

# Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas

## Reference and counter-reference in oral health: regulation of access to specialized dental care centers

Georgia C. Souza, Maria Luisa D. Sousa Lopes, Angelo G. Roncalli, Antonio Medeiros-Júnior e Iris do Céu Clara-Costa

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Natal, Brasil. [georgia\\_odonto@yahoo.com.br](mailto:georgia_odonto@yahoo.com.br); [malu\\_diniz@hotmail.com](mailto:malu_diniz@hotmail.com); [roncalli@terra.com.br](mailto:roncalli@terra.com.br); [amjunior@ufrnet.br](mailto:amjunior@ufrnet.br); [iris\\_odontoufrn@yahoo.com.br](mailto:iris_odontoufrn@yahoo.com.br)

Recebido 19 Junho 2014/Enviado para Modificação 3 Agosto 2014/Aprovado 20 Janeiro 2015

### RESUMO

**Objetivo** Fundamentado no sistema de referência e contra referência e na integralidade na atenção à saúde bucal, objetivou-se analisar formas de encaminhamento aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a interface entre estes e a Atenção Básica.

**Métodos** Trata-se de um estudo transversal desenvolvido com usuários e dentistas dos CEO de uma região Metropolitana do Nordeste do Brasil. As análises foram do tipo descritiva e teste de associação pelo qui-quadrado.

**Resultados** Seis formas de ingresso ao serviço especializado foram identificadas, sendo a demanda livre (13,8 %) e a referência pelo dentista da Atenção Básica (63,2 %) as mais frequentes. Usuários encaminhados pelo dentista da unidade básica de saúde demonstraram mais interesse em realizar a contra referência que os demais ( $p < 0,001$ ;  $RP = 4,65$ ; IC 95 %: 2,74-7,91), enquanto indivíduos sem esse encaminhamento tiveram 1,49 vezes mais dificuldade de conseguir atendimento (IC95 %: 1,02-2,17). A forma de encaminhamento é fator decisivo para a contra referência, contudo a alta demanda para a Atenção Básica e a pouca oferta destes serviços frente às necessidades comprometem o desempenho do CEO.

**Conclusões** A análise das práticas de saúde bucal, na perspectiva de modelagem de redes, aponta para a necessidade dos serviços efetivarem protocolos de regulação, que culminem na melhoria do acesso e qualidade da atenção prestada.

**Palavras-chave:** Avaliação de serviços de saúde, serviços de saúde bucal, acesso aos serviços de saúde (*fonte: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** Based on the system of reference and counter-reference and comprehensiveness in oral health care, we aimed to examine ways of referring

users to Specialized Dental Care Centers (SDCC) and the interface between them and Primary Care.

**Methods** This is a cross-sectional study carried out with users and dentists of SDCC in a metropolitan region of Northeast of Brazil. Analyses were descriptive, and the association test was done with chi-square.

**Results** Six forms of entry to specialized service were identified: free demand (13.8 %) and reference by the Primary Care dentist (63.2 %) were most frequent. Users referred by the basic health unit dentist had more interest in making a counter-reference than the others ( $p < 0.001$ ,  $PR = 4.65$ , 95 % CI: 2.74 to 7.91), while individuals without this referral had 1.49 times more difficulty obtaining care (95 % CI: 1.02 to 2.17). Referral procedures are a decisive factor for counter-references. However, the high demand for primary care services and the short supply these services can offer in the face of needs make SDCC performance difficult.

**Conclusion** The analysis of oral health practices from the perspective of network modeling points to the service's need to establish protocols for regulation in a bid to improve access to and the quality of care provided.

**Key Words:** Health services evaluation, dental health services, health services accessibility (*source: MeSH, NLM*).

## RESUMEN

**Referencia y contrarreferencia en salud oral: la regulación del acceso a los centros de atención dental especializados**

**Objetivo** Con base en la referencia y contra referencia e integridad en la atención de la salud oral, tuvo como objetivo examinar formas de remisión a Centros de Atención Dental Especializados (CADE) y la interfaz entre ellos y la atención primaria.

**Métodos** Se trata de un estudio transversal desarrollado con los usuarios y los dentistas de CADE de la región metropolitana de Nordeste de Brasil. Los análisis fueron la prueba descriptiva y asociación mediante chi-cuadrado.

**Resultados** Se identificaron seis formas de entrada al servicio especializado, la demanda libre (13,8 %) y la referencia por el dentista de la atención primaria (63,2 %) fueron los más frecuentes. Los usuarios remitidos por el dentista de la unidad básica de salud tenían más interés en hacer una contra-referencia que los demás ( $p < 0,001$ ,  $PR IC = 4,65$ , 95 %: 2,74 a 7,91), mientras que los individuos sin esta referencia tenían 1:49 veces más dificultad para recibir atención (IC del 95 %: 1,2 a 17,2). La forma de enrutamiento de los usuarios es un factor decisivo para la contra referencia, sin embargo, la alta demanda de la atención primaria y la escasa oferta de estos servicios por delante las necesidades comprometen el desempeño del CADE.

**Conclusiones** El análisis de las prácticas de salud oral, desde el punto de vista de la modelización de la red, señala que los servicios deben establecer protocolos para la regulación, que culminen en la mejora del acceso y la calidad de la atención prestada.

**Palabras Clave:** Evaluación de servicios de salud, servicios de salud dental, accesibilidad a los servicios de salud (*fuente: DeCS, BIREME*).

**D**urante décadas, a assistência odontológica no Brasil se caracterizava por modelos de atenção fragmentados e práticas mutiladoras. O rompimento com esse paradigma odontocentrado veio com a

paulatina inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, com reorganização das práticas de saúde e ampliação do acesso aos serviços odontológicos a milhares de brasileiros (1,2).

O aumento do acesso ao nível secundário em odontologia tornou-se possível com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), pós-implementação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004. Suas diretrizes apontam para a reorganização da atenção, com expansão das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica e atendimentos odontológicos especializados por meio dos CEO, em busca da integralidade dos serviços de saúde bucal como caminho para redução das desigualdades (3-5).

Os CEO foram planejados como unidades de referência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, com procedimentos clínicos odontológicos complementares, criando-se um sistema de referência e contra referência importante para a organização da demanda e atendimento às necessidades de saúde do cidadão. Deste modo, os profissionais da AB são responsáveis pelo primeiro contato com usuários, realização de diferentes ações de saúde e procedimentos clínicos e devem encaminhar aos centros especializados apenas casos mais complexos (4,5).

Estudos sobre atenção secundária em saúde bucal estão em ascensão no Brasil (6-10), importantes para a avaliação destas ações em virtude da complexidade organizacional dos serviços. O atendimento nos CEO deve ser norteado pela integralidade da atenção, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (8,11). Diretriz política, ideal ou objetivo, a integralidade se torna um atributo relevante na avaliação da qualidade do cuidado e dos serviços voltados para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (12,13), objetivando atender as necessidades da população em qualquer nível de atenção, de forma que estes funcionem como uma rede.

A avaliação da integralidade vem associada ou mesmo confundida com medidas de acesso. Um conjunto amplo de ações ofertado num sistema de saúde só terá efetividade na medida de sua utilização com equidade e com cuidados integrais, com regulação do acesso e definição de protocolos clínicos e fluxos assistenciais, monitoramento e avaliação das referências, integração das ações e serviços (14). Ainda, a verificação da existência

de recursos capazes de responder à demanda dá uma ideia das condições estruturais para que a integralidade possa ocorrer (12).

Nesse contexto, o acesso dos usuários aos serviços de saúde bucal e sua trajetória entre os níveis de Atenção Básica e Secundária, também designada de “interface”, são considerados fundamentais para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a integralidade (15). O entrave ou dificuldade de acesso em algum dos níveis pode significar um reordenamento “natural” para aquele em que o acesso é facilitado (16).

O acesso à atenção odontológica apresenta desigualdades marcantes no Brasil, com indefinições sobre a função dos CEO perante os principais agravos bucais, e está no acesso à Atenção Básica e na melhoria dos indicadores sociais a redução dessas iniquidades (17). Em contrapartida, a precariedade nas relações de trabalho e as dificuldades no encaminhamento para os níveis de maior complexidade comprometem o avanço no modelo assistencial em saúde bucal (18). Ademais, para uma prática que ainda está centrada em exodontias e poucas ações preventivas, é necessária uma atenção especializada recuperadora e reabilitadora.

Desta forma, diante do atual contexto de redes de atenção integral em saúde bucal a partir da PNSB, este estudo objetivou analisar formas de encaminhamento dos usuários aos Centros de Especialidades Odontológicas e a interface entre estes e as Unidades de Atenção Básica, considerando a relação de referência e contra referência.

## MÉTODOS

Este é um estudo exploratório transversal de caráter avaliativo. A pesquisa foi realizada na Grande Natal, uma região metropolitana do Nordeste do Brasil. Consiste numa região em contínuo processo de crescimento, relevância econômica e de concentração dos equipamentos e serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Norte. Nesta, quatro Centros de Especialidades Odontológicas foram avaliados, em quatro diferentes municípios.

A população estudada consiste nos usuários e cirurgiões-dentistas dos CEO citados, os quais foram entrevistados no próprio espaço da unidade de saúde. Sobre as entrevistas realizadas no serviço de saúde, Kloetzel (19) e Ramos & Lima (20) evidenciam que os pacientes reagem de maneira

semelhante ao serem interrogados no próprio serviço ou em ambiente domiciliar, de modo que a coleta de dados levantada no serviço não impede o usuário de criticá-lo.

Foi realizado um estudo piloto em um CEO para adequação da entrevista e cálculo do tamanho da amostra, em que se obteve como “prevalência estimada do evento” o indicador “pretensão de realizar a contra referência”, uma vez que esta informação não está disponível devido à ausência de estudos semelhantes. A prevalência encontrada foi de 20 % e, adotando um nível de confiança de 95 % e uma margem de erro de 27 %, a amostra totalizou  $n=253$  usuários, os quais foram distribuídos equitativamente entre os CEO existentes na unidade de aglomeração analisada. A seleção dos usuários participantes se deu a partir dos seguintes critérios de inclusão: ter sido atendido no CEO no mínimo uma vez, ter mais de 18 anos e ter disponibilidade para participar (a exemplo dos demais sujeitos amostrais). Além disso, a entrevista foi realizada com todos os 31 cirurgiões-dentistas.

Os dados foram levantados por meio de entrevista semi-estruturada e seguiram roteiros previamente estabelecidos elaborados com base na Pesquisa Mundial de Saúde 2003 (21), realizada no Brasil pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O protocolo de pesquisa recebeu parecer favorável à sua execução pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob o número 189/08. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo respeitados os princípios da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. As variáveis do estudo foram analisadas descritivamente e para avaliar a relação entre as variáveis independentes e a forma de referência ao CEO realizou-se teste de associação pelo qui-quadrado, estimando-se a razão de prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança (IC).

O presente estudo permite comparações entre realidades semelhantes, além de embasar-se na integralidade em saúde bucal, com abordagem crítica ao tema, possibilitando inferência para outros locais do país.

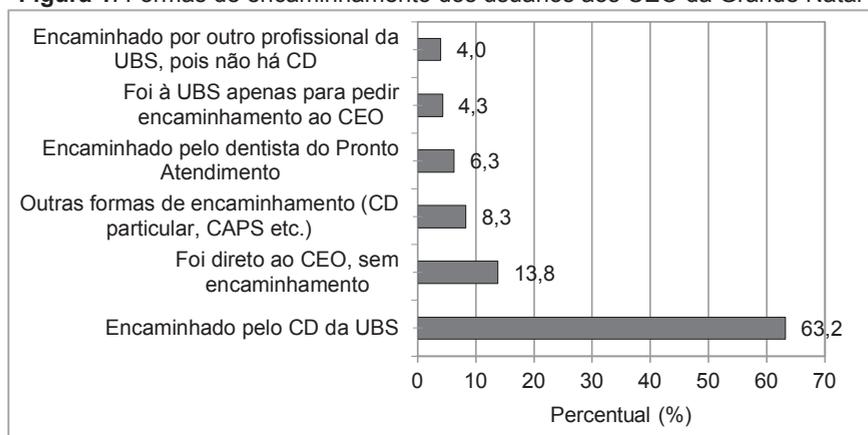
## RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 253 usuários dos quatro Centros de Especialidades Odontológicas da Região Metropolitana de Natal, com

predominância do sexo feminino (n=177; 70 %). A idade média foi de 40,58 anos (18-76), a escolaridade média foi de 7,15 anos de estudo (0-16) e a renda média familiar de 857,22 reais (0-5000).

Grande parte dos usuários experimentaram atendimentos odontológicos, públicos ou privados, anteriores ao CEO. Estes indivíduos chegaram aos CEO de várias formas, sendo sua maioria (63,2 %) encaminhada pelos dentistas da Atenção Básica/Unidade Básica de Saúde (UBS). Contudo, 36,7% dos usuários não passaram pelo atendimento do dentista da UBS, o que institui o CEO como uma das portas de entrada para o serviço odontológico (Figura 1).

**Figura 1.** Formas de encaminhamento dos usuários aos CEO da Grande Natal



**Tabela 1.** Relação entre a forma de referência do usuário ao CEO e a realização da contra referência, dificuldade em conseguir atendimento, resolução do problema e satisfação

Variável	Forma de referência		Qui2	p	RP (IC 95%)
	Demanda livre, PA, ou outras formas	Encaminhado pelo CD da			
	n	%	n	%	
<b>Pretende realizar a contra referência</b>					
Não	80	55,4	64	44,4	50,79 <0,001 4,65 (2,74-7,91)
Sim	13	11,9	96	81,1	
<b>Dificuldade em conseguir atendimento</b>					
Sim	17	51,5	16	48,5	3,55 0,059 1,49 (1,02-2,17)
Não	76	34,5	144	65,5	
<b>Problema resolvido</b>					
Sim	2	14,3	12	85,7	3,22 0,073 0,37 (0,10-1,36)
Não	91	38,1	148	61,9	
<b>Satisfação</b>					
Insatisfeito	9	39,1	14	60,9	0,61 0,80 1,07 (0,62-1,83)
Satisfeito	84	36,5	146	63,5	

Após realização dos testes qui-quadrado, verificou-se que indivíduos encaminhados aos CEO pelo cirurgião-dentista da UBS tinham mais interesse em realizar acompanhamento por este profissional após o tratamento no CEO, por meio da contra referência, que os demais usuários ( $p < 0,001$ ), apresentando  $RP = 4,65$  (IC 95 %: 2,74-7,91). Essa associação não foi verificada quando se analisou a dificuldade de conseguir atendimento no CEO, a resolução do problema e a satisfação com o atendimento (Tabela 1). Contudo, usuários dos CEO sem ficha de referência apresentaram mais chance de ter dificuldade de conseguir atendimento, em comparação aos encaminhados pelos dentistas da UBS (IC95 %: 1,02-2,17).

Figuram como motivos principais do desinteresse em realizar a contra referência a conclusão do tratamento odontológico no CEO e não ter sido encaminhado pelo dentista da UBS (Tabela 2 e 3).

**Tabela 2.** Justificativas dos usuários para a realização ou não da contra referência após o tratamento no CEO

Não desejam retornar à UBS	n	%
Concluiu ou concluirá o tratamento no CEO	42	27,5
Não foi ao CEO por meio da UBS	37	24,2
Procura o CEO para atendimento Odontológico	24	15,7
Problemas encontrados na UBS	18	11,8
Caso de prótese e só resolve no CEO	13	8,5
Procurará serviço privado	5	3,3
Não recebeu instrução para retornar à UBS	5	3,3
Prefere o CEO à UBS	4	2,6
Foi à UBS só para pegar encaminhamento	3	2,0
É paciente especial	2	1,3
Total de citações	153	100

**Tabela 3.** Justificativas dos usuários para a realização ou não da contra referência após o tratamento no CEO

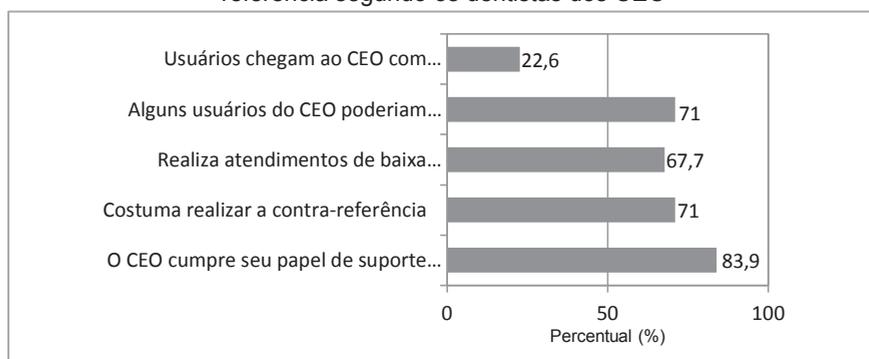
Desejam retornar à UBS	n	%
Para concluir o tratamento	54	47,4
Para fazer acompanhamento	30	26,3
Por recomendação do dentista da UBS	12	10,5
Pois gosta do atendimento do dentista da UBS	7	6,2
Para pegar outro encaminhamento para o CEO	4	3,5
Para mostrar que foi atendido no CEO	3	2,6
Porque a UBS é próxima à residência	3	2,6
Por recomendação do dentista do CEO	1	0,9
Total de citações	114	100

Por outro lado, a maioria dos usuários que pretende retornar à Atenção Básica tem como motivo a conclusão do tratamento iniciado no CEO, seguido de desejar ter um acompanhamento da situação de saúde bucal, revelando a importância dada à saúde. Outro fator importante é a recomendação dada

pelo dentista da UBS para o usuário retornar à unidade (10,5 %), pois é interessante que exista um controle sobre os encaminhamentos e sobre a realização dos procedimentos especializados propostos (Tabela 2 e 3).

A despeito das características do atendimento nos CEO, 77,4 % (n=24) dos dentistas informaram que os usuários não realizaram previamente tratamento odontológico básico (Figura 2). Desta forma, estes dentistas (67,7 %; n=21) destinam parte do tempo de trabalho para realizar atendimentos de baixa complexidade, que poderiam ser resolvidos na Atenção Básica, revelando-se, assim, a utilização do CEO como primeira opção para atendimento odontológico.

**Figura 2.** Distribuição percentual sobre aspectos da referência e contra referência segundo os dentistas dos CEO



## DISCUSSÃO

Os Centros de Especialidades Odontológicas foram criados para realizar tratamentos odontológicos especializados para a população brasileira, apoiados nas necessidades de saúde apontadas em levantamentos epidemiológicos, como o SB Brasil 2003 (22), e são considerados uma das frentes de ação da PNSB (5). Estes centros geram uma reorganização na atenção em saúde bucal, a qual precisa ser estabelecida a partir de características da equidade, integralidade, eficiência e efetividade.

Este estudo mostrou que o atendimento nos CEO esteve acessível a indivíduos encaminhados de diversas formas, inclusive demanda livre. Não houve diferença significativa na dificuldade de conseguir atendimento no CEO entre os indivíduos com encaminhamento pelo dentista da UBS e indivíduos sem este encaminhamento.

A grande maioria dos usuários teve seu problema resolvido nos CEO avaliados independente da forma de encaminhamento, o que coincide com a satisfação com o atendimento pela quase totalidade dos usuários. Este resultado mostra-se diferente ao verificado no estudo de Chaves (8) em que pessoas encaminhadas pela rede básica tiveram 5,97 vezes mais chance de concluir o tratamento básico do que aquelas que chegaram por livre demanda ou encaminhadas por pronto-socorro ou hospital.

O atendimento prévio e encaminhamento pelo dentista da Atenção Básica é fator determinante para a integralidade na atenção em saúde bucal. Assim, usuários que são referenciados pelos dentistas da AB têm 4,65 vezes mais chances de realizar a contra referência pós-tratamento no CEO que aqueles encaminhados de formas diversas ou livre demanda ( $p < 0,001$ ).

A relação entre Atenção Básica e Secundária em saúde bucal vem sendo discutida no âmbito nacional e internacional (23,24) e seu desafio se encontra em tornar esses serviços tão eficazes quanto possível. A interação entre os cuidados em saúde bucal nesses níveis de atenção apresenta três características fundamentais: interdependência, integração e complexidade. Interdependentes, pois a Atenção Básica precisa referenciar os pacientes com necessidades não supridas neste nível e os CEOs precisam de uma saída para controle dos casos concluídos nos cuidados de rotina da AB. Integrados, pois ambos os níveis precisam ter clareza sobre a solicitação do outro, ou seja, ações definidas. Ademais, a prática em saúde bucal é complexa, os cuidados secundários estão sujeitos a uma gama de influências, ocorrem diferentes percepções por parte de grupos profissionais, e o que funciona em um local não necessariamente funcionará em outro (23).

Neste estudo, a interdependência entre os serviços foi uma das características em evidência, visto que a maioria dos usuários dos CEO foi encaminhada por dentistas da Atenção Básica. Contudo, a utilização dos centros como uma porta de entrada para o serviço odontológico foi expressiva e proporcionalmente superior a achados anteriores, como o estudo de Chaves (8), em que 13,1 % dos usuários tiveram acesso ao CEO por livre demanda ou indicações diversas (como dentista particular), e ainda o estudo de Vazques (25), no qual não houve demanda espontânea, sendo todos os atendimentos referenciados. Por conseguinte, usuários que compõem esta livre demanda chegam ao CEO com necessidades básicas que poderiam ser tratadas no nível primário, dificuldade apontada pelos dentistas entrevistados, sendo o Centro de Especialidades utilizado

também para realização de atendimentos de baixa complexidade, o que pode comprometer a execução de suas atividades.

Problemas encontrados na UBS, dentre estes as limitações de acesso aos cuidados bucais, influenciam na busca ao CEO, que para alguns é o único local onde conseguem atendimento. Esta é uma das principais justificativas para a não realização da contra referência pelos usuários. De forma semelhante a este estudo, Vazquez (25) pesquisaram sobre o retorno à UBS, verificando que 87,7 % e 84,3 % (em duas regiões de saúde) de usuários que retornaram ao dentista da UBS pós tratamento no CEO. Considerando que estes usuários foram encaminhados pela AB, tal resultado foi similar ao encontrado dentre os usuários com encaminhamento (81,1 %). Por outro lado, usuários que constituem demanda livre têm mais chances de não realizar a contra referência (55,4 %). Os principais motivos relatados no estudo de Vazquez (25) para não voltar à UBS de origem são mais relacionados à questões particulares, diferentemente dos principais motivos verificados nestes estudo, correspondentes a uma categoria de organização do sistema, como “não ter sido encaminhado pela AB”, “procurar o CEO para tratamento odontológico” e “problemas na AB”. Desta forma, Viorklumds (26) afirma que se a população não conta com as ferramentas adequadas para resolver os problemas na Atenção Básica, recorre aos níveis de maior especialização, principalmente quando há pouco poder resolutivo, poucas horas de atendimento dos profissionais de saúde ou de funcionamento das unidades e também por desconhecer a organização do sistema.

De fato, a população mostrou nesta pesquisa que busca a solução para seus problemas e acessa o serviço onde barreiras sejam minimizadas, independentemente do nível de atenção. Conforme Cecílio (16), aqueles que dependem exclusivamente do SUS têm que montar o seu próprio “menu” de serviços, buscando onde for possível o atendimento de que necessita. Porém quem mais sofre com isto é essa mesma população que ultrapassa os bloqueios e se utiliza de múltiplas entradas, notadamente em condições agudas associadas às manifestações dolorosas, tentando garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria, na medida em que o sistema de saúde não se organiza para isto.

O elemento desencadeador na determinação da referência é, segundo Figueiredo (27), o profissional da AB, atuando como agente de triagem, identificando pacientes que se beneficiariam do cuidado especializado,

referenciando-o e controlando a demanda imprópria ao cuidado secundário. Estas representam custos desnecessários, não obstante o efeito em listas de espera. Esta íntima relação entre os níveis de atenção em saúde bucal é ainda apontada por Chaves (8), que ressaltam que a maior cobertura da AB no território em que o serviço especializado se situa constitui um fator relevante para a garantia da integralidade na assistência à saúde bucal nos CEO.

Como se percebe, a organização prática da entrada no sistema de saúde é diferente da dinâmica que considera a Atenção Básica como o único meio. Sendo assim, é importante considerar as múltiplas possibilidades de entrada pelos meios acessíveis aos usuários e, a partir desta busca, gerar orientação e resolutividade para seus problemas. Figueiredo & Góes (6) corroboram este apontamento, afirmando que o CEO pode diminuir as barreiras ao acesso e oferta de ações básicas reorganizando o fluxo de usuários.

A regulação do acesso aos serviços de saúde bucal pode apontar mecanismos mais eficientes de controle organizacional e garantia de qualidade. Porém, a atribuição dos papéis de cada nível, existente desde 2008 por meio do Manual de Especialidades em Saúde Bucal (28), deve ser precedida de capacitação profissional por meio do estímulo à educação permanente e maior cobertura, intencionando satisfazer as demandas, necessidades e representações da população.

Uma relação ideal entre a Atenção Básica e Secundária em saúde bucal deve ser baseada em características como a equidade, em que necessidades distintas sejam tratadas segundo suas especificidades, com casos apropriados referenciados para um nível de maior especialidade; a integralidade, onde os tratamentos não ofertados no nível primário existem e são acessíveis no nível secundário; e eficiência e efetividade, em que os encaminhamentos ocorrem no tempo certo, os usuários são contra referenciados quando o tratamento especializado é concluído e o contato com o dentista da AB é constante, mesmo quando em tratamento no nível secundário (24). A descrição desta situação ideal nos serviços de saúde pode auxiliar a desvendar e compreender os problemas existentes, favorecendo a busca das soluções possíveis.

Apesar de dificuldades verificadas na referência e contra referência, resultados como a satisfação dos usuários com o atendimento e os CEO estarem cumprindo com papel de suporte da Atenção Básica são achados importantes deste estudo e valorizam a reorganização da atenção por meio da PNSB.

Este estudo avaliativo vem esclarecer a organização da demanda do nível secundário de atenção em Odontologia, servindo como alicerce aos serviços nacionais na construção da integralidade. Os achados contribuem para conhecimento deste cenário e provoca reflexões sobre a proposta de contra referência e sobre as várias vias de acesso aos CEO. Como limitação, o estudo foi realizado com usuários que haviam sido atendidos nos CEO, resultados diferentes poderão ser obtidos com usuários que aguardam pela atenção secundária. A realização do estudo na Região Metropolitana de Natal não limita sua inferência, diante da possibilidade de comparação e reprodutibilidade em outras regiões e de sua análise ampliada.

Conclui-se que ao ser encaminhado ao CEO pelo dentista da Atenção Básica, a chance do usuário retornar a este nível de atenção é consideravelmente maior em relação à ausência desta referência. Assim, a forma de encaminhamento é fator decisivo para a contra referência, e a referência dada pelo dentista da UBS contribui para a integralidade na atenção em saúde bucal. Por outro lado, as diversas outras formas de encaminhamento e demanda livre pode comprometer o desempenho dos CEO quando os mesmos são utilizados para atendimentos de baixa complexidade. Apesar da fragilidade observada no sistema de referência e contra referência entre a Atenção Básica e o CEO, ressalta-se a possibilidade de reorganização do modelo de porta de entrada no sistema, com novas estratégias de fluxo, que já vêm acontecendo na prática ♣

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*. 1999; 2:9-13.
2. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos Assistenciais em Odontologia. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(2):241-246.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
5. Pucca Júnior, GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cien Saude Colet*. 2006; 11(1):243-246.
6. 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):259-267.
7. Souza GCA. Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.

8. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(6):1005-1013.
9. Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27:143-54.
10. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(Supl.):s81-s89.
11. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
12. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(5):1417-1423.
13. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59 (4):532-7.
14. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2007. (Coleção Pró-Gestores - Para Entender a Gestão do SUS).
15. Fratini JRG, Saube R., Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008; 7(1):065-072.
16. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública* 1997; 13(3):469-478.
17. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, 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):143-154.
18. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:2727-39.
19. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde – a satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(3):623-628.
20. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1):27-34.
21. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcelos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: o Brasil em números. *RADIS*. 2004; (23):14-33.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SBBRASIL: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 67p.
23. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *British Dental Journal*. 2001; 191(12):660-4.
24. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *British Dental Journal*. 2001; 191(12):666-70.
25. Vazquez FL, Guerra LM, Vítor ESA, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC, et al. Referência e Contrarreferência na Atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2014; 19(1):245-255.
26. Viorklumds CM, Gambaro FM, Hurtado JF, Alvarado CM. Consultas en Servicio de Urgencia Hospital Roberto del Río: ¿Cuáles son las razones de esta preferencia por sobre el nivel primario de atención? *Rev Ped Elec*. 2007; 4(2):3-10.
27. Figueiredo N. Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs: um estudo linha de base para a avaliação e monitoramento dos serviços [tese]. Camaragibe (PE): Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco; 2008.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de especialidades em saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.