
Avaliação do Centro de Especialidades Odontológicas, sob a ótica dos cirurgiões-dentistas de um município de médio porte do Paraná*

*Evaluation of the dental surgeons of the Specialized Dental Care Centers, under the optics of the municipality of Colombo/PR**

Hevelyn Xavier Luciano¹, Giovana Daniela Pecharki², Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves³, Rafael Gomes Ditterich⁴.

¹Programa Saúde da Família pela Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR, Brasil; ²Setor de Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR, Brasil; ³Programa de Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR, Brasil; ⁴Curso de Odontologia em Saúde Coletiva pela PUCPR, Curitiba-PR, Brasil.

Resumo

Objetivo – Elucidar a opinião dos cirurgiões-dentistas lotados nos Centro de Especialidades Odontológicas do município de Colombo/PR, em relação ao perfil profissional e processo de trabalho. **Métodos** – Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quali-quantitativa, realizado por meio de questionário semiestruturado autoaplicável. **Resultados** – A amostra foi composta por 7 cirurgiões-dentistas, sendo 4 (57,16%) do sexo masculino e 3 (42,87%) feminino. Em relação aos encaminhamentos, 6 (85,74%) profissionais informaram que os usuários não chegam com o tratamento odontológico básico concluído. Entre os fatores geradores de demanda, 85,74% citaram os encaminhamentos inadequados, 57,16% o absenteísmo dos usuários, 42,87% a falta de recursos para o atendimento, e 28,58% outros motivos, e 14,29%, pela falta de profissionais. **Conclusão** – Conclui-se que, apesar do CEO do município de Colombo/PR apresentar-se habilitado desde 2005, ainda apresenta algumas fragilidades, dentre elas, equipe e carga horária reduzida, dificuldades na organização do fluxo, além da falta de comunicação entre os serviços. Dessa forma, observa-se a necessidade de ampliação dos recursos humanos, capacitação dos profissionais da rede de atenção à saúde e planejamento estratégico para organização da demanda, a fim de fortalecer o processo de trabalho desses profissionais.

Descritores: Serviços de saúde bucal; Especialidades odontológicas; Política de saúde

Abstract

Objective – To elucidate the opinion of the dentist crowded at specialized dental clinics (SDC) of the municipality of the Colombo/PR, in relation to the profile professional and work process. **Methods** – This is a descriptive study with a quali-quantitative approach made through of the semi-structured questionnaire self-applicable. **Results** – The sample has been composed of 7 dentists, being 4 (57.16%) of masculine sex and 3 (42.87%) of the feminine one. In relation to referral, 6 (85.74%) professionals reported that the users do not arrive with the basic treatment dent concluded. Among the factors generators of demand, 85.74% cited the inappropriate referral, 57.16% the absenteeism of the users, 42.87% the lack of resources for the service, and 28.58% others reasons, and 14.29% the missing of the professionals. **Conclusion** – It concludes that, although the SDC of Colombo/PR raised qualify since 2005, still present a few weaknesses, among them, staff and reduced workload, difficulties in the organization of the flow, in addition to the lack of communication between services. That way is observed the necessity of the expansion of the human resources, professional qualification of the health network and strategic plan for the demand's organization, in order to fortify the work process these professionals.

Descriptors: Dental health services; Dental speciality; Health policy

Introdução

O Programa Brasil Sorridente foi apresentado oficialmente em 2003, em meio a uma nova conjuntura política. Na época, expressada como uma política subsectorial consubstanciada no documento 'Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal'¹.

No entanto, por vezes considera que tenha surgido em razão de "uma janela de oportunidade" decorrente de um "movimento político peculiar" correspondente ao "movimento de um grupo de militantes não pertencentes ao Governo Federal". Sua origem seria resultado de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentado nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal².

O Programa Brasil Sorridente apresenta entre suas principais linhas de ação, a ampliação e qualificação da Atenção Secundária (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Por conseguinte, a partir de 2004, começaram a ser implantados em todos os estados brasileiros, com base na Portaria nº 1.570/GM/MS, os CEO^{3,1}.

Os CEO são estabelecimentos de saúde, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, onde o tratamento ofertado é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. Sendo assim, devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor⁴.

Os CEO, segundo o modelo de regionalização, devem estar presentes nas regiões de saúde, em número proporcional à população residente, considerando as características territoriais e articulado à oferta de procedimentos básicos; compondo uma rede assistencial em saúde bucal⁵.

Estes estabelecimentos apresentam três configurações, o CEO Tipo I apresenta 3 cadeiras odontológicas, o CEO Tipo II de 4 a 6 cadeiras odontológicas, e o CEO Tipo III acima de 7 cadeiras odontológicas. Cada configuração recebe um valor de incentivo para implantação e custeio diferente, que é repassado pelo Ministério da Saúde⁶.

Portanto, surgiu a necessidade de avaliar os CEO no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal. Em fevereiro de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ – CEO), por meio da Portaria nº 261/GM/MS. Porém, em 2015, teve suas normas revisadas por meio da Portaria nº 1.599/GM/MS7, passando o 2º ciclo a ser organizado em três fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEO⁸.

A etapa de avaliação externa é realizada por um grupo de avaliadores de qualidade, que aplicam instrumentos para verificar os padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão. O instrumento de avaliação externa do PMAQ-CEO aborda aspectos relacionados à estrutura, disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos, instrumentais, assim como elementos relacionados a organização do processo de trabalho que são verificados por meio de entrevista com o gerente do serviço e com os profissionais de saúde⁸.

No entanto, as avaliações realizadas com os cirurgiões-dentistas acabam não contemplando a opinião desses profissionais quanto à organização do serviço, a infraestrutura e a qualidade dos serviços prestados pelo CEO. Dessa forma, surge a necessidade de avaliar os CEO também pelo ponto de vista do profissional. Atuando assim, como um indicador de resultado, a fim de consolidar a Atenção Secundária e Terciária⁹.

Nessa lógica, o presente estudo realizado no CEO do município de Colombo/PR, habilitado pela Portaria nº 217 de 11 de fevereiro de 2005, objetivou elucidar a opinião dos cirurgiões-dentistas lotados neste estabelecimento, em relação ao perfil profissional e processo de trabalho. Posteriormente, a partir desses dados, planejar ações em saúde dentro da realidade atual, refletindo assim, no processo de trabalho desses profissionais, da equipe de saúde bucal e principalmente no atendimento aos usuários.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quali-quantitativa, realizado com cirurgiões-dentistas lotados no CEO do município de Colombo/PR. A coleta de dados foi realizada no ano de 2016. Foram incluídos

no estudo os cirurgiões-dentistas lotados no CEO do município de Colombo/PR que atuavam há pelo menos 2 anos ou que estava na gerência da Atenção Secundária à Saúde Bucal.

A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário semiestruturado autoaplicável, sendo que a primeira parte dizia respeito ao perfil do profissional e a segunda às características do atendimento. Para todos os cirurgiões-dentistas convidados a participar da pesquisa, ocorreu a apresentação dos pesquisadores, explicação sobre a pesquisa, objetivo, riscos mínimos e benefícios. Após o aceite em participar no estudo, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução/CONEP 466/2012. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, parecer número 1.878.484, e pela Secretaria e Coordenação de Saúde Bucal do Município de Colombo.

Os dados obtidos a partir das questões fechadas, foram tabulados, sendo construído um banco de dados no programa Microsoft Excel®. Estes dados referiam-se às variáveis das questões fechadas. Já os dados provenientes das questões abertas, foram analisados segundo a técnica de análise temática.

A análise qualitativa foi realizada por meio da análise temática. Segundo Minayo (2007)¹⁰, “a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

O presente estudo foi desenvolvido no CEO do município de Colombo/PR, caracterizado como CEO do Tipo II. O município citado encontra-se entre os 7 mais populosos do Estado do Paraná, com população estimada de 229 mil habitantes¹¹. Atualmente possui 42 bairros, sendo 22 localizados em área urbana e 20 em área rural. Além disso, abrange mais de 200 loteamentos, sendo que 70% do território está localizado em área de Proteção Ambiental¹².

O município de Colombo faz parte da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Atualmente dispõe de 14 Unidades de Saúde da Família (USF) e 1 Unidade Básica de Saúde (UBS), todas com Equipes de Saúde Bucal, que realizam os encaminhamentos para o único CEO do município¹².

Resultados e Discussão

A amostra resultou em 7 cirurgiões-dentistas, sendo 4 (57,16%) do sexo masculino e 3 (42,87%) feminino. A média de idade dos participantes foi de 40 anos, com mínimo de 32 e máximo de 54 anos. Quanto ao tempo de atuação desses profissionais no CEO, 4 (57,14%) atuavam há mais de 11 anos, 1 (14,29%) atuava há 4 anos, 1 (14,29%) há 3 anos e 1 (14,29%) há 2 anos.

Com relação à forma de egresso no CEO, todos os profissionais foram contratados em regime estatutário, sendo que apenas um dos participantes enfatizou que não foi contratado para atuar diretamente no CEO. No

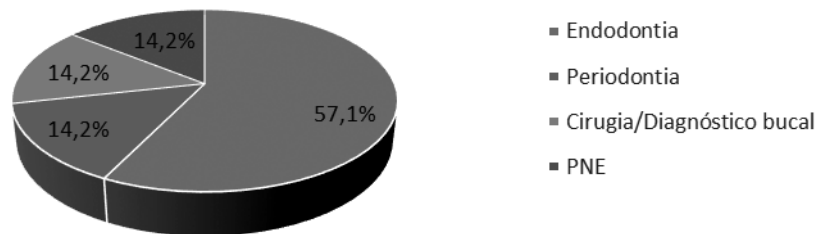


Gráfico 1. Especialidades em que atuam os cirurgiões-dentistas no CEO de Colombo-PR. 2016

Quadro 1. Distribuição dos cursos de pós-graduação em relação as especialidades que os cirurgiões-dentistas atuam no CEO de Colombo-PR. 2016

Especialidades que atuam no CEO	Cursos de pós – graduação		
	Aperfeiçoamento	Especialização	Mestrado
PNE	PNE	PNE	–
Endodontia	Endodontia	–	–
	Cirurgia	–	–
	Periodontia	–	–
Endodontia	–	Endodontia	–
Endodontia	Periodontia	Endodontia	–
	Prótese	Saúde Pública	–
Endodontia	–	–	Endodontia
Periodontia	Periodontia	–	–
Cirurgia/Diagnóstico bucal	–	–	–

* (–) Não apresentam

entanto, podemos observar que a realocação de cirurgiões-dentistas que atuavam na Atenção Básica para os CEO, ocorreu no Brasil principalmente entre os estabelecimentos que tiveram sua habilitação nos primeiros anos da criação do Programa Brasil Sorridente.

Nessa lógica, com o anseio de estruturarem os serviços de Atenção Secundária, alguns municípios realizaram o remanejamento de profissionais que atuavam na Atenção Básica para estes estabelecimentos. Como no estudo de Medeiros (2007)¹³, onde o processo seletivo para compor o quadro de profissionais dos CEO de Natal/RN, deu-se por meio de análise curricular daqueles que já atuavam na rede.

Quanto à carga horária semanal, 5 (71,45%) profissionais trabalhavam 20 horas semanais, e 2 (28,58%) 40 horas semanais. Resultado próximo ao encontrado no estudo de Souza (2009)⁹, onde 77,4% dos cirurgiões-dentistas trabalhavam 20h semanais.

Dentre as especialidades ofertadas no CEO observa-se no Gráfico 1, que a endodontia, realizada por 4 (57,14%) profissionais, sendo que as demais especialidades, como periodontia 1 (14,29%), atendimento a pacientes com necessidades especiais (PNE) 1 (14,29%), cirurgia/diagnóstico bucal 1 (14,29%), são realizadas por apenas um profissional de cada área.

Resultados semelhantes ao encontrado no estudo de Medeiros (2007)¹³ e Souza (2009)⁹, onde a maior representatividade do quadro de profissionais dos CEO pesquisados foi de endodontistas.

A Atenção Secundária exige dos profissionais um conhecimento pautado na área de atuação, além de demandar diversas vezes do uso de equipamentos e instrumentais específicos. Segundo Campos (2003)¹⁴, a complexidade mais básica do sistema está relacionada com níveis de conhecimentos mais abrangentes, enquanto as complexidades secundária e terciária exigem conhecimentos parcelados/especializados, que usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames.

Dessa forma, verificou-se que 6 (85,74%) dos profissionais apresentaram qualificação profissional em cursos de pós-graduação, sendo que apenas 1 (14,29%) não apresentava nenhum curso (Quadro 1). No estudo de Souza (2009)⁹, em entrevista a 31 profissionais, 24 possuíam cursos de pós-graduação, sendo que apenas um não possuía. Resultado semelhante ao encontrado no estudo de Medeiros (2007)¹³, que em um total de 31 profissionais, 25 possuíam pós-graduação e 6 não possuíam.

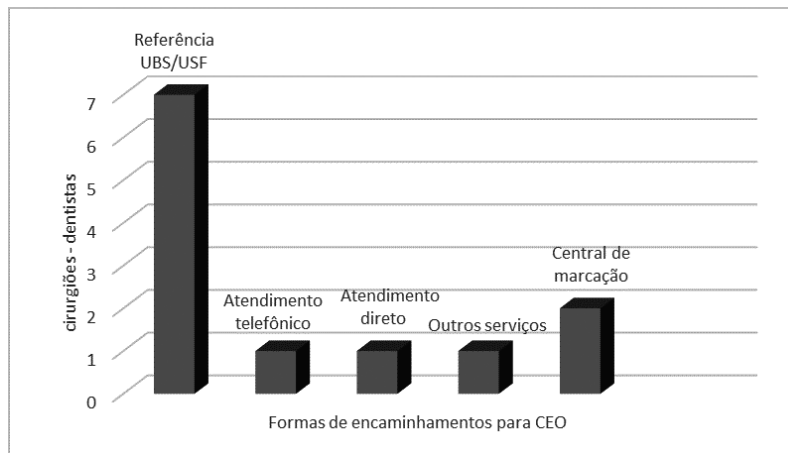


Gráfico 2. Formas de encaminhamentos para o CEO segundo os cirurgiões-dentistas de Colombo-PR. 2016

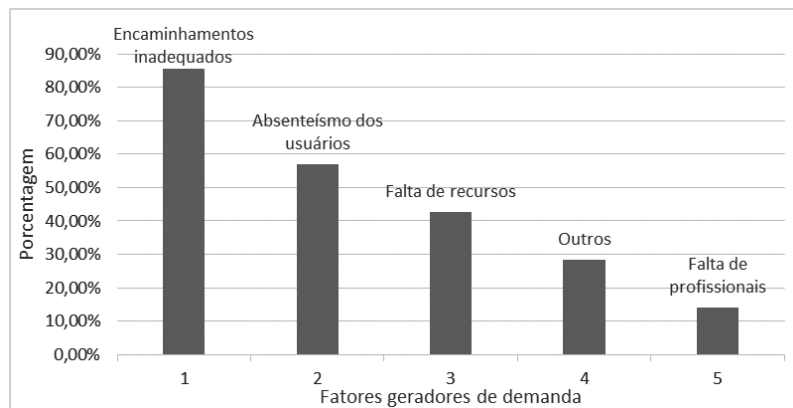


Gráfico 3. Fatores atribuídos à geração de demanda no município de Colombo-Pr. 2016

De acordo com Uchimura & Bosi (2002)¹⁵, a posição dos atores que avaliam ou emitem um julgamento, influencia a definição de qualidade e a relevância de determinados critérios ou componentes em detrimento de outros. Nessa lógica, quando questionados sobre as formas de encaminhamentos (referência), todos os profissionais (100%) relataram ocorrer com mais frequência por meio da UBS ou USF, seguida da Central de Marcação citada por 2 (28,58%) profissionais, além de outras formas, como agendamento telefônico, atendimento direto, entre outros, citada por apenas 1 (14,29%) profissional (Gráfico 2).

Resultado semelhante ao reportado em estudo de Souza (2009)⁹, onde todos cirurgiões-dentistas relataram que o encaminhamento ocorria por meio da UBS. Observado também no estudo de Medeiros (2007)¹³, que coloca que a organização do atendimento deu-se por meio de agendamentos de usuários referenciados principalmente pela UBS.

Em relação ao agendamento, verificou-se no presente estudo, que os usuários são agendados diretamente na Atenção Básica, após seguirem um fluxo de atendimento delineado no protocolo do município. No entanto, observa-se no estudo de Medeiros (2007)¹³, que cada profissional adota a forma que melhor se adequa à sua especialidade e, conseqüentemente, à sua demanda.

Segundo um dos fluxogramas do protocolo do município, as referências realizadas na Atenção Básica são encaminhadas diariamente para Central de Marcação, local onde são organizadas por data dentro do sistema. Quando chega a vez do usuário, a Central de Marcação envia uma notificação para a Atenção Básica, e outra ao usuário, comunicando que ele deve comparecer à USF. No local, ele recebe a referência com a data e horário do primeiro atendimento no CEO. Dessa forma, apesar de seguir um fluxo de atendimento, aparentemente bem organizado, essa forma burocrática do sis-

tema conforme ordem de inclusão, acaba não priorizando o princípio da equidade.

A forma de organização dos fluxos de atendimento, muitas vezes não garante o atendimento à população de uma forma humanizada. Problema acentuado pela falta de triagens nas USF ou pelo próprio sistema da Central de Marcação. Assim, é necessário repensar os fluxos e circuitos dentro do sistema, para que sejam redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades, e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas¹⁶.

A referência dos usuários para a Atenção Secundária deve ser realizada após o término do tratamento odontológico básico realizado na USF. No entanto, 6 (85,74%) profissionais informaram que os usuários não chegam com o tratamento odontológico básico concluído, sendo que apenas 1 (14,29%) respondeu que sim. Segundo Souza (2009)⁹, em estudo realizado, observou-se que 64,5% dos profissionais não recebem os usuários com o tratamento básico concluído.

A situação encontrada resulta em perda de tempo clínico, onde o profissional dedica seu tempo para outros procedimentos, sem ser o de maior complexidade. Por conseguinte, este fator acaba acarretando uma diminuição da oferta de vagas, onde a procura por essa especialidade é elevada, gerando como consequência o aumento do tempo de espera.

Além de gerar conflitos importantes na integração entre a Atenção Básica e Atenção Secundária, não apenas na indicação adequada de casos para esse nível de atenção, assim como, na chegada do paciente ao CEO sem a devida adequação e promoção de saúde bucal, funções da Atenção Primária¹⁷.

Outra questão abordada, foi a comunicação entre os cirurgiões-dentistas da Atenção Secundária e da Atenção Básica e a interação entre estes serviços. Figueiredo & Góes (2009)¹⁸ citam que a interface ideal entre os serviços deve levar em consideração algumas características como a equidade, a integralidade, a eficiência e a efetividade. Dessa forma, garante-se que as referências e as contrarreferências sejam apropriadas e devidamente oportunas, com mecanismos de triagem adequados.

Em relação ao quesito comunicação, a maioria dos profissionais 5 (71,45%) responderam que há comunicação entre a USF e o CEO, sendo que apenas 2 (28,58%) responderam que não ocorre.

A seguir, apresentamos alguns relatos de como ocorre essa comunicação, segundo os profissionais entrevistados:

CD-A: "Sim, em algumas situações através de contato telefônico".

CD-E: "Sim, dependendo do caso há possibilidade de se realizar contato telefônico para discussão do caso".

CD-F: "Sim, através do encaminhamento quando o profissional tem dúvidas através de contato telefônico".

No presente estudo, observa-se que a forma de contato mais citada, foi por meio do telefone, sendo poucos os casos reportados por fichas de referência. Diferente do encontrado em estudo de Souza (2009)⁹, onde a maioria dos profissionais afirmaram que a principal forma de interação ocorria por meio de fichas de referência, sendo pouco reportado o contato por meio de telefonemas.

Além da troca de informações, essa interação favorece a integração e a troca de experiência entre os profissionais. Por conseguinte, facilita o planejamento do acesso e os fluxos de atendimento aos usuários¹⁹. Porém, em relação à contrarreferência, 6 (85,74%) informaram que realizavam, sendo que apenas 1 (14,29%) não realizava. Contrastando com o encontrado no estudo de Souza (2009)⁹ e Medeiros (2007)¹³, onde os profissionais em sua maioria, não realizavam a contrarreferência.

A seguir, apresentam-se os motivos relatados pelos profissionais para a realização da contrarreferência no CEO do município de Colombo/PR:

CD-B: "Para informar que o tratamento foi concluído, medicações prescritas".

CD-C: "Preenchendo a contrarreferência e solicitando ao paciente que procure a unidade que veio".

CD-D: "Através da 2ª via da referência, indicando o trabalho realizado".

CD-G: "Após conclusão do tratamento é repassado por escrito, o tratamento via paciente para ser entregue ao dentista solicitante".

Foi verificado também, que 6 (85,74%) profissionais relataram realizar referência entre as especialidades do CEO. Essa prática possibilita uma maior resolutividade dos tratamentos, além de evitar a necessidade de uma nova referência pela Atenção Básica, evitando longos períodos de espera ou a desistência. Situação semelhante foi encontrada por Medeiros (2007)¹³ no CEO de Natal/RN, onde a referência era realizada internamente pelos especialistas, apoiados pelo gestor local.

Os cirurgiões-dentistas opinaram também sobre o sistema de referência e contrarreferência que ocorre entre a USF e o CEO do presente estudo. A seguir nota-se suas falas:

CD-B: "Sim, para trocar informações".

CD-E: "Sim, porém algumas informações são omitidas por alguns profissionais ao escrever a referência".

CD-G: "Sim, facilita a comunicação entre o clínico e o especialista".

CD-C: "Não como deveria, pois o protocolo nem sempre é seguido".

CD-F: "Nem sempre, referências preenchidas com dados insuficientes".

O CD-B cita que a referência/contrarreferência serve para "trocar informações", contemplando o objetivo do sistema. Já o CD-C, relata que não funciona como deveria, "pois o protocolo nem sempre é seguido". Esta situação também foi verificada em estudo realizado por Medeiros (2007)¹³, onde por meio de entrevista

com profissionais da USF, houve relatos de encaminhamentos dos usuários em vários momentos do atendimento. Contudo, percebe-se que os profissionais não seguem recomendações contidas nos protocolos, municipal e nacional.

Segundo Cecílio (1997)¹⁶, o protocolo é um instrumento valioso na solução de alguns problemas relacionados à competência dos níveis de atenção. Além disso, foi disponibilizado pelo Ministério Saúde em 2006, o Caderno de Atenção Básica nº 17, onde consta recomendações de como devem ser realizadas as referências e contrarreferências.

Sabemos que a complexidade dos serviços odontológicos está diretamente associada ao tipo de procedimento a ser realizado, bem como sua relação com outros fatores, tais como características dos equipamentos e disponibilidade de profissionais especializados, buscando-se a otimização do atendimento¹⁸.

Nesse sentido, buscou-se a percepção dos profissionais sobre essa temática. Dessa forma, 4 (57,16%) disseram que há recursos disponíveis para a realização dos procedimentos, contrapondo 3 (42,87%), que relataram não dispor de recursos.

Quanto à infraestrutura do CEO, foi solicitado aos profissionais que classificassem entre as opções boa, regular e ruim. Dentre os resultados, 3 (42,87%) consideraram boa, 3 (42,87%) regular e 1 (14,29%) ruim.

Em relação aos fatores que poderiam ser atribuídos à geração de demanda, na concepção dos profissionais do CEO estudado (GRÁFICO 3). Foram citados que em 85,74% dos casos, os encaminhamentos eram inadequados. Para 57,16% dos profissionais, o absenteísmo dos usuários é o segundo problema mais prevalente. Em terceiro, 42,87% citaram a falta de recursos para o atendimento. Em quarto, 28,58% outros motivos (falta de prevenção e educação preventiva por parte da USF), seguido de 14,29%, pela falta de profissionais.

Os encaminhamentos inadequados foram apontados como o maior fator gerador de demanda no município pelos profissionais do CEO estudado. Conforme encontrado em estudo de Chaves et al. (2011)¹⁷, onde procedimentos de responsabilidade da Atenção Básica estavam sendo encaminhados para a Atenção Secundária.

No presente estudo, a especialidade de periodontia é composta em aproximadamente 95% dos casos, por procedimentos de raspagem, alisamento e polimento sub e supra gengival e raspagem corono-radicular. Ou seja, que não deveriam ser referenciados à Atenção Secundária¹⁷.

O segundo fator mais citado, foi o absenteísmo dos usuários, provavelmente gerado pela demora para conseguir o atendimento na Atenção Secundária. O CEO do município de Colombo/PR apresenta em média um intervalo de agendamento entre a consulta inicial e o atendimento propriamente dito, de mais de 180 dias, citado por 5 (71,45%) profissionais.

O absenteísmo é um dos fatores que contribuem para a redução da taxa de uso desses serviços. Fato constatado pela ausência de substituição de usuários faltosos,

sem marcação extra¹⁷. Portanto, é necessário criar alternativas, visando diminuir as faltas e otimizar o aproveitamento de vagas, além do tempo clínico dos cirurgiões-dentistas, que acabam ficando ociosos no CEO durante este período.

Nessa lógica, o agendamento é um fator importante para a acessibilidade aos serviços. Uma alternativa encontrada pelo município de Colombo/PR, foi a reestruturação da forma de agendamento dos usuários para o atendimento. Assim, o CEO realiza a busca ativa dos usuários por meio telefônico. Se o usuário for encontrado e tem interesse, é realizada a atualização cadastral e reenvio da guia para o CEO com prioridade. Não havendo interesse a referência retorna à USF, sendo arquivada no prontuário. Caso o usuário não seja encontrado, a referência retorna à USF para a realização da busca ativa. Essa forma de organização contribui para a diminuição do tempo de espera.

Outra questão abordada pelos profissionais, foi a ausência de educação preventiva pelas USF como fator atribuidor da demanda. Erdmann et al. (2013)¹⁹, apontaram que uma atenção primária resolutiva, traz consequências positivas para toda a rede, devido à diminuição da demanda nos demais níveis de atenção. Por outro lado, a baixa resolubilidade da Atenção Primária acarreta o aumento da demanda para a Atenção Secundária.

Conclusão

Apesar do CEO do município de Colombo/PR apresentar-se habilitado desde 2005, pela Portaria nº 217 de 11 de fevereiro, ele ainda não evidencia uma rede bem estruturada. Demonstrada por algumas fragilidades constadas no estudo, como equipe e carga horária reduzida, dificuldades na organização do fluxo, além da falta de comunicação entre os serviços (Atenção Básica e Atenção Secundária).

O estabelecimento oferta todas as especialidades, consideradas mínimas, estabelecidas na Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. No entanto, a falta do serviço de prótese acaba gerando uma certa insatisfação do usuário, nos casos em que necessitem de tal procedimento.

Dessa forma, a fim de garantir a integralidade do atendimento, considerado um dos princípios do SUS, deve ser pensada a inclusão de um laboratório de prótese dentária, a fim de garantir a continuidade do cuidado.

Os gestores são essenciais para que haja correto funcionamento dos serviços, tanto em aspectos estruturais como de recursos humanos. No entanto, o CEO do município de Colombo/PR sofreu recentemente com uma diminuição da carga horária dos cirurgiões-dentistas lotados no estabelecimento. Por conseguinte, resultando na diminuição de atendimento e vagas, ocasionando um maior aumento na fila de espera, afetando de maneira direta os usuários, que já aguardavam meses para serem atendidos.

Entretanto, algumas medidas tomadas, como a reorganização do fluxo de atendimento e atualização do protocolo municipal de saúde, foram realizadas durante o percurso do estudo, sendo medidas eficazes para reduzir o absenteísmo, fator que acarreta prejuízo tanto aos profissionais quanto aos usuários.

É necessário desenvolver mecanismos que melhorem o processo de trabalho, a fim de buscar maior qualidade dos serviços ofertados à população, assim como fortalecer o profissional, disponibilizando materiais necessários para o desenvolvimento de sua especialidade.

Quanto à referência e contrarreferência, observa-se que ainda há fragilidades neste processo. Dessa forma, é necessário desenvolver a capacitação dos profissionais das redes de atenção para que haja efetiva comunicação entre os serviços.

Observa-se, também, a necessidade de ampliar o número de profissionais, a fim de garantir agilidade nos serviços prestados, buscando diminuir a fila de espera, a fim de fortalecer o processo de trabalho desses profissionais.

Referências

1. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate*. 2009; 33(81):64-71.
2. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2011; 5(3): 21-34.
3. Ministério da Saúde (BR). Passo a passo das ações do Brasil Sorridente. Brasília; 2013³ [acesso 5 jan. 2016]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. Brasília; 2016a. [acesso 30 jan. 2016]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo_a_Passo_Saude_Bucal_final.pdf>.
5. Lucena EHG, Sobrinho JEL, Werneck MAF, Martelli PJJ, Oliveira TF. Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no processo de regionalização da assistência à saúde bucal no Brasil. In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ. *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: UFPE; 2016.
6. Ministério da Saúde (BR). Brasil Sorridente – Centro de Especialidades Odontológicas. Brasília; 2016b. [acesso 18 fev. 2016]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=ceo>.
7. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde. Secretaria de

Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Manual Instrutivo Para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília; 2013 [acesso 2 fev. 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_pmaqceo

8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ - CEO). Manual Instrutivo 2º Ciclo (2015 – 2016). Brasília; 2015 [acesso 2 fev. 2016]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=3_ciclo>.

9. Souza GCA. Centro de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal [dissertação de mestrado]. Natal: Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.

10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

11. DATASUS (Departamento de informática do SUS). Núcleos Regionais [acesso 28 fev. 2016]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/index.php/nucleos-regionais/parana>.

12. Prefeitura Municipal de Colombo. Site Oficial. 2015 [acesso 11 nov. 2015]. Disponível em: <www.colombo.pr.gov.br>.

13. Medeiros E. Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade [dissertação de mestrado]. Natal: Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.

14. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2003; 8(2): 393-403.

15. Uchimura KL, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(6): 1561-9.

16. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*. 1997; 13(3): 469-78.

17. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SGD, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(1):143-54.

18. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(2): 259-67.

19. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(Spec).

Endereço de correspondência:

Hevelyn Xavier Luciano
Rua Padre Camargo, 280 7º Andar – Alto da Glória
Curitiba-PR, CEP 80060-240
Brasil

E-mail: hevelynxavier20@gmail.com

Recebido em 13 de junho de 2018
Aceito em 3 de setembro de 2018