sua incidência; a seguir, na segunda fase, o enfoque foi a restauração, procurando impedir o aumento da severidade e controlando a evolução da moléstia.

O sistema incremental constituiu-se em um método de trabalho que visava o completo atendimento dentário de uma dada população, eliminando as necessidades acumuladas e, posteriormente, mantendo-as sob controle, segundo critérios definidos de prioridades quanto à idade e problemas instalados (DINIZ, 1987; UCHÔA; SILVA; FREIRE, 1966).

Este modelo também incorporava visões da compreensão do direito à saúde, influenciando, assim, as possibilidades a serem consideradas nas políticas públicas de saúde, no Brasil. Foi, porém, criticado (DINIZ, 1987; NARVAI, 2002), por não haver um investimento no processo de educação sanitária, a não incorporação dos avanços científicos e técnicos no controle das doenças bucais e a exclusão de uma parcela significativa da população da assistência odontológica.

Neste período, foi editado um dos primeiros Planos Municipais de Saúde, no

qual as ações coletivas predominavam sobre as de caráter individual e curativo. Dentre as principais diretrizes propostas, destacavam-se: 1) zelar pela observância da legislação sanitária, promovendo a saúde pública em todo o município; 2) incentivar e desenvolver as atividades de saúde, saneamento, higiene e assistência médica sanitária, de acordo com o Decreto Municipal nº. 1184, de 28 de setembro 1964.

Em 1979, foi adotada a estratégia de simplificação de equipamentos e de trabalho em equipe, a partir da qual cirurgiões dentistas e auxiliares colocavam em prática o sistema incremental e potencializavam a cobertura do atendimento. Na assistência odontológica eram realizados todos os procedimentos básicos em odontologia, urgência e encaminhamentos para os centros de especialidades odontológicas (CEO).

2.6 ABSENTEÍSMO

Segundo o Novo Dicionário Aurélio (FERREIRA, 2004), absenteísmo significa falta ao trabalho, escola, etc., ou falta de assiduidade. Assim, a falta à consulta especializada agendada também se caracteriza como absenteísmo.

Um estudo norte-americano, com triagem da população e agendamento de consultas oftalmológicas nos casos selecionados, observou que apenas 41% de 1331 indivíduos agendados compareceram à consulta. Os autores ressaltam que, mesmo tendo sido ofertado transporte e consulta gratuita, as justificativas para o não comparecimento dos pacientes foram: não recebimento da marcação de consulta,

esquecimento, falta de transporte e falta de cobertura pelo plano de saúde (QUIGLEY et al., 2002).

Marcopito, Baruzzi e Snitcovsky (1998) relataram, em seu estudo, que 25% dos faltosos às consultas justificaram sua ausência por “esquecimento”. Hand, Levin e Stanziola (1990), definem que o absenteísmo pode ocorrer por duas razões, administrativa ou falta de compreensão das orientações a serem seguidas para o comparecimento à consulta.

Campanhas realizadas no próprio local da triagem mostraram maiores índices de comparecimento, porém menor capacidade de resolutividade dos problemas encontrados, segundo a conclusão do estudo “Campanhas de Promoção de Saúde Ocular: experiência do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre”, realizado no ano de 2007 (ARAÚJO; ZUCCHETO; FORTES FILHO, 2007).

Em pesquisa sobre o absenteísmo em especialidades médicas realizada pela Central de Marcação de Consultas Especialidades (CMCE) do município de Curitiba-PR, em 1975 , na qual foram confrontadas as agendas de marcação e o atendimento, o absenteísmo variou entre 24 a 36%, tendo como justificativa principal a distância entre a casa do usuário e a e a unidade de referência proposta.

2.7 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Na Constituição Brasileira, a equidade em saúde é considerada como o direito à igualdade no acesso aos serviços de saúde de forma gratuita, o que pressupõe não só uma divisão de recursos como orientação para a redução das

desigualdades sociais. Equidade é, antes de tudo, um princípio de justiça social (SENNÁ, 2002; TRAVASSOS, 1997; WHITEHEAD, 1992).

Whitehead (1990) relata que a equidade em saúde implica idealmente que qualquer pessoa possa ter oportunidades justas para alcançar seu completo potencial de saúde e, na prática, que se possam evitar desvantagens no alcance desse potencial.

Na América Latina, o produto das desigualdades sociais faz parte do cotidiano. Administrá-los em cidades e países é uma atividade de caráter complexo, tornando-se, com freqüência, extremamente problemático. Fleury (2002) destaca serem esses problemas decorrentes da convivência contraditória entre um ideal político e um ideal jurídico, baseados na igualdade entre os cidadãos, e da existência do maior nível de desigualdade no acesso à distribuição de riquezas e de bens públicos.

Rotulado no primeiro documento do Ministério da Saúde como Programa, no segundo documento (BRASIL, 1997) já é caracterizado como estratégia. Nas regiões com menor cobertura assistencial e com predomínio de populações pobres, em função dos PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PSFs terem sido considerados alternativas decisivas na atenção à saúde, fazendo-se severas críticas sobre suas características.

O Programa de Saúde da Família brasileiro tem sido identificado como um programa focado na população mais pobre e de baixa renda. Existem, também, discussões sobre a possibilidade real deste programa, de forma isolada, conseguir suplantar todas as contradições, dificuldades e limitações da atenção à saúde estabelecida na conformação de processos históricos amplos e complexos (JATENE, 2000).

Consideradas essas dimensões, torna-se fundamental que ações focais estejam incorporadas a uma política maior, que garanta suporte social e direitos universais. O PSF não se encontra isolado, pois participa de uma série de medidas de reforma do setor para o SUS, sofrendo os impasses de sua implementação (SENNÁ, 2002).

2.7.1 Considerações sobre o PSF em Curitiba-PR

O Programa Saúde da Família é um modelo de atenção à saúde que surge em Curitiba como parte do esforço de fazer avançar os propósitos descritos na Reforma Sanitária do Sistema Único de Saúde, buscando-se integrá-lo aos princípios da Universalidade, Equidade, Integralidade e Controle Social.

No seu último relatório anual, de 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) cita o Brasil como exemplo a ser seguido na atenção primária à saúde. Implantado desde 1988, esta estratégia já ofereceu acesso a 70% da população, segundo o mesmo documento.

Das 108 Unidades de Saúde da cidade de Curitiba, 53 delas atuam a partir desta estratégia, contando com 166 equipes de saúde da família e 139 de saúde bucal. Atualmente estão ingressando na estratégia, além de médicos, também cirurgiões dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e consultório odontológico, técnicos de Saúde Bucal, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas e nutricionistas.

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo do estudo foi avaliar a acessibilidade dos pacientes inscritos aguardando em fila de espera na especialidade de Endodontia, no período de março a agosto de 2008, em duas Unidades de Saúde localizadas em dois distritos sanitários do município de Curitiba-PR. Para tal, as ações adotadas foram, respectivamente: a) Avaliar o fluxo de agendamento da consulta especializada; b) Avaliar o relatório dos inscritos em fila de espera aguardando atendimento no período de março a agosto de 2008; e c) Analisar as causas do absenteísmo na consulta da especialidade de Endodontia.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa apresentada neste estudo configura-se como um estudo qualitativo e quantitativo, descritivo e exploratório.

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Constituída por um total de 10.863 usuários inscritos aguardando em fila de espera na especialidade de endodontia em março de 2008.

Foram analisadas duas Unidades de Saúde de dois Distritos Sanitários da cidade de Curitiba-PR, Boa Vista e Cajuru, devido à sua proximidade geográfica com a referência do Centro de Especialidades Odontológica Rosário, no período de março a agosto de 2008.

4.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Optou-se, por selecionar usuários inscritos aguardando em fila de espera de

dois Distritos Sanitários do município de Curitiba, Boa Vista e Cajuru, sendo uma Unidade Básica do distrito Boa Vista (Pilarzinho), e outra da estratégia Saúde da Família (São Domingos), do distrito Cajuru, tendo em vista a semelhança do perfil sócio-demográfico, do alto número de pacientes inscritos na fila de espera em comparação com as outras unidades básicas e saúde da família dos distritos selecionados, além da proximidade geográfica com o centro de especialidades.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

O estudo se fundamentou em uma análise do relatório mensal “Total de Inscritos aguardando em Fila de Espera”, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/Pr, orientação 1583 - odontologia/endodontia, das duas unidades eleitas dos distritos sanitários anteriormente mencionados, sendo que uma delas foi utilizada apenas como local de observação da movimentação do número de inscritos e a outra como espaço de intervenção.

4.5 CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO

A intervenção consistirá na realização de uma triagem (pré-avaliação) prévia com todos os **259** pacientes inscritos para a especialidade Endodontia das unidades selecionadas para esse estudo, sendo 198 na US Pilarzinho e 51 na Unidade

Estratégia da Família São Domingos, com o objetivo de examinar o elemento dentário segundo as normas do protocolo de encaminhamento das especialidades odontológicas da SMS (Anexo A).

Conforme prevê o mencionado documento, o paciente que comparecer à consulta previamente marcada e preencher os requisitos constantes das normas do protocolo de encaminhamento para a especialidade (BRASIL, 2004, 2006), terá agendada a consulta especializada conforme as suas necessidades de dia e hora. Para isso, será bloqueada a agenda de um dos profissionais especialista em Endodontia do CEO-Rosário para o atendimento desta demanda priorizada, deixando as demais ofertas de vagas dos outros profissionais do Centro de Especialidades Odontológicas Rosário disponíveis na Central de Marcação de Consultas Especialidades (CMCE). O paciente que não estiver dentro das normas do protocolo ou que já teve sua necessidade atendida será retirado da fila de espera. Será observada a ausência deste paciente priorizado à consulta especialidade, analisando-se o motivo da sua falta.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os sujeitos de pesquisa para a composição da amostra foram devidamente informados sobre a natureza da pesquisa, sendo-lhes entregue um informativo descrevendo o teor da mesma. A seguir foram solicitados a assinar a autorização (pelo próprio participante ou por seu responsável) para sua participação através do envio antecipado da ficha de esclarecimento da pesquisa.

O sujeito da pesquisa foi convidado a responder às perguntas da entrevista de forma totalmente voluntária, sendo-lhe, ainda informado, que tinha o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus ou prejuízo e sem perder os benefícios aos quais tivesse direito.

O trabalho foi, então, encaminhado para o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba-PR e Universidade de São Paulo para análise e aprovação (Anexo B).

Foram entregue em duas vias a cada participantes a Ficha de Autorização para a realização do estudo (Anexo C) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

5 RESULTADOS

Analisando os dois distritos de Curitiba e analisando a intervenção na fila de espera, os principais resultados são relatados a seguir:

Tabela 5.1 - Total Geral de inscritos aguardando em Fila de Espera – Código 1583 - Odontologia/ Endodontia – SMS/ Curitiba – 2008

MAR/08	ABR/08	MAI/08	JUN/08	JUL/08	AGO/08
10.863	11.054	11.130	11.056	11.057	11.221
Intervenção					

Fonte: (CURITIBA, 2008).

A tabela 5.1 demonstra o total de inscritos aguardando em fila de espera para a especialidade de Endodontia. Observa-se um aumento do número de inscritos de 191 entre março e abril de 2008, de abril para maio, de 76 inscritos; de maio para junho, uma redução de 74 inscritos, apresentando um discreto acréscimo de 01 no mês de julho, aumentando significativamente de julho para agosto, com 164 inscritos a mais. Deve-se mencionar que a intervenção proposta neste estudo ocorreu de abril a julho de 2008.

Tabela 5.2 - Total de inscritos aguardando em Fila de Espera – Código 1583 - Odontologia / Endodontia das USs Básicas do Distrito Sanitário Boa Vista Março – Agosto/2008

U. S.	MAR/08	ABR/08	MAI/08	JUN/08	JUL/08	AGO/08
Pilarzinho	198	144	55	17	09	17
Fernando Noronha	263	275	284	272	282	289
intervenção						

Fonte: (CURITIBA, 2008)

A tabela 5.2 demonstra o acompanhamento realizado entre duas Unidades de Saúde, onde a US Pilarzinho é a unidade de intervenção e a US Fernando de

Noronha é a unidade de observação sem intervenção.

Observa-se que nos meses da intervenção houve uma significativa redução no número de inscritos aguardando em fila de espera na US Pilarzinho, num total de 198 inscritos do mês de março para 144 no mês de abril; entre os meses de abril e maio verificou-se uma redução de 89 inscritos; de maio a junho, o número foi de 38; 08 a menos de junho a julho, período em que encerrou-se a intervenção na fila de espera, nota-se um pequeno acréscimo de 08 inscritos, de julho a agosto/08, segundo os dados da SMS/CMCE, a US Pilarzinho inscreveu cerca de 27 novos usuários por mês na fila de espera. Comparativamente, na unidade de observação verificou-se um acréscimo de inscritos mensalmente, observando-se uma discreta redução no período entre maio e junho de cerca de 12 inscritos.

Tabela 5.3 - Total de inscritos aguardando em Fila de Espera – Código 1583 - Odontologia / Endodontia das Us.S. ESF do Distrito Sanitário Cajuru- Março – Agosto/2008

U. S.	MAR/08	ABR/08	MAI/08	JUN/08	JUL/08	AGO/08
São Domingos - ESF	51	49	22	10	06	09
Trindade - ESF	65	77	86	93	88	89
		intervenção				

Fonte: (CURITIBA, 2008).

A tabela 5.3 apresenta a comparação entre duas unidades de saúde ESF realizada entre os meses de março a agosto de 2008, considerando o total de inscritos aguardando em fila de espera para a especialidade de endodontia.

Na unidade de intervenção São Domingos verificou-se uma redução de 02 inscritos no período de março a abril; de 27, entre os meses abril a maio; de 12, entre maio e junho; de 04, de junho a julho; e um discreto aumento de 03 inscritos de julho a agosto/08.

Segundo dados da SMS/CMCE, esta US inscreve cerca de 12 novos usuários por mês na fila de espera. A unidade de observação sem intervenção apresentou acréscimo de inscritos em todos os meses, exceto entre os meses de junho a julho, quando apresentou uma redução de 05 inscritos.

Tabela 5.4 – Agendamento dos pacientes de triagem para a especialidade de Endodontia que estavam aguardando em Fila de Espera - Unidade de Saúde Pilarzinho – Março/08

DATA	PACIENTES AGENDADOS	FALTOSOS	CONTRA-INDICADOS	COMPARECIMENTOS
16/04/08	22	5	1	17
23/04/08	40	21	0	19
30/04/08	26	10	1	16
11/05/08	18	1	0	17
14/05/08	42	14	1	28
21/05/08	50	20	2	30
Total	198	70	5	127

Fonte: Aatoria própria

A tabela 5.4 apresenta o agendamento realizado para todos os pacientes que aguardavam em fila de espera para Endodontia na US Pilarzinho, na qual, após contato telefônico ou pessoal, são marcadas as consultas de triagem para o agendamento conforme a disponibilidade dos usuários. No dia 16/04 houve 77% de comparecimento, sendo que apenas um (01) dos casos estava contra-indicado. No dia 23/04, o percentual de comparecimento foi de 47%, no dia 30/04, 61% de comparecimento e um caso contra-indicado; no dia 11/05, 95% de comparecimento; já no dia 14/05, 66% dos inscritos compareceram, com 01 caso contra-indicado; e no dia 21/05/08, 60% de comparecimento e 02 casos contra-indicados. No total, 64% dos inscritos compareceram na consulta de triagem para agendamento, com cinco casos contra-indicados (2,5%).

* Livro de Agendamento da Unidade de Saúde Pilarzinho, abr-mai de 2008.

Tabela 5.5 – Vagas ofertadas pelo CEO Rosário após triagem da U.S. Pilarzinho – DSBV - Especialidade: Endodontia²

Mês	Dias úteis	Vagas agendadas	Comparecimentos	Faltosos
Maio/08	19	57	40	17
Junho/08	21	63	36	27
Julho/08	02	07	04	03
Total	42	127	80	47

Fonte: Agenda de Atendimento do Profissional Especialista, criada pelo CEO Rosário para este estudo. maio-jun de 2008.

Na tabela 5.5 é apresentada a relação entre as vagas ofertadas aos pacientes após a consulta de triagem e o agendamento da data escolhido pelo usuário da US Pilarzinho.

No mês de maio, considerando-se 19 dias úteis, foram disponibilizadas 03 consultas iniciais, totalizando 57 vagas, todas elas totalmente preenchidas pelos usuários, nos dias da triagem. Observa-se que cerca de 30% dos inscritos não compareceram; já no mês de junho, 43% deixaram de comparecer à consulta agendada pelo próprio paciente, verificando-se o mesmo percentual no mês de julho, ou seja, 43% de absenteísmo.

Tabela 2.6 – Total de pacientes inscritos aguardando em Fila de Espera para a Especialidade de Endodontia – Código 1583 - Odontologia / Endodontia – Março/2008 - Unidade de Saúde SÃO DOMINGOS / PSF - DSCJ

Pacientes inscritos	Pacientes localizados
51	45 (88,2%)

Fonte: Autoria própria*

A tabela 5.6, em lista de espera para a especialidade de endodontia da

² Sendo 03 vagas iniciais ao dia.

* Livro de Agendamento da Unidade de Saúde Pilarzinho, abr.-maio de 2008.

Unidade Estratégia da Saúde da Família, através do contato pessoal, por telefone ou através de visitas domiciliares da equipe (ESF).

Tabela 5.7 – Vagas ofertadas pelo CEO Rosário na especialidade de Endodontia para Pacientes de triagem da U. S. SÃO DOMINGOS / PSF – DSCJ - Semana de 26 a 30 de Maio/08³

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Total
Pac .Agendados	09	09	09	09	09	45
Faltosos	02	04	04	02	03	15
Contra-indicados	00	00	01	00	00	01

Fonte: Agenda de Atendimento do Profissional Especialista, criada pelo CEO Rosário para este estudo.

A tabela 5.7 apresenta a oferta de vagas disponibilizadas para a referência em Endodontia para os pacientes da US/ESF São Domingos, após a realização de triagem para o agendamento, conforme a preferência de data indicada pelo paciente. Os resultados demonstraram um aumento de faltantes na terça e quarta-feira, assinalando 33% de absenteísmo no quadro geral.

³ Sendo 09 consultas iniciais/dia.

5.1 ANÁLISE QUALITATIVA DOS FALTANTES

Tabela 5.8 – Análise dos motivos que levaram os pacientes a faltarem às consultas da especialidade de Endodontia após o agendamento da consulta – U.S. Básica Pilarzinho

DISTRITO SANITÁRIO BOA VISTA UNIDADE DE SAÚDE BÁSICA PILARZINHO			
1	Trabalho	16	34%
2	Esquecimento da consulta	13	27,6%
3	Outros motivos	06	12,7%
4	Doenças de parentes	05	12%
5	Doença própria	04	8,5%
6	Viagem	03	6,1%
	TOTAL	47	100%

Outros motivos:

1. Passeio promovido pela escola - 03 relatos
2. Desinteresse pelo tratamento - 03 relatos

Tabela 5.9 - Análise dos motivos que levaram os pacientes a faltarem às consultas da especialidade de Endodontia após o agendamento da consulta – U.S. Esf. São Domingos

DISTRITO SANITÁRIO CAJURU UNIDADE DE SAÚDE ESF SÃO DOMINGOS			
1	Trabalho	06	40%
2	Doenças de parentes	04	26,6%
3	Doença própria	04	26,6%
4	Viagem	01	6,8%
	TOTAL	15	100%

6 DISCUSSÃO

O conceito de acesso a serviços de saúde é, ainda hoje, alvo de debates e discussões (FRENK, 1985; PENCHANSKY; THOMAS, 1981). Ele implica na garantia de ingresso no sistema sem obstáculos físicos, financeiros ou de qualquer natureza. Ter acesso é uma das preocupações tanto dos gestores como da população em geral, que gostaria de ter as suas necessidades de saúde atendidas de forma rápida e eficiente.

A forma de acesso à especialidade de Endodontia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR se realiza por meio da Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE), onde todas as unidades acessam de forma igualitária as vagas ofertadas para a especialidade de endodontia por mês, o que garante o ingresso no sistema sem obstáculos físicos ou financeiros.

O acesso aos serviços permeia as relações entre as necessidades de saúde, a demanda por e a utilização dos serviços de saúde propriamente ditos. Estes três elementos, quando organizados sequencialmente, indicam que as necessidades das pessoas transformaram-se em demanda, o que, por sua vez, gera a utilização dos serviços, desde que garantido o seu acesso (PEREIRA, 1995).

A preocupação dos administradores da área é o de otimizar as atividades, reduzir gastos, evitar desperdícios e desenvolver o trabalho com a máxima qualidade, vindo de encontro às necessidades do paciente. Quando uma quantidade grande de pessoas procura, ao mesmo tempo, pelo serviço e este não tem como atender a todos o resultado será, inevitavelmente, a criação da fila de espera (MANN; TAYLOR, 1969; MILGRAN et al., 1986).

A fila de espera constitui-se num processo igualitário da demanda que, de certa forma, protege quem chega por primeiro (MILGRAN et al., 1986).

O total de inscritos aguardando em fila de espera no código 1583 – especialidades odontologia/endodontia - em março de 2008 era de 10.863 usuários, sendo ofertadas mensalmente, em média, cerca de 610 vagas (Dados SMS-2008-avaliação de Ofertas-março/08).

O gestor deve-se preocupar em atender toda essa demanda, ora ofertando o maior número de vagas possível, ora lançando mão de mutirões. Entende-se por mutirões um esforço concentrado para realização do serviço, com o objetivo de realizar o maior número de consultas em um curto espaço de tempo, uma estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde (Portaria GM/MS 279/99) que, porém, além de exigir a concentração de esforços, por vezes não satisfaz.

No presente estudo, analisando-se a fila de espera existente nas Unidades de Saúde selecionadas no mês de abril de 2008 em comparação ao mês de março/08, verificou-se um acréscimo de 191 inscritos, para a mesma oferta de vagas, um acréscimo que se repetiu nos meses de maio, julho e agosto, de 76, 01 e 164 novos inscritos, respectivamente, e uma redução de 74 inscritos em junho, quando comparados com o mês de maio/08 (Tabela 5.1).

Foi possível constatar um aumento mensal de inscritos mesmo mantendo-se a oferta de vagas. Dados da CMCE-2008(inclusão de pacientes-março de 2008) indicam que, em média, cerca de 20 novos pacientes são inscritos na fila de espera da especialidade de endodontia por mês nos 103 equipamentos de saúde da cidade que dispõem de clínica odontológica. Os dados mostram a necessidade de se refletir sobre a necessidade de uma intervenção efetiva na fila de espera, a resolutividade da clínica básica e o aumento da oferta de vagas.

A Unidade Básica de Saúde Pilarzinho apresentava, no mês de março de 2008, cerca de 198 inscritos na fila de espera, que pode ser considerado um número alto. A US Fernando de Noronha apresentava 263 inscritos no mesmo período (Tabela 5.2). Já a Unidade de Saúde São Domingos (ESF) contava com 51 inscritos, enquanto a US Trindade II (ESF) apresentava 56 (Tabela 5.3).

Trabalhos realizados em países desenvolvidos utilizaram-se do modelo proposto por Andersen e Newmam, em 1973, para estudar os determinantes da utilização de serviços de saúde, enquanto medida de acesso.

Neste modelo, três fatores são considerados para explicar as diferenças na sua utilização: a predisposição, a facilitação e a necessidade.

A predisposição inclui o indivíduo, ou seja, o seu real interesse em utilizá-lo. São consideradas para esse fator as condições sócio-econômicas, atitudes e opiniões do indivíduo sobre o conhecimento das patologias. Shirota (1998) avalia que 20 por cento dos brasileiros nunca foram ao cirurgião dentista pelo simples fato de não ter a percepção desta necessidade.

Nessa perspectiva, o presente estudo procurou escolher como um dos fatores de inclusão as condições sócio-econômicas das populações envolvidas. Os bairros escolhidos, Pilarzinho e Cajuru, localizados nos Distrito Sanitário Boa Vista e Cajuru, respectivamente, na cidade de Curitiba-PR, possuem semelhanças neste aspecto.

Quando analisaram-se as condições de renda das pessoas responsáveis pelos domicílios dos bairros pesquisados, no bairro Pilarzinho setenta e quatro por cento (74%) declararam possuir renda maior que três salários mínimos, e setenta e um por cento (71%) dos residentes no bairro Cajuru. Também nas condições educacionais as semelhanças persistem: cerca de noventa e sete por cento (97%)

da população do bairro Pilarzinho é alfabetizada, com entre 05 a 10 anos de estudo; o mesmo ocorrendo com noventa e seis por cento (96%) dos domiciliados no bairro Cajuru.

Relativamente a estes dados, a cidade de Curitiba apresenta noventa e sete por cento (97%) de pessoas alfabetizadas com 05 a 10 anos de estudo, sendo que setenta e sete por cento (77%) da população responsável pelo domicílio possui renda superior a nove salários mínimos.

Estudos demonstraram que pessoas do sexo feminino, com maior renda e escolaridade, na faixa etária entre 5 a 24 anos, utilizam-se dos serviços odontológicos com maior frequência ou de forma mais regular (BROWN; LAZAR, 1999; DOUGLASS; COLE, 1979; HONKALA et al., 1997; SCHWARZ, 1996).

Já o Projeto Saúde Bucal Brasil (SB Brasil), de 2003, relata que cerca de catorze por cento (14%) dos adolescentes, no Brasil, nunca foram ao dentista. É de consenso que a população feminina preocupa-se mais com a sua saúde, freqüentando mais as unidades de saúde, cabendo, portanto, uma política mais eficaz dirigida à população masculina.

Na facilitação, incluem-se variáveis que facilitam o seu uso e acesso, como a localização da oferta das vagas, facilidade no transporte e existência ou não de planos de saúde. Os dois bairros analisados neste estudo dispõem de transporte público de qualidade para o acesso à unidade de referência que, por sua vez, localiza-se no centro da cidade, sendo, portanto, de fácil localização.

Na tabela 5.5 é apresentada a relação entre as vagas ofertadas e os comparecimentos após triagem e agendamento do atendimento. Mesmo quando o serviço oportunizou ao paciente a escolha da data e horário para seu atendimento, o

absenteísmo manteve-se alto, entre trinta e quarenta e três por cento (43%) entre os meses de maio a junho/08.

A necessidade do uso dos serviços envolve a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde bucal e o diagnóstico realizado pelo profissional. Sabe-se, a partir dos estudos do Projeto SB Brasil, de 2003, que boa parte da população brasileira não tem acesso aos serviços de saúde, o que, segundo Cohen (1987), seria uma barreira significativa. Outra barreira preconizada por esse autor seria a distribuição inadequada dos profissionais, ou ainda a sua má prática.

A oferta de profissionais na cidade de Curitiba é adequada, embora abaixo dos padrões preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1/1200 habitantes (um cirurgião dentista para mil e duzentos habitantes). Esta relação, no município de Curitiba-PR, é de 1 cirurgião dentista para cada 356 habitantes, conforme dados do Conselho Regional de Odontologia-PR. Nas unidades de saúde pesquisadas o quadro de cirurgiões dentistas está completo, sendo o serviço ofertado em todos os turnos de trabalho, facilitando o acesso e o diagnóstico dos usuários (CORREIA, 2000).

Para facilitar o acesso a todos, o serviço municipal, em todos os seus equipamentos utiliza-se de uma pré-avaliação, o que permite que todas as pessoas interessadas sejam examinadas pelo cirurgião dentista, o qual, mediante critérios preconizados pelo protocolo Integrado de saúde bucal da SMS de Curitiba (2004) seleciona os pacientes conforme o número de vagas disponíveis para o turno de trabalho.

O indivíduo não selecionado no dia poderá retornar quantas vezes quiser, não ultrapassando o número superior a três; quando supera, a sua consulta é priorizada, seja qual for a sua necessidade (urgência). Oportunizado o acesso ao

clínico básico, o indivíduo poderá ser diagnosticado e encaminhado ao serviço de referência com maior brevidade.

A demanda maior que a oferta gera a fila, como já relatado. Neste caso, uma fila virtual (não presenciais), através da Central de Marcação de Consultas Especializadas (ZOHAR; MADELBAUM; SHIMKIM, 2002). A Unidade de Saúde Básica Pilarzinho apresentava, no mês de março de 2008, cerca de 198 inscritos aguardando em fila de espera para a especialidade de Endodontia, considerado um número alto entre as unidades básicas.

Para efeito de comparação, a Unidade de Saúde PSF São Domingos apresentava uma fila com 51 Inscritos (uma das maiores em unidades PSF), segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (CURITIBA, 2008).

Uma das medidas adotadas para o controle e redução da fila de espera é o de aumentar a resolutividade na atenção básica, permitindo, com isso, que o especialista possa concentrar sua atenção ao serviço especializado propriamente dito (FREEMAN; HJORTDHAL, 1997).

A intervenção na fila de espera deverá ser adotada como forma de conhecê-la, de buscar soluções e de dimensioná-la (YATES, 2001), condicionando-a a recursos para a redução do tempo de espera e intensificando seu controle a indicações de intervenções (NORDBERG; KESKIMAKI; HEMMINKI, 1994).

Schmitt, Dubé e Leclerc (1992) relatam ser de fundamental importância o gestor assegurar-se da responsabilidade pela organização desta fila, não a delegando ao usuário.

Considerando tal premissa, bem como redução do tempo de espera, que poderá variar de 05 a 11 meses, no processo de intervenção realizado nesse estudo foi organizada e dimensionada a fila de espera de usuários inscritos aguardando o

atendimento para a especialidade de endodontia nas unidades escolhidas, validando-a.

Como primeira intervenção, foi realizada triagem (pré-avaliação) para a priorização do atendimento (PINTO et al., 2000), a qual foi realizada por profissional especialista em Endodontia, obedecendo-se aos critérios de encaminhamento gerais de referência e contra-referência do Ministério da Saúde (2006) e da Atenção Odontológica Especializada versão 2006, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR. Após a triagem (pré-avaliação), agenda-se a consulta, conforme a disponibilidade de dia e horário do usuário, confirmado o agendamento, retira-se da fila de inscritos para a especialidade endodontia.

É de suma importância a retirada do usuário da fila de espera, pois, essa ação reduz de forma definitiva a demanda. Este gerenciamento, inclusive, deve fazer parte de um processo de trabalho contínuo.

O tratamento agendado não é a única forma do usuário inscrito sair da fila de espera. Outras ações podem manter a fila atualizada, como a adoção de uma atualização sistemática, verificando-se mudanças de endereço, ocorrência de óbitos ou o tratamento realizado em outro serviço.

Dos 198 pacientes que aguardavam em fila de espera para os serviços de Endodontia na Unidade de Saúde Pilarzinho que manifestaram interesse no tratamento, 70 deles não compareceram para a triagem (pré-avaliação) e agendamento (35%), cinco dentes foram contra-indicados devido à sua grande destruição (2,5%), (Tabela 5.4), reforçando o fator da predisposição do usuário ao atendimento e o reconhecimento da sua necessidade (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

Na Unidade de Saúde ESF São Domingos que, inicialmente, possuía 51 pacientes em fila de espera aguardando agendamento para a especialidade de Endodontia, apenas 45 (88,2%) destes foram contatados, ressaltando-se o valoroso papel dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da equipe da ESF na busca ativa dos pacientes em suas micro-áreas. Agendadas as consultas conforme a sua disponibilidade, 15 (33%) dos usuários inscritos não compareceram ao atendimento (Tabela 5.7).

O sistema de triagem (pré-avaliação) oportunizou o contato inicial com o profissional, favorecendo o relacionamento paciente/profissional, o que não seria possível através do agendamento via Central de Marcação de Consultas Especializadas, onde o paciente, após o agendamento e confirmação da consulta, só conhece o profissional no dia do atendimento.

Esse contato inicial diminuiu a ansiedade e a fobia, sensações e sentimentos comuns em grande parte dos pacientes que precisam se submeter ao tratamento odontológico (KLATCHOIAN, 2002; NATHAN, 2001).

A intervenção na fila de espera se faz necessária como uma alternativa determinante para sua redução. É necessário se ter a noção exata da quantidade de pessoas aguardando atendimento (HILL, 2003) e validar a fila. Em 1990, um estudo na Inglaterra revelou que a simples validação, como a detecção de nomes duplicados ou de pacientes que deveriam ser retirados da fila por já ter tido a sua necessidade satisfeita, reduziu em 44% o número de inscritos que aguardavam atendimento.

Ao se observar a tabela 5.2, a Unidade de Saúde Pilarzinho, quando comparada à Unidade de Saúde Fernando de Noronha, percebe-se um aumento de inscritos na unidade de observação e uma redução na unidade de intervenção; o

mesmo ocorre quanto se compara a US/ESF São Domingos, campo da intervenção, com a USESF Trindade II, local de observação (Tabela 5.3), reforça-se a idéia da eficácia da validação e dimensionamento da fila como forma eficiente na sua redução, inclusive do tempo de espera.

No que diz respeito ao absenteísmo, a questão que se impõe é: Como explicar a falta a uma consulta especializada, sendo esta tão aguardada?

Hand, Levin e Stanziola (1990), em seu estudo sobre a causa do cancelamento a cirurgias por pacientes internados ressalta que as suspensões ocorridas se deram por duas razões principais: uma, de ordem administrativa, e a outra pelas dificuldades do paciente na compreensão das orientações.

As orientações sobre a consulta são fornecidas aos pacientes, como norma, quando da triagem (pré-avaliação), envolvendo questões tais como: horário, localização, sobre o melhor itinerário do transporte coletivo a ser utilizado, a confirmação de fornecimento de atestado odontológico, etc. Vale a pena lembrar que o horário e data para o atendimento foram sugeridos pelos próprios pacientes.

Ao se analisar as causas dos absenteísmos nas Unidades estudadas, é possível agrupá-las em causas sociais e pessoais. As sociais podem ser subdivididas em motivos trabalhistas e motivos pessoais, a exemplo de problemas com doenças da família (filhos, marido, parentes), doenças próprias, viagens, esquecimento e outros motivos.

Na Unidade de Saúde Pilarzinho, analisando-se os motivos do absenteísmo observou-se que 34% das faltas ocorridas foram por motivos sociais relacionadas ao trabalho, e 66% por motivos pessoais, sendo, destes 42% atribuídos ao esquecimento da consulta pelo paciente, 16% por motivo de doença de parentes,

15% por doença própria, 8 % por viagem e 19% por outros motivos menos específicos, como passeios da escola e desinteresse no tratamento.

Em uma análise dos valores absolutos, verifica-se que 27% das faltas à consulta especializada agendada pelo próprio paciente teve como motivo o esquecimento da data, um resultado semelhante observado por Marcopito, Baruzzi e Snitcovsky (1988) em seu estudo preliminar sobre o paciente ambulatorial faltoso e o uso do correio para recuperá-lo, cujo percentual chegou a 25%. O esquecimento da consulta pelo paciente é preocupante, pois é um assunto exclusivamente do seu interesse, cabendo-lhe a responsabilidade pelo comparecimento, ainda mais quando ele próprio escolhe a data e o horário, assumindo, assim, responsabilidade pela vaga escolhida.

A lembrança da data e horário pelo gestor configura-se como uma atitude paternalista, transferindo para si a responsabilidade que compete exclusivamente ao usuário. Na iniciativa privada é prática comum confirmar via telefone com o paciente, confirmando a consulta; entretanto, é necessário lembrar que esse fato está relacionado à perspectiva capitalista do lucro e ao conseqüente preenchimento da vaga por outro paciente. Alguns profissionais, inclusive, alertam seus pacientes que o não comparecimento à consulta acarretará na cobrança de honorários profissionais.

A partir da análise dos motivos do absenteísmo na Unidade de Saúde ESF São Domingos, observou-se que 40% das faltas ocorreram por motivo social, relacionada ao trabalho e 60% das mesmas foi atribuída aos aspectos pessoais, sendo 89% devido à doenças familiares ou pessoal. Não foram constatados casos de absenteísmo motivados por esquecimento, devido ao fato de que a equipe de

saúde PSF, na realização das visitas domiciliares, costuma alertar os usuários sobre a data e horário do atendimento agendado.

O motivo social relacionado ao trabalho foi relevante nas duas Unidades estudadas, US Pilarzinho e ESF São Domingos, 34% e 60% respectivamente, sendo que em ambas a orientação do fornecimento de atestado ao trabalho foi dado, uma vez que ainda é prática comum entre as empresas a resistência em aceitar atestados emitidos por cirurgião dentista, ou a desinformação do paciente quanto à sua validade. Vale lembrar que a Lei 5081/66 estatui em seu artigo sexto, inciso III, que compete ao cirurgião dentista atestar, no âmbito de suas atividades profissionais, estados mórbidos e outros, inclusive para justificar falta ao emprego (Lei 6215/75). A não aceitação do atestado odontológico pelas empresas ou repartições públicas fere o que estatui o disposto legal, cabendo ao cirurgião dentista informar e orientar o seu paciente da sua validade legal, entendendo a necessidade do paciente em faltar a consulta previamente agendada por ele baseado no receio de perder o emprego, ou de o seu chefe imediato não o liberar. Contudo, insiste-se na validade do atestado odontológico como forma de preservar o emprego, bem como a saúde bucal e geral dos indivíduos.

7 CONCLUSÕES

Não existe, até o presente momento, uma medida natural que resolva eficazmente o problema da acessibilidade aos serviços de saúde, da redução no tempo de espera ou da fila para o atendimento, principalmente nas especialidades, devido às especificidades de cada um, inclusive de custeio e incentivos. A falta de recursos materiais e profissionais na atenção básica vem gerando um aumento na demanda em algumas especialidades odontológicas, em especial, na Endodontia.

As ações de saúde requerem uma organização de diferentes práticas que garantam a assistência nos princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade e equidade. Assim, se poderia garantir o acesso aos diferentes atores desse processo.

É possível propor algumas reflexões e sugestões de estratégias que possam ser importantes para o contexto, tendo em vista que os dados obtidos neste estudo nos incentivam a isso. É difícil quantificar exatamente o tempo que o usuário deve permanecer na fila de espera aguardando agendamento da consulta com o especialista. Em linhas gerais, quanto antes ele for atendido, maior será sua satisfação e menores serão as possibilidades de complicações clínicas decorrentes do seu processo de adoecimento.

Uma das medidas propostas é a de aumentar a resolutividade na atenção básica com a realização de constantes capacitações e também de cursos de extensão (especializações) voltados para a prática clínica em saúde coletiva com a participação de especialistas, baseando-se nas casuísticas dos pacientes encaminhados, e do uso correto das indicações propostas no protocolo de

encaminhamento para a especialidade, favorecendo, com isso, a correta indicação (FREEMAN; HJORDAHL, 1997).

A intervenção na fila de espera como forma de conhecê-la e de dimensioná-la, validando-a, são estratégias que colaboram na redução da fila de espera. As Unidades Básicas de Saúde, assim como as da Estratégia de Saúde da Família, podem criar uma rotina que permita validar essa fila sempre que a mesma atinja um certo número de encaminhamentos a fim de estar sempre controlando-a, de forma a conhecer sua clientela e a real necessidade de cada serviço. Schmitt, Dubé e Leclerc (1992) indicam que há uma necessidade sistemática de gerenciamento da fila de espera pelo gestor, retirando da fila os usuários que já tiveram o seu problema resolvido, ou aqueles que não se interessam mais pelo atendimento.

A realização de triagem (pré-avaliação) constante nos pacientes que aguardam em fila de espera, pelo especialista, priorizando o agendamento da consulta, favorece o relacionamento paciente/profissional, bem como a verificação da predisposição, facilitação e a necessidade do paciente ao serviço especializado (ANDERSEN; NEUMANN, 1973). Assim, o especialista indicará o tratamento adequado para cada caso, reduzindo as complicações decorrentes do tempo que o usuário fica sem atendimento aguardando na fila de espera. Em médio e longo prazo isso provocará uma otimização do trabalho do especialista e também uma resolutividade maior do sistema público de saúde que, quanto mais rápido resolve o problema de saúde de seu usuário, mais precocemente consegue reduzir as complicações decorrentes do tempo de espera, que nada mais geram do que custos aumentados e reclamação por parte do usuário.

A utilização de incentivos por produção ao especialista, como estratégia, também colabora para a redução no tempo de espera (GOSDEN et al., 2001;

SICILIANI; HURST, 2003). Em Curitiba-PR, conta-se com uma avaliação trimestral (Incentivo de Desenvolvimento da Qualidade – IDQ) que procura avaliar tanto o serviço quanto o profissional, e cujo objetivo é o de incentivar os bons profissionais a continuar trabalhando em prol dos objetivos da instituição, zelando pelo correto atendimento ao usuário.

Com a distribuição geográfica da população, principalmente aquelas residentes em grandes centros, torna-se necessária a regionalização do serviço de referência, baseado, principalmente, na proximidade geográfica com os distritos sanitários, o que favorece o gerenciamento, e também colabora para o compartilhamento das responsabilidades com o usuário e a facilitação do acesso aos serviços, objetivando a redução do absenteísmo.

A efetividade destas estratégias dependerá, também, de medidas complementares dos gestores, como otimização dos recursos físicos e humanos, que não podem ser ignorados, buscando-se uma solução local ou regional para esses problemas e, desta forma, colaborando para a eficiência e resolutividade dos serviços especializados de saúde.

REFERÊNCIAS¹

ABRASCO. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. Disponível em: URL: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20067012142141.pdf>. [2009 fev. 28].

Andersen R, Newman JF. Societa and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fun* 1973;(51):95-124.

Antunes ML, Frazatto, R, Macoto, EK, Vieira MF, Yonamine KF. Mutirão de cirurgias de adenotonsilectomias: uma solução viável? *Rev Bras Otorrinolaringol* 2007;73(4):446-51.

Araújo AL, Zucchetto NM, Fortes Filho JB. Campanhas de promoção de saúde ocular: experiência do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre. *Rev Bras Oftalmol* 2007;66(4):231-5.

Brasil. Casa Civil. Lei nº.8.080. Diário Oficial da União. Brasília (Set. 19, 1990).

Brasil. Ministério da Saúde. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana. Brasília; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: MS; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para referência e contra-referência aos Centros de Especialidade Odontológicas. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial saúde. Brasília; 1997.

Brown LJ, Lazar V. Dental care utilization: how saturated is the patient market? *J Am Dent Assoc* 1999;130:573-80.

Browning CJ, Thomas SA. Community values and preferences in transplantation organ allocation decisions. *Soc Sci Med* 2001;52:853-61.

¹ De acordo com o estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE

Cohen LK. Converting unmet need for care to effective demand. *Int Dent J* 1987;37:114-6.

Cooley CH. *Human nature and social order*. Nova York: Transaction; 2003.

Correia IC. Odontologia: um mercado cada vez mais difícil. *APCD* 2000;35(520):26-7.

Costa SM, Moraes ABA. Medo em odontologia: um estudo com escolares. *Rev Bras Odont* 1994;51(5):26-31.

Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Encaminhamentos para a atenção odontológica especializada. Curitiba; 2004.

Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório central de marcação de consultas especializadas. Total de inscritos aguardando em fila de espera. Código1583: odontologia/ endodontia. Curitiba; 2008.

Czwartosz Z. On queueing. *Arch Europ de Sociol* 1988;29:3-11.

Deutch M. Equity, equality, and need: what determines which value will be used as the basis for distributive justice? *J Soc Issves* 1975;31(3):137-49.

Diniz, J. Contribuição ao estudo do sistema incremental de atendimento odontológico [Tese de Doutorado]. Salvador: UFBA; 1987.

Douglass CW, Cole KO. Utilization of dental services in the United States. *J Dent Educ* 1979;43:223-38.

Eckersley AJ, Bilnkhorn FA. Dental attendance and health behavior in children from deprived and non-deprived areas of Salford, north-west England. *Int J Pediatric Dent* 2001;11(2):103-9.

Espallargues MS, Rodriguez E, Pinto JL, Comas M, Castells, Alonso J. Wide social participation in prioritizing patients on waiting list for joint replacement: a conjoint analysis. *Med Delis Making* 2008;28(4)554-66.

Ferreira ABH. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Curitiba: Positivo; 2004.

Finch H, Keegan J, Wardk SBS. Barriers to the receipt of dental care: a qualitative study. London: Social and Community Planning Research; 1988.

Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucs FL, Pinder EL. The implications of regional variations in medicare spending. Part 1: the content, quality and accessibility of care. *Ann Intern Méd* 2003;138:288-98.

Fleury S. Governabilidade e cidadania para a equidade em saúde. In: Tercer Foro Interamericano de Liderazgo de salud; 2002; Buenos Aires. Disponível em: URL: <http://www.equidadensalud.org/foroliderazgo/archivos/fleury.pdf> [2008 nov.].

Folger R. Distributive and procedural justice: combined impact of "voice" and improvement on experienced inequity. *J Pers Soc Psychol* 1977;35:108-19.

Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997;314:1870-3.

Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mex* 1985;27:438-53.

Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981;19:55-71.

Goffman E. A representação do Eu na vida cotidiana. Petrópolis: Vozes; 1975.

Goodwin C, Smith KL, Verhage BJ. An equity model of consumer response to waiting time. *J Consum Satisfact Dissatisfact Complaining Behav* 1991;4:129-38.

Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journ Health Serv Polic* 2001;6:(1)44-55.

Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority project. Part 1: overview. *BMJ* 1997;314:131-4.

Hall ET. A dimensão oculta. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.

Hand R, Levin P, Stanziola A. The causes of cancelled elective surgery. *Qual Assur Util* 1990;5(1):2-6.

Hill GB. Death on the waiting list for cardiac surgery. *JAMC* 2003;170(3):354-5.

Honkala E, Kuusela S, Rimpelä M, Jokela J. Dental services utilization between 1977 and 1995 by Finnish adolescents of different socioeconomic levels. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;(25):385-90.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde PNAD 1998. Rio de Janeiro; 2000. 96 p.

Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc* 2001;132:295-303.

Jatene AD. Primeiro relatório técnico científico - novos modelos de assistência à saúde: avaliação do programa de saúde da família no município de São Paulo. São Paulo: FAPESP; 2000.

Kieser JA, Groeneveld HT. Inequalities in the pattern of dental delivery in south. *J Dent Assoc S Afr* 1995;(50):327-31.

Klatchoian D. A relação dentista-paciente. *Psicologia Odontopediátrica*. São Paulo: Santos; 2002.

Lack A, Edwards RT, Boland A. Weights for waits: lessons from Salisbury. *J. Health Serv Res Policy* 2000;50:83-8.

Lewis S, Barer ML, Sanmartin C, Sheps S, Shortt SED. Ending waiting-list mismanagement: principles and practice. *CMAJ* 2000;162:1297-300.

Locker D, Ford J. Using area-based measures of socioeconomic status in dental health service research. *J Public Health Dent* 1996;56:69-75.

Mann L. Queue Culture: the waiting line as a social system. *Am J Sociol* 1969;74:340-52.

Mann L, Taylor KF. Queue counting: the effects of motives upon estimates of numbers in waiting line. *J Pers Soc Psychol* 1969;12(2):95-103.

Marcopito LF, Baruzzi M, Snitcovsky M. Estudo preliminar sobre o paciente ambulatorial faltoso e o uso do correio para recuperá-lo. *Rev Assoc Méd Bras* 1988;34(3):101-5.

Marmot M, Feeney A. General explanations for social inequalities in health. *IARC Sci Public* 1997;138:207-8.

Milgram S, Liberty HJ, Toledo R, Wackenhut J. Response to intrusion into waiting lines. *J Pers Soc Psychol* 1986;51(4):683-9.

Milgram S, Sabini J, Siver M. *The individual in a social world: essays and experiments*. Nova York: McGraw-Hill; 1992.

Miller DT. Disrespect and the experience of injustice. *Annu Rev Psychol* 2001;52:527-53.

Moraes ABA, Costa Junior AL, Rolim GS. Medo de dentista: ainda existe? In: Brandão MZS. *Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento*. Santo André: Esetec; 2004.

Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes; 2003.

Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. 2^a ed. São Paulo: Santos; 2002.

Nathan JE. Behavioral management strategies for young pediatric dental: patients with disabilities. *J Dent Child* 2001;68(2):89-101.

Nordberg M, Keskimaki I, Hemminki E. Is there a relation between waiting-list length and surgery rate? *Int J health Plann manage* 1994;9:259-65.

Oliveira AG. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cárie dental*. João Pessoa: UFRN; 1998.

Patussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in brazilian school. *Children Soc Scimed* 2001;53:915-25.

Penchansky R, Thomas W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981;19:127-40.

Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

Pinto JL, Castells X, Garcia X, Sanchez F. El establecimiento de prioridades em la cirugia electiva. Universidad Pompeu Febra. Barcelona: Ministério de Sanidad y Consumo/ Centro de Investigacion em Economia y Salud; 2000.

Possobon RF, Caetano MES, Moraes ABA. Odontologia para crianças não-colaboradoras: relato de casos. *Rev Bras Odontol* 1998;55(2):80-3.

Quigley HA, Park CK, Tracey PA, Pollack IP. Community screening for eye disease by laypersons: the Hoffberger program. *Am J Ophthalmol* 2002;133(3):386-92.

Ratcliffe J. Public preferences for the allocation of donor liver grafts for transplantation. *Health Econ* 2000;9:137-48.

Santos JS, Silva MB, Zampar AG, Sankarankuty AK, Campos AD, Ceneviva R. Mutirões de colecistectomia por videolaparoscopia em regime ambulatorial. *Acta Cir Bras* 2001;6:52-6.

Scheff TJ. *Being mentally ill: a sociological Theory Hawthorne*. Nova York: Aldine de Gruyter; 1999.

Schmitt BH, Dubé L, Leclerc F. Intrusions into waiting lines: does the queue constitute a social system? *J Pers Soc Psychol* 1992;5(63):806-15.

Schwartz B. *Queuing and waiting: studies in the social organization of access and delay*. Chicago: University of Chicago Press; 1975.

Schwarz E. Changes in demand for dental care among danish adults.1975-90. *Acta Odontol Scand* 1996;54:36-43.

Senna MCM. Equidade e políticas de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2002;18:203-11.

Shirota M. Análise do acesso aos serviços odontológicos da população brasileira no final do século XX: PNAD. São Paulo: Santos; 1998.

Siciliani L, Hurst J. Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. Health Working Paper 2003;7:1-72.

Silveira CCA. Mutirão de catarata: uma estratégia nacional de atenção à saúde [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2004.

Thibaut J, Walker L. Procedural justice: a psychological analysis. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum; 1975.

Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. Cad Saúde Pública 1997;13(2):325-30.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004;2:190-8.

Uchoa HW, Silva AH, Freire OS. Planejamento do serviço dentário escolar. Rev FSESP 1966;12(2):8.

Watt R, Scheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. Br Dent J 1999;187(1):6-12.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization; 1990.

Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. Int J Health Serv 1992;(22):429-445.

Wicker AW. An introduction to ecological psychology. Belmont: Wadsworth; 1979.

Yates J. Waiting for ent opinion and treatment: will things ever improve. Clin Otolaryngol 2001;26(3):197-213.

Zohar E, Mandelbaum A, Shimrin N. Adaptive behavior of impatient customers in tele-queues: theory and empirical support. Management Science 2002;48(4):566-83.

ANEXO A - Recomendações para referência e contra-referência aos centros de especialidades odontológicas



Ministério da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

**RECOMENDAÇÕES PARA
REFERÊNCIA
E CONTRA-REFERÊNCIA
AOS CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS**

2 Critérios Gerais para Referência ao Centro de Especialidades Odontológicas

- 2.1 Definir critérios de priorização de encaminhamento pactuando sistema municipal de saúde com a comunidade e Conselhos Regionais e Locais de Saúde.
- 2.2 Encaminhar preferencialmente pacientes em tratamento nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades Básicas do PSF, ou referenciados de outros centros de Especialidades ou Hospitais.
- 2.3 O usuário deve ser encaminhado com eliminação da dor e com ações realizadas para controle da infecção bucal (adequação do meio bucal, terapia periodontal básica remoção dos focos de infecção e selamento provisório das cavidades de cárie).
- 2.4 Os casos de urgência devem ser solucionados nas Unidades Básicas ou no Pronto-Atendimento.
- 2.5 O agendamento deve ser realizado respeitando os critérios de cada município e da gerência do CEO.
- 2.6 O encaminhamento deverá ser feito através de formulários de referência/contrarreferência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias.
- 2.7 Após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contra-referência devidamente preenchido onde conste a identificação do profissional, diagnóstico e tratamento realizados.
- 2.8 Os casos de falta do paciente às consultas nos Centros de Especialidades Odontológicas bem como outras questões administrativas, serão de competência das gerências administrativas dos CEO's de cada localidade.
- 2.9 Os serviços municipais, estaduais ou de consórcios intermunicipais, sempre que possível, deverão formalizar o encaminhamento entre unidades de atenção básica e os centros de especialidades, criando formulários de referência e contra-referência.
- 2.10 As necessidades encaminhadas que incluam duas ou mais especialidades para sua resolução devem ser resolvidas através de inter-consultas no CEO.

Ex: aumento de coroa clínica prévia ao tratamento endodôntico, cirurgia pré-protética.

2.11 Pacientes com estado de saúde geral que comprometa o tratamento odontológico devem primeiramente ser estabilizados na Unidade Básica de Saúde para posterior encaminhamento.

2.12. O acesso a serviços especializados não ofertados regularmente pela rede, será objeto de avaliação pelo gestor quanto à possibilidade de sua oferta, sendo ainda, decorrência de pactuação local.

4 Referência aos Serviços de Endodontia

A portaria 599/GM de 23 de março de 2006 estabelece para a especialidade da Endodontia, os procedimentos do subgrupo 10.040.00-5 tendo como produtividade mínima os seguintes quantitativos:

CEO tipo I – 35 procedimentos

CEO tipo II – 60 procedimentos

CEO tipo III – 95 procedimentos

Os principais códigos da tabela SAI-SUS deste subgrupo, para registro da produtividade do CEO são:

10.041.01-0	Neocropulpectomia dente decíduo/permanente
10.041.05-2	Tratamento Endodôntico em dente permanente uni-radicular
10.042.02-4	Tratamento Endodôntico em dente permanente bi-radicular
10.043.03-9	Tratamento endodôntico em dente permanente tri-radicular
10.041.03-6	Tratamento endodôntico dente decíduo uniradicular
10.041.02-8	Retratamento endodôntico em dente permanente uni-radicular
10.042.01-6	Retratamento endodôntico em dente permanente bi-radicular
10.043.01-2	Retratamento endodôntico em dente permanente tri-radicular
10.043.02-0	Tratamento de perfuração radicular
10.044.01-9	Tratamento endodôntico dente decíduo multiradicular
10.041.04-4	Retratamento endodôntico dente decíduo uni-radicular
10.44.02-7	Retratamento endodôntico dente decíduo multi-radicular

10005137-6 Apicetomia com obturação retrógrada
--

4.1 Requisitos básicos para a referência

4.1.1 O encaminhamento para o Centro Especializado será realizado a partir das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades do Programa de Saúde da Família;

4.1.2 Os usuários originados de atendimentos de urgências devem dirigir-se às unidades básicas para adequação aos critérios estabelecidos;

4.1.3 O usuário em tratamento na unidade básica, para ser encaminhado ao serviço especializado deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal, remoção de restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e RAP supra-gengival);

4.1.4 No encaminhamento dos usuários para este serviço, o tratamento de canal deve ser priorizado em relação ao retratamento endodôntico, assim como os dentes permanentes devem ser priorizados em relação aos dentes decíduos;

4.1.5 Avaliar na Atenção Básica com o paciente, prévio ao encaminhamento, a viabilidade de reconstrução/restauração do dente tratado quando este não apresentar estrutura coronária e/ou necessitar prótese;

4.1.6 Avaliar previamente ao encaminhamento a origem da dor, estabelecendo o necessário diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica e periodontal;

4.1.7 Na impossibilidade de realização de insolamento absoluto, deve ser avaliado o emprego de insolamento relativo antes de decidir pela exodontia do dente;

4.1.8 Dentes com envolvimento de furca nos graus 1 e 2, solicitar avaliação do periodontista;

4.1.9 Os dentes com polpa vital e rizogênese incompleta deverão ser submetidos a técnica da pulpotomia, com o objetivo de favorecer a picificação.

Antes de encaminhar o paciente para o especialista, o dentista da UBS deverá verificar o potencial de reversão do processo patológico, realizando proteção pulpar direta ou indireta e/ou pulpotomia, aguardando período para acompanhar e avaliar vitalidade pulpar.

4.

2 Critérios de inclusão ao tratamento endodôntico

4.2.1 Estar em tratamento nas unidades da rede básica;

4.2.2 Preferencialmente dentes permanentes;

4.2.3 Encaminhamento dos 3º molares para endodontia, somente se o usuário apresentar muitos elementos faltantes, houver necessidade de sua manutenção e com prognóstico favorável;

4.2.4 Preparo prévio do dente antes de ser encaminhado para tratamento: remoção de tecido cariado, penetração desinfetante, curativo de demora e restauração provisória.

4.3 Critérios de inclusão para retratamento endodôntico:

4.3.1 Nas necessidades de retratamento endodôntico, deve-se encaminhar aqueles que apresentem sintomatologia dolorosa. Os dentes assintomáticos que apresentem imagens radiográficas apontando tratamento inadequado, com ou sem lesão periapical, devem sofrer acompanhamento radiográfico. Caso surja lesão periapical ou esta aumentar de tamanho, deve ser feito o encaminhamento para retratamento;

4.3.2 Estes deverão priorizar dentes anteriores e pilares de prótese parcial removíveis com prognóstico favorável.

4.4 Critérios de exclusão

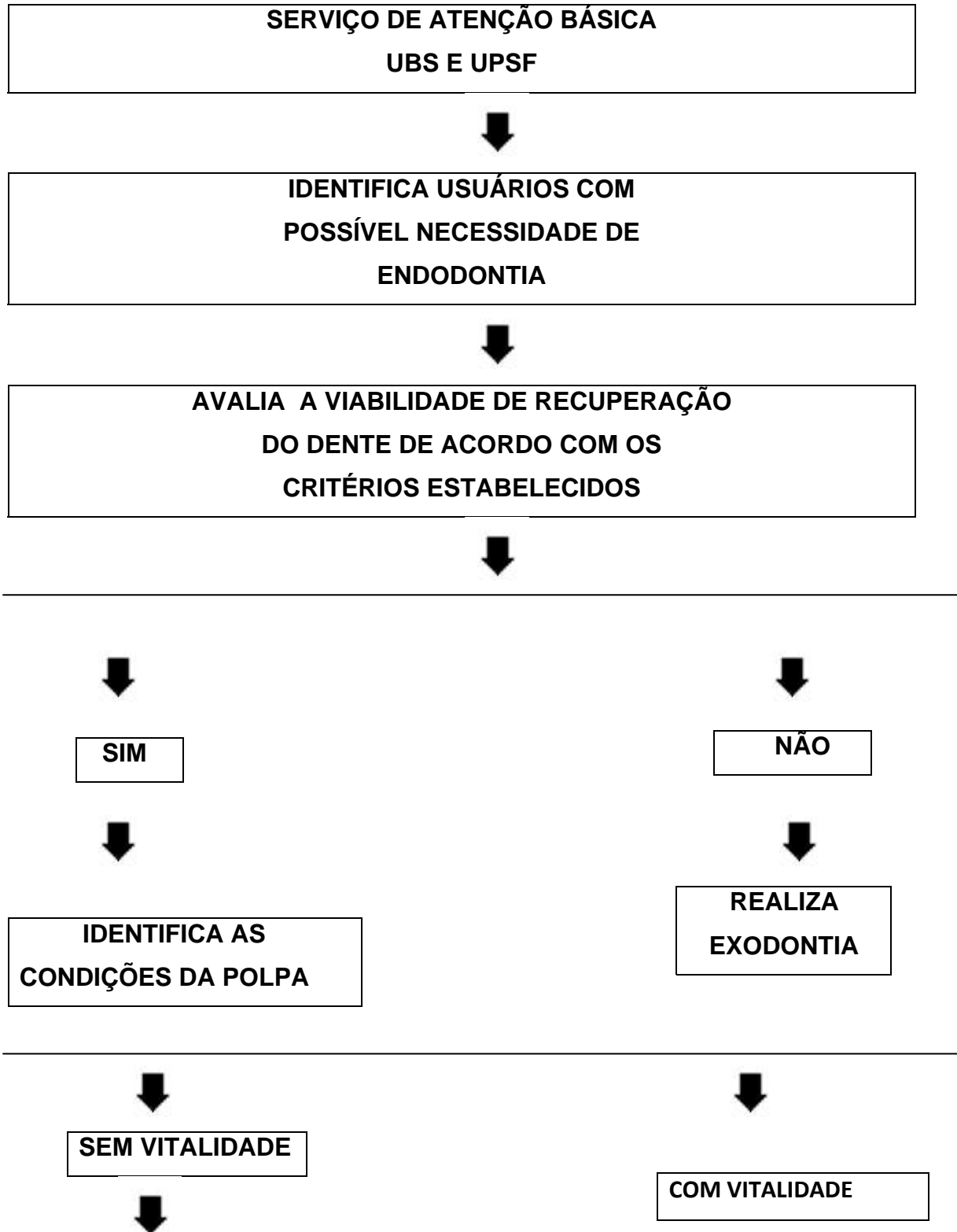
4.4.1 Dentes com envolvimento de fraca grau 3 ou com doença periodontal severa e grande mobilidade horizontal e vertical;

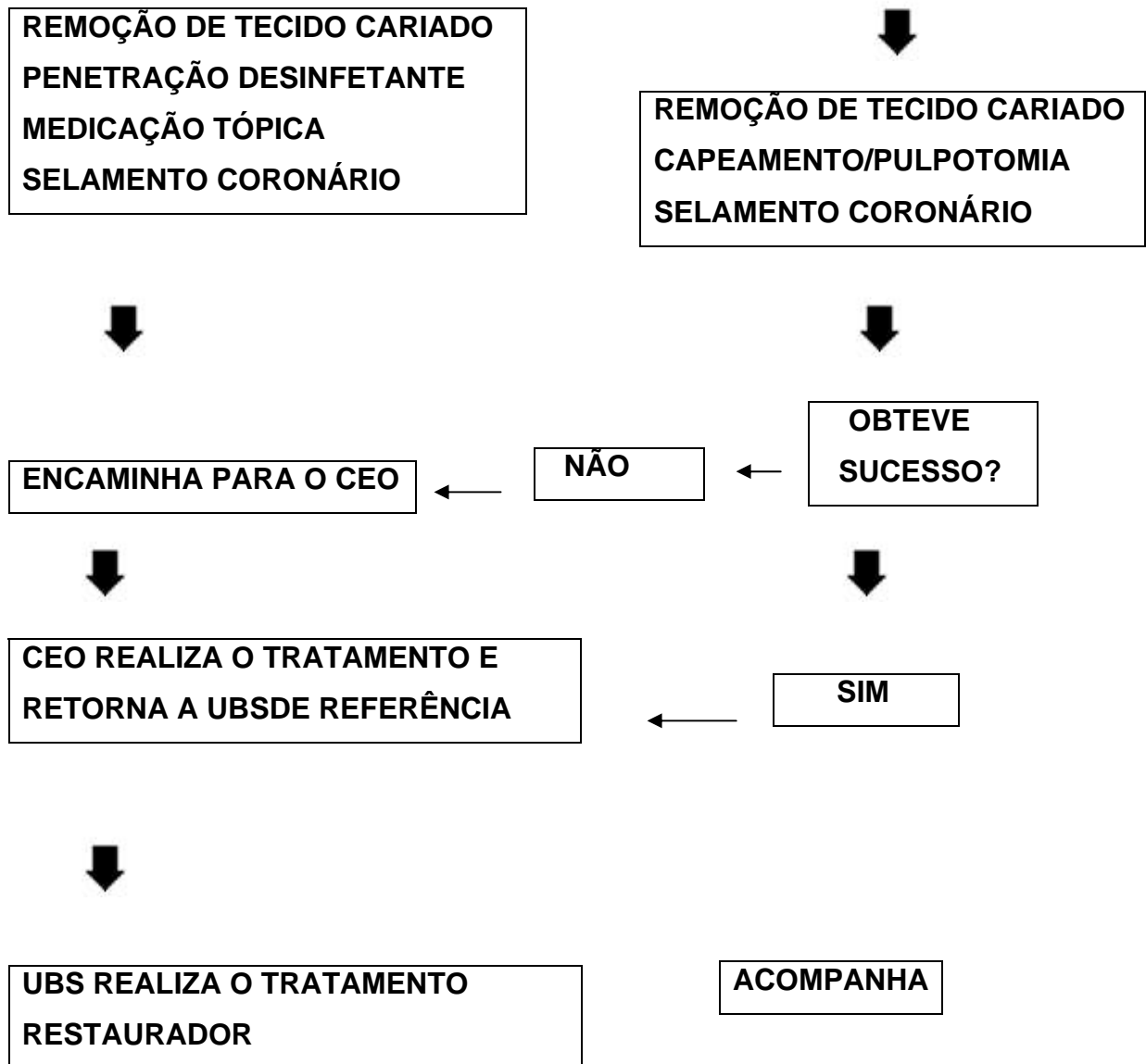
4.4.2 Dentes com perda de inserção que impossibilite sua manutenção na arcada, deve ser submetido a avaliação prévia no setor de periodontia e prótese quando necessário;

4.4.3 Não devem ser encaminhados usuários com necessidade de pulpotomias, pois devem ser realizadas nas unidades básicas de saúde, inclusive nos casos de rizogênese incompleta com vitalidade pulpar;

4.4.4 Terceiros molares sem antagonista e com acesso restrito.

4.5 FLUXOGRAMA PARA REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ENDODONTIA





ATENÇÃO ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA DA SMS DE **CURITIBA**

PRESTADORES DE SERVIÇOS:

- **REDE INTERNA:** CEO Rosário, CEO Sylvio Gevaerd e US Amigo Especial
- **REDE EXTERNA:** UFPR, PUC/PR, Hospital Evangélico, Hospital Erasto Gaertner, Hospital do Trabalho e CAIF

ESPECIALIDADES OFERTADAS:

- Endodontia
- Periodontia
- Cirurgia Oral Menor
- Odontopediatria
- Radiologia Periapical
- Estomatologia
- Prótese Total
- Ortodontia Preventiva
- Pacientes Especiais
- Cirurgia Ortognática
- Fissuras Lábios – Palatais

FLUXOS INTERNOS:

Para a realização dos encaminhamentos, os profissionais da atenção básica deverão seguir as orientações estabelecidas no documento “**Protocolo de Encaminhamento para as Especialidades Odontológicas da SMS**”

As vagas iniciais, ofertadas na Central de Marcação de Consultas Especializadas, dependerão das capacidades instaladas de cada serviço (recursos humanos, férias, LTSs, e outros).

Após o atendimento inicial, o usuário poderá necessitar de consultas de retornos. Essas consultas serão agendadas pelos próprios profissionais dos serviços especializados.

Os serviços de **endodontia dos CEOs** garantiram os tratamentos necessários para àqueles pacientes com mais de uma indicação endodôntica. **NÃO SERÁ NECESSÁRIO ENCAMINHAR O PACIENTE PARA A CMCE NOVAMENTE.**

Nos casos de indicação prévia de aumento de coroa clínica, o paciente deverá ser encaminhado, via CMCE, para a especialidade de **periodontia dos CEOs**. **O periodontista reencaminhará para a especialidade de endodontia, para o agendamento dos tratamentos necessários.**

1. ENDODONTIA

Encaminhamentos pela CMCE para os serviços:

- **CEO Rosário**
- **CEO Sylvio Gevaerd**

Os serviços irão realizar a endodontia de dentes permanentes; mono, bi e multiradiculares.

Não serão realizados retratamentos endodônticos.

Critérios para encaminhamento da Atenção Básica:

Encaminhar somente dentes permanentes.

Não existe a obrigatoriedade de todos os pacientes encaminhados, apresentarem tratamento odontológico concluído, porém, o paciente deve apresentar todos os dentes, ao menos com a adequação do meio, remoção de focos de infecção, terapia periodontal básica realizada, inclusive com orientações de higiene bucal.

Remover toda a cárie do dente a ser tratado e verificar as condições de receber isolamento absoluto e realizar o curativo endodôntico; caso se faça necessário, encaminhar previamente para o serviço de periodontia para o aumento da coroa clínica.

Quando o dente necessitar de prótese, verificar com o paciente, o seu real interesse em manter esse dente e dar prosseguimento ao tratamento. Esclarecer que a SMS não possui serviço para próteses fixas.

Estabelecer diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica ou periodontal e, se possível, medicar o paciente, antes de encaminhá-lo ao serviço especializado, para que o dente não apresente o quadro de drenagem de abscesso ou processo fistuloso, no momento do tratamento.

As emergências pós tratamento endodôntico devem ser encaminhadas ao serviço que realizou o tratamento, para que o especialista avalie a condição do processo instalado; 3º molares mediante avaliação dos especialistas (Ex: no lugar do 2º molar; apoio de prótese).

Encaminhamentos contra-indicados:

3º molares sem antagonistas;

Dentes com envolvimento de furca ou coroa destruída abaixo do nível ósseo;

Dentes com o periodonto severamente agravado – grande perda de estrutura de sustentação e alto grau de mobilidade horizontal e vertical;

Retratamentos Endodônticos;

Cárie não removida;

Dentes sem condições de recuperação protética ou por restauração.

Após a conclusão do tratamento no serviço especializado, o paciente deverá retornar à US de origem, tendo prioridade para receber os procedimentos necessários.

ANEXO B – ata de aceite do Comitê de Ética em Pesquisa



REFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Of.12/2008

Curitiba, 22 de julho de 2008.

Prezado Pesquisador

Em atenção à sua solicitação referente à análise do projeto Protocolo 64/2008 **“Acessibilidade do paciente a clínica de especialidades de endodontia: estudo dirigido dos inscritos aguardando em fila de espera, nos Distritos de Saúde Boa Vista e Cajuru do Município de Curitiba”** informamos que o mesmo está de acordo com a Res. 196/96 MS e posteriores e foi considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS como relatório final.

Atenciosamente,

Dr. Samuel Jorge Moysés
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Magrit Fabian Sarturi
Secretária Executiva
Comitê de Ética em Pesquisas
Tel 35.887-8 SMS

Ilmo. Sr.
Wellington Menyrval zaitter
Nesta

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Social

TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO

São Paulo, 2008

Prezado(a) Senhor(a),

O Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo está realizando uma pesquisa para avaliar a acessibilidade dos pacientes inscritos aguardando em fila de espera a especialidade de Endodontia, no período de maio a agosto de 2008 em duas unidades de saúde em dois distritos sanitários do município de Curitiba-PR.

Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas o resultado da pesquisa ajudará muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

Você está sendo convidado (a) a responder as indagações da entrevista de forma totalmente voluntária.

Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Título do estudo: “ACESSIBILIDADE DO PACIENTE A CLINICA DE ESPECIALIDADES DE ENDODNTIA: ESTUDO DIRIGIDO DOS INCRITOS AGUARDANDO EM FILA DE ESPERA NOS DISTRITOS DE SAÚDE BOA VISTA E CAJURU DO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR”

Pesquisador (es) responsável (is): Edgard Michel Crosato e **Wellington Menyrval Zaitter**
Instituição/Departamento: Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da USP.

Local da coleta de dados:
Atenciosamente,

Wellington Menyrval Zaitter Edgard Michel Crosato	Telefone: (11)3091-7717
--	-------------------------

ANEXO D – Ficha de autorização para realização do estudo



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Social

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “ACESSIBILIDADE DO PACIENTE A CLINICA DE ESPECIALIDADES DE ENDODNTIA: ESTUDO DIRIGIDO DOS INCRITOS AGUARDANDO EM FILA DE ESPERA NOS DISTRITOS DE SAÚDE BOA VISTA E CAJURU DO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR” **AUTORIZO** a realização do estudo:

Em ____ de _____ de 2008

NOME

ASSINATURA