

CAPITULO 3.1

REGULAÇÃO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE EM NÍVEL MUNICIPAL

*Sibila Persici
Evelise Tarouco da Rocha
Renato José de Marchi*

Introdução

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei 8080/90, foram identificados como seus princípios a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção e a integralidade da assistência, articulando continuamente as ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, além da equidade da assistência à saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990)

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) é calcada nos princípios doutrinários e organizativos do SUS e está estruturada com a finalidade de ampliar e garantir a atenção odontológica à população, sendo também conhecida como Programa Brasil Sorridente, (FRAZÃO; NARVAI, 2009) Esse programa foi formulado e lançado na agenda política brasileira em 2004 e tem como objetivo a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços odontológicos oferecidos.

Entre as principais linhas de ação do programa está a ampliação da atenção especializada, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como referência para a atenção básica no que se refere às especialidades de endodontia, periodontia, estomatologia, cirurgia oral menor e atendimento a pessoas com necessidades especiais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) Dentro da proposta da PNSB, o município de Porto Alegre possui, entre serviços próprios e conveniados, uma rede de saúde bucal composta por seis Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são referência para 106 unidades de saúde da atenção básica, divididas em oito gerências distritais.

Nos últimos quatro anos, observou-se um crescimento expressivo da rede de atenção básica em saúde bucal de Porto Alegre, representado pelo aumento de 660% de equipes de Saúde Bucal credenciadas junto ao Ministério da Saúde, passando de 15 equipes em 2010 para 114 equipes habilitadas em março de 2015. Em relação aos serviços especializados, embora o crescimento também tenha sido bastante significativo (200%) no mesmo período, a expansão foi mais discreta, passando de dois para seis CEOs. Esses dados justificam a demanda reprimida existente no município por consultas odontológicas especializadas, uma vez que é a rede de atenção primária que demanda a necessidade por atendimento especializado. Todavia, embora haja uma grande demanda reprimida de consultas odontológicas especializadas, observa-se um alto índice de absenteísmo nos CEOs de Porto Alegre, com índices variando de 29% a 44%. (SCHIRMER et al., 2014)

Os critérios para encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada estão definidos e pactuados no Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre – organização da rede e fluxos de atendimento (SMS/PMPA, 2014), que visa orientar e qualificar o acesso aos serviços odontológicos do município. Até setembro de 2014, o agendamento e a distribuição das vagas das consultas para os CEOs do município eram realizados de diversas formas, instituídas por cada serviço, sem haver uma efetiva regulação ou intermediação por parte da Secretaria Municipal de Saúde e/ou da Área Técnica de Saúde Bucal, sendo apenas regulado o acesso à atenção odontológica terciária via sistema AGHOS (Administração Geral de Hospitais).

Assim, dados importantes para a gestão da rede de saúde como a oferta de consultas especializadas, a demanda reprimida e o absenteísmo às consultas eram obtidos sem periodicidade e metodologia definida, não sendo possível um acompanhamento longitudinal. Além disso, a ausência de regulação não permitia um redimensionamento das vagas que não eram utilizadas por algumas unidades de saúde, uma vez que as vagas não eram centralizadas, gerando pouca otimização dos recursos assistenciais. De acordo com Ferreira et al. (2010), a centralização do gerenciamento/gestão do processo regulatório favorece o conhecimento e visualização da rede como um todo, suas demandas, debilidades, fortalezas, possibilidades de programação e aspectos de seu controle, o que a torna uma importante ferramenta de avaliação.

Tendo em vista os motivos citados, a Área Técnica de Saúde Bucal em conjunto com a Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE) optou por regular o acesso à atenção odontológica secundária. Assim, a partir de outubro de 2014 toda a oferta de consultas especializadas passou a ser centralizada e disponibilizada online, através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG). A opção pelo Sisreg levou em consideração a experiência exitosa em outros municípios, além do fato de que esse sistema permite a manutenção do georreferenciamento dos serviços especializados odontológicos, o que não seria possível através do sistema AGHOS.

O presente trabalho consiste em um estudo de caso sobre a avaliação da compatibilidade entre a oferta e a demanda de consultas odontológicas especializadas no município de Porto Alegre, a partir da implantação do SISREG, iniciada em Outubro de 2014 pela Área Técnica de Saúde Bucal em conjunto com a Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE) do município e Ministério da Saúde, através do DATASUS.

Objetivos

Analisar a compatibilidade entre a oferta e a demanda por consultas odontológicas especializadas no município de Porto Alegre a partir da implantação do Sistema Nacional de Regulação (Sisreg). Descrever a implantação da regulação das consultas odontológicas especializadas no município de Porto Alegre. Relacionar a oferta de consultas odontológicas especializadas nos seis Centros de Especialidades Odontológicas de Porto Alegre a partir da implantação do Sisreg. Descrever o absenteísmo às consultas odontológicas especializadas por CEO e por especialidade. Identificar as especialidades odontológicas e regiões do município com maior demanda reprimida, bem como tempo médio de espera para cada especialidade.

Revisão De Literatura

A Regulação Como Instrumento de Gestão

A regulação em saúde como instrumento de gestão, tem sua trajetória histórica no Brasil antes mesmo da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estando embasada, atualmente, na Portaria nº 1.559 de 1º de Agosto de 2008. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a) Para Santos e Merhy (2006), as inúmeras transformações que o SUS vem atravessando, desde a sua criação, trouxeram como desafio uma maior necessidade regulatória e fiscalizatória diante dos prestadores de serviços de saúde. Se, por um lado, a otimização dos recursos e a transparência da sua aplicação repercutem positivamente na gestão do SUS; por outro, a centralidade no usuário traz para pauta o acesso, a qualidade e a humanização, enquanto prioridades da sua gestão.

Além disso, a municipalização da saúde, diretriz do Sistema Único de Saúde consolidada através da Norma Operacional Básica 93 (BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2003), trouxe como mais um desafio aos municípios a organização da sua oferta assistencial frente à sua demanda, assumindo o papel de planejamento e direcionamento do sistema, de acordo com as particularidades

identificadas em cada região. Para Mendes (2007), a regulação é um sistema logístico fundamental nas redes de atenção à saúde e constitui-se de estruturas operacionais que mediam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde.

No âmbito da saúde, o termo “regulação” adquire um caráter mais amplo do que a mera regulação dos mercados frente à oferta e demanda incompatíveis, adquirindo, também, um caráter normativo e orientador de fluxos, (SANTOS; MERHY, 2006) Pode-se caracterizar a regulação em saúde como uma ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde. Esta ordenação atua pelo lado da oferta, buscando otimizar os recursos assistenciais disponíveis, e pelo lado da demanda, buscando garantir a melhor alternativa assistencial face às necessidades de atenção e assistência à saúde da população. Consiste, também, em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços. (SIQUEIRA; BUSSINGUER, 2010)

Ao se analisar o conceito de regulação, observa-se que o ato de regular em saúde é constitutivo do campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos diversos atores ou instituições que provêm ou contratam serviços de saúde. O conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde são objeto de debate, existindo compreensões distintas do tema, além de sofrerem variações ao longo dos anos e conforme o entendimento dos atores sociais em foco. (SANTOS; MERHY, 2006) Para Magalhães Jr. (2006):

O termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, mesmo nos majoritariamente públicos, não sendo apenas uma função de regulação mais clássica das relações de mercado na saúde, como uma das maneiras de correção das chamadas imperfeições de mercado. Pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de Estado na saúde, o termo assume claramente uma característica polissêmica. (MAGALHÃES, 2006, p.40)

Para Nascimento et al. (2009), a regulação em saúde deve ser pensada sempre no contexto dos princípios norteadores do SUS, e não apenas como forma de racionalizar os recursos existentes. A concepção ampliada de regulação no setor saúde, além da fiscalização e controle, incorpora funções de regulação à condução política, à análise da situação, ao planejamento e à comunicação, confundindo-se, assim, com o conceito de gestão. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde lançou, em 2006, o Pacto Pela Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA, 2006) Tal pacto consiste num conjunto de reformas institucionais do SUS pactuadas entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) e é dividido em três eixos norteadores (Pacto pela Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão).

No que tange à regulação, destaca-se o Pacto de Gestão, o qual define regulação como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles. O Pacto de Gestão possui a regulação como eixo estruturante e orienta como as ações de regulação em saúde devem ser efetivadas em âmbito nacional, com um posicionamento político de fortalecer as diretrizes do SUS, mostrando necessário um processo de conscientização dos gestores acerca da organização desse setor. Esse documento ressalta que essas ações devem reforçar e qualificar as funções de gestão, otimizando os recursos de custeio da assistência e destacando o papel fundamental dos entes federados para melhorar e qualificar o acesso do cidadão aos serviços de saúde, na busca da universalidade e da integralidade, com eficiência, eficácia e efetividade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA, 2006)

Além disso, estão listadas as seguintes ações no Pacto de Gestão a serem desenvolvidas para sua efetivação: configuração de uma linha de financiamento de custeio específico através do bloco de financiamento da Gestão; conceituação das principais estruturas regulatórias; listagem dos princípios orientadores do processo de regulação, definição de metas; explicitação das responsabilidades dos gestores municipais, estaduais, do Distrito Federal e do gestor federal. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA, 2006)

O Pacto de Gestão define, ainda, a diferença entre os termos regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência. A regulação da atenção à saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, portanto está dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica. Já a regulação do acesso à assistência é definida como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

Para Gonçalves et al. (2010), a regulação da assistência deve funcionar como um observatório do sistema de saúde, permitindo integrar e qualificar seus serviços, para alcance de seu principal objetivo: atender plenamente os usuários. De acordo com o autor, outros objetivos a serem alcançados através da regulação da

assistência são: padronizar e utilizar protocolos operacionais; subsidiar o processo de reordenação dos fluxos assistenciais, a partir de procedimentos operacionais de regulação e em consonância com a regionalização; permitir o acompanhamento e a avaliação da execução dos serviços, por meio de relatórios, planilhas e gráficos; identificar as desproporções entre as necessidades de serviços de saúde e a oferta disponível.

Com a proposição da Política Nacional de Regulação (BRASIL. Informar a instituição, 2008), o Ministério da Saúde consolida um importante eixo para a gestão do SUS e viabiliza a operacionalização por parte dos gestores, visando à garantia de uma oferta regulada dentro de um fluxo que permita o caminho mais oportuno na resposta da necessidade do cidadão. Essa política está focada em três eixos estruturantes, destacados nas Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA, 2006), os quais são: Recursos financeiros para a implantação e para o custeio dos Complexos Reguladores; Instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores; e Programa de capacitação permanente de recursos humanos. O primeiro eixo traz o financiamento inicial, visando à implantação dos complexos reguladores e contempla uma estrutura mínima composta por: estrutura logística, elétrica e de telefonia, inerentes ao seu funcionamento; infraestrutura de mobiliário e equipamentos, inclusive de informática, o aplicativo do Sistema de Regulação-Sisreg III. Em relação ao segundo eixo, são definidos instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores como o Pacto de Gestão, que define toda a política norteadora do SUS; os contratos com os prestadores de serviços, que expressam formalmente a oferta de serviços de saúde e sua coerência com as necessidades populacionais; o cadastramento das pessoas através do Cartão Nacional de Saúde-CNS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais (CNES); o Plano Diretor de Regionalização-PDR; a Programação Pactuada e Integrada (PPI); o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e outros. O terceiro eixo aborda o programa de capacitação permanente de recursos humanos. A capacitação pretende formar multiplicadores proporcionando à Gestão Estadual e as Gestões Municipais as condições para o estabelecimento de um pólo de educação permanente, que garanta a formação de novos atores no processo de regulação, bem como a sua contínua atualização. (NASCIMENTO, 2009)

Maior eficiência, maior controle sobre as operações, menores custos, menor quantidade de erros, melhoria dos serviços ao consumidor, melhor planejamento e organização das atividades operacionais e de distribuição e decisões baseadas em melhores informações são relatados por Chaves et al. (2010) como benefícios dos sistemas de informações eletrônicos na área de regulação em saúde. São objetivos de um Sistema Informatizado de Regulação os seguintes, abaixo citados, de acordo com Marcon et al. (2012):

- Distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada;
- Distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada;
- Acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e municípios;
- Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados;
- Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda; subsidiar as repactuações na Programação Pactuada Integrada (PPI) e o cumprimento dos termos de garantia de acesso;
- Permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

Diante das vantagens, acima listadas, de um sistema informatizado de regulação, o Ministério da Saúde lançou, no período de 1999-2002, o Sisreg (Sistema Nacional de Regulação). O Sisreg representou o movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores e consiste num sistema de informação disponível online e que funciona com navegadores (Internet Explorer, Mozilla Firefox, *Et cetera.*) instalados em computadores conectados à Internet. Esse software é disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando ao maior controle do fluxo e à otimização na utilização dos recursos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b)

Esse sistema, de utilização não obrigatória pelos estados e municípios, passou a ser implantado nas secretarias que o solicitassem, tendo sua manutenção assegurada pelo próprio DATASUS. Atualmente, o DATASUS vem aprimorando esse sistema e está disponibilizando o Sisreg III. (MARCON et al., 2012) A grande vantagem do Sisreg em relação aos outros sistemas informatizados de regulação é a possibilidade de regionalização, que consiste em garantir ao usuário o acesso ao serviço mais próximo de seu domicílio. Para Chaves (2010), essa é uma importante característica, uma vez que a taxa de utilização dos serviços possui íntima relação com o tempo despendido e com os gastos relacionados a transporte por parte dos usuários, sendo a proximidade do serviço de referência muito importante quando se considera a adesão ao tratamento especializado.

O Sisreg III possui, ainda, comunicação com o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e Cadweb SUS, sistema responsável pelo Cartão Nacional de Saúde. Além disso, possibilita a obtenção de dados sobre número de ofertas de vagas, faltas às consultas, consultas reguladas e devolvidas, entre outros,

contribuindo não somente para melhoria da gestão municipal, como também para o avanço da utilização de ferramentas mais adequadas ao fluxo operacional dos estabelecimentos de saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b)

Para Giovanella et al. (2009), a implantação do Sisreg possibilita a marcação de exames e consultas especializadas de forma automática, quando há oferta suficiente de procedimentos. Nos demais casos, o sistema permite o monitoramento da fila de espera, organizado de acordo com prioridades clínicas. Para a autora, a implantação do sistema tem promovido a diminuição do absenteísmo às consultas especializadas, das filas e do tempo de espera, bem como tem auxiliado na redistribuição de cotas entre as unidades de saúde, na contratação de oferta em função da demanda e na análise dos encaminhamentos.

A Política Nacional de Saúde Bucal e a Importância da Regulação do Acesso

A luta pela reforma sanitária foi responsável pela criação do SUS como um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Embasado a partir de uma dimensão ideológica, é alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade. (MENDES, 1999)

Do Sistema Único de Saúde emergem princípios básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL. ASSEMBLEIA CONSTITUINTE, 1988) Tais ações devem obedecer ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, 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; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. (MACHADO et al., 2007)

A integralidade, como um dos princípios do SUS, considera as dimensões biológica, cultural e social do usuário e orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços. Implica repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde. (CECÍLIO, 2001) A construção da integralidade em saúde bucal requer a valorização do nível secundário de atenção como sendo um compromisso oportuno e necessário, atualmente. Para tanto, há que se empenhar esforços no desenvolvimento do

sistema de referência e contrarreferência, através do qual as informações e os usuários trafegam no sistema. Superar ou amenizar as dificuldades nesse tráfego, pode significar o encurtamento da distância entre o usuário e a resolução de suas necessidades em saúde bucal e o progressivo desenvolvimento em que a área vem se inserindo nos últimos anos. (ROCHA; GOES, 2008)

Para que a resolubilidade prevista possa ser alcançada, o nível secundário de atenção deve assegurar aos usuários o acesso a consultas, a procedimentos e a exames especializados. (VAZQUEZ, 2011) No entanto, em 2003, dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) revelaram que apenas 3,5% do total de procedimentos odontológicos realizados naquele ano foram de especialidades, evidenciando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados. (FIGUEIREDO; GOES, 2009)

Nesse contexto, visando garantir a integralidade da atenção em saúde bucal, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). A principal estratégia adotada para a atenção especializada em saúde bucal foi a implantação dos CEOs –Centros de Especialidades Odontológicas– que são estabelecimentos de saúde, classificados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) Tais serviços são, entretanto, apenas uma das vertentes assistenciais da atual Política Nacional de Saúde Bucal. (BRASIL, 2010b) Os Centros de Especialidades Odontológicas são classificados em três tipos: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas); e, CEO tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas), com diferentes valores de financiamento pelo Ministério da Saúde. Oferecem procedimentos especializados em saúde bucal, sendo unidades de referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

A PNSB tem como uma de suas diretrizes a “ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária” (BRASIL . MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), fundamentada no fato de que a atenção em saúde bucal no Brasil, conforme já demonstrado, sempre foi caracterizado por se restringir, quase que completamente, aos serviços básicos que, ainda assim, possuem demanda reprimida. No entanto, deve-se ressaltar que expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. (VAZQUEZ, 2010; CHAVES, 2010) Adiciona-se a isto a baixa capacidade de oferta dos serviços especializados a qual compromete, por conseguinte, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde, fato evidenciado em estudos brasileiros. (LEAL, 2006; SILVA, 2007)

Esse descompasso entre a expansão da rede de atenção primária em relação à rede especializada trouxe um gargalo importante para o SUS, não apenas na saúde bucal. Para Pucca (2006), a pouca resolutividade da atenção básica, a ineficiência do sistema e o difícil acesso às ações de saúde bucal produziam demandas reprimidas enormes para os demais níveis. Essa grande demanda reprimida do atendimento especializado odontológico na atenção básica inviabiliza o alcance de um dos importantes atributos da Atenção Primária em Saúde, que é a integralidade. (SCHIRMER, 2014)

Assim, a atenção em saúde bucal sinaliza a necessidade de inovação quanto aos seguintes aspectos: acesso e cobertura; incorporação da assistência odontológica ao conjunto da população SUS; realização de diagnóstico individual de saúde bucal como rotina; estabelecimento de protocolos de referência e contrarreferência, e inovação à clínica odontológica. (NICKEL, 2008) Mendoza-Sassi (2001), ressaltou que, entre os fatores do serviço associados à maior utilização, estão a oferta adequada de procedimentos segundo as necessidades populacionais, a acessibilidade geográfica e organizacional, além da definição de um profissional de saúde para o acompanhamento de cada caso, especialmente para procedimentos especializados.

Cabe ressaltar que a desarticulação entre os níveis de atenção figura como aspecto crítico a ser enfrentado, na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. A estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção básica, tendo por princípio a hierarquização do sistema de saúde, constitui um aspecto central para organização do SUS. Há de se conhecer melhor a oferta e demanda dos serviços de saúde locais, na perspectiva de subsidiar a formulação de políticas públicas. (PIRES, 2010)

Dessa forma, conceitos clássicos da economia, como demanda e oferta de bens e serviços, constituem importantes reflexões sobre o mercado em saúde no Brasil, seja em nível macro ou micro. (PIOLA; VIANA, 1995) A concepção de oferta se insere na produção de ações de saúde no âmbito da política pública, por meio da articulação contextual entre rede física e uso adequado de equipamentos, profissionais e tecnologias para atender às demandas da população. (PIRES, 2010) Ferreira (2010) mostrou em estudo que mesmo com o aumento da cobertura e a redução do tempo de espera, algumas especialidades ainda apresentavam demandas reprimidas. Portanto, a demanda acentuada por consultas especializadas, na rede, pode decorrer também do modelo assistencial estruturado em base especializada.

Bulgareli (2013) destaca que é de grande relevância avaliar as informações de acesso e demanda reprimida para especialidades, bem como o percentual de faltas, abandono de tratamento pelo paciente e resolutividade na especialidade, pois estes dados podem refletir a qualidade da atenção básica na efetivação da integralidade, além do seu papel de coordenação do cuidado e acompanhamento longitudinal através da rede de serviços. A análise do absenteísmo e suas causas

na área de saúde bucal é uma importante ferramenta para auxiliar na tomada de decisão e, por consequência, reordenamento das políticas, programas e serviços de saúde. (GOES et al., 2012)

Em relação ao absenteísmo, percebe-se um grande paradoxo: de um lado, uma crescente demanda por consultas odontológicas especializadas; de outro lado, níveis cada vez mais expressivos de absenteísmo são encontrados, variando de 30% a 48,3% na literatura estudada. (DALRI, 2014) Em um estudo realizado em duas clínicas de especialidade de endodontia do município de Curitiba, o absenteísmo mostrou-se elevado, entre 30 e 43% entre os meses de abril e junho de 2008. Observou-se, neste caso, que o serviço oportunizou ao paciente a escolha da data e horário de atendimento (ZAITTER et al., 2009), o que poderia ser um dos fatores a reduzir o absenteísmo.

Chaves et al. (2011) ao descreverem taxas de utilização nos CEOs do Estado da Bahia com valores muito abaixo do esperado, variando na endodontia entre 13,7% e 33,4% e na cirurgia oral menor entre 21,2% e 41,3% nos municípios estudados, ressaltaram que a oferta disponível para um tipo de serviço essencial na garantia da integralidade da atenção à saúde bucal está, de fato, sendo subutilizada. Para os autores a falta constante de pacientes contribui para a redução da taxa de utilização desses serviços porque não há substituição de faltosos, ou marcação extra, prevendo tal ocorrência.

No município de Porto Alegre, dados semelhantes foram encontrados. Schirmer et al. (2014), ao estudar o acesso e a utilização dos CEOs de Porto Alegre, observaram um índice de absenteísmo às primeiras consultas especializadas que variou de 29 a 44%, nos CEOs analisados. Ao analisar por especialidade, a especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) possuiu o menor índice de faltas (24%) e periodontia o maior índice (51%).

O absenteísmo dos pacientes às consultas agendadas deve levar o gestor a preocupação e reflexão a respeito dos motivos que geram este fato. Tendo em vista que a falta de oportunidade para o tratamento é um grande problema de saúde no setor público, o absenteísmo possivelmente contribui com a insuficiência e ineficácia dos serviços. (ROCHA; BERCHT, 2000) Segundo Jandrey e Drehmer (1999), o absenteísmo é um problema, tanto do ponto de vista do planejamento/gerenciamento quanto didático/metodológico, devido à ociosidade da capacidade instalada, baixa cobertura, manutenção de segmentos desassistidos e frustração para com uma prática que objetiva a integralidade das ações em saúde bucal.

Visando melhorar o acesso aos serviços especializados da rede de saúde bucal e otimizar os recursos financeiros, a regulação aparece como uma importante ferramenta de gestão. Para Chaves (2010), o descompasso entre oferta e demanda por atenção odontológica especializada traz a necessidade de se implementar um sistema de regulação que seja capaz de orientar a oferta de acordo com as características de cada distrito sanitário, levando em consideração critérios de

regionalização da rede e facilidade de acesso. Além disso, o processo regulatório vem impulsionado pela necessidade de melhora da resolubilidade e continuidade da atenção básica, ordenação do acesso aos serviços secundários e terciários e estabelecimento de um canal de comunicação entre os diferentes pontos assistenciais. (FERREIRA et al., 2010)

Para Ferreira (2010), a centralização do gerenciamento/gestão do processo regulatório favorece o conhecimento e visualização da rede como um todo, suas demandas, debilidades, fortalezas, possibilidades de programação e aspectos de seu controle, o que o torna importante fomentador da prática avaliativa. Assim, as Centrais de Regulação devem realizar o exercício permanente de compatibilização entre a oferta dos recursos e os problemas da população, em tempo real, bem como, monitorar a execução das ações tentando promover a acessibilidade com equidade e humanização e, ao mesmo tempo, apontar as fragilidades da rede de atenção.

A Rede de Saúde Bucal de Porto Alegre e a Regulação do Acesso à Assistência

Atualmente, entre serviços próprios e conveniados, a rede pública de saúde do município conta com 106 unidades de atenção primária com atendimento odontológico que referenciam para seis Centros de Especialidades Odontológicas (CEO Santa Marta, CEO UFRGS, CEO Bom Jesus, CEO IAPI, CEO Vila dos Comerciantes e CEO GHC). Conforme instituído na PNSB de 2004, os CEOs do município ofertam os serviços de diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais. (BRASIL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2004)

As unidades básicas de saúde e as unidades de saúde da família prestam assistência a territórios definidos das oito gerências distritais do município e constituem as portas de entrada para o atendimento odontológico. A partir da atenção básica ocorre o direcionamento para os serviços especializados, quando necessário, observando critérios clínicos estabelecidos para encaminhamentos da atenção primária para a secundária no Protocolo de Saúde Bucal de Porto Alegre – organização da rede e fluxos de atendimento. (SMS/PMPA, 2014) A utilização desse protocolo visa facilitar a organização institucional do acesso aos serviços de saúde bucal através de condutas embasadas cientificamente e pactuadas em colegiado, formado por gestores e trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). As formas de acesso, os critérios de inclusão e exclusão para tratamento, bem como os procedimentos realizados no CEOs do município também estão definidos, por especialidade, nesse documento.

Até Setembro de 2014, as formas de agendamento para consultas odontológicas especializadas em Porto Alegre eram instituídas pelos próprios CEOs e diferiam entre si, sendo que a distribuição das vagas (cotas) para as unidades da atenção primária também ficava a critério das coordenações destes serviços, conforme demonstrado no Quadro 1. Devido à inexistência, até o momento, de um protocolo clínico para estratificação de risco dos usuários que são encaminhados para os CEOs, o critério para agendamento das consultas odontológicas especializadas era definido por ordem cronológica ou por critérios clínicos estabelecidos pelo profissional da atenção básica.

Quadro 1 - Forma de agendamento nos serviços odontológicos especializados e nos serviços de Raio-X odontológico, no município de Porto Alegre, 2014.

Serviço	Forma de Agendamento	Intermediação SMS
CEO Santa Marta	e-mail	Não
CEO UFRGS	e-mail	Sim
CEO IAPI	e-mail	Não
CEO GHC	Telefone via CMCE	Sim
CEO Bom Jesus	e-mail	Não
CEO Vila dos Comerciantes	e-mail	Não

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde / Porto Alegre (Setembro-2014).

Além disso, como é possível observar no quadro acima, apenas havia intermediação da SMS na distribuição das vagas dos CEOs GHC e UFRGS, não havendo nos demais serviços. A inexistência de controle sistemático da oferta, da demanda reprimida e do absenteísmo às consultas especializadas dificultava o planejamento das ações a serem instituídas para qualificação da rede de saúde bucal do município.

Frente a este panorama, em outubro de 2014 a Área Técnica de Saúde Bucal do município de Porto Alegre implantou, em conjunto com a Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE) do município e com o Ministério da Saúde, através do DATASUS, o Sisreg como ferramenta para a regulação das consultas odontológicas especializadas.

Metodologia

O presente trabalho consiste em um estudo de caso, com caráter descritivo e corte transversal. A unidade de caso estudada foi o município de Porto Alegre, durante o processo de implantação do Sisreg como ferramenta para a regulação do acesso às consultas odontológicas especializadas. A primeira etapa desse processo consistiu na escolha do sistema que seria utilizado para a operacionalização da regulação.

Em Outubro de 2014, o município de Porto Alegre utilizava dois sistemas de regulação: AGHOS (Administração Geral de Hospitais) e Sisreg. O sistema AGHOS, implantado em 2011 no município, é um sistema de uso privado e é utilizado preponderantemente em Porto Alegre para a regulação das consultas médicas especializadas. O Sisreg, sistema online de uso público, é utilizado desde 2007 em Porto Alegre e tem sua utilização voltada ao agendamento de exames especializados no município. Frente às características destes dois sistemas, optouse pela utilização do Sisreg como ferramenta para regulação das consultas odontológicas especializadas tendo em vista o fato desse sistema permitir a manutenção do georreferenciamento do acesso, o que não seria possível com o sistema AGHOS. Além disso, a opção pelo Sisreg levou em consideração o fato desse ser o sistema indicado pela Política Nacional de Regulação, além da experiência exitosa de outros municípios brasileiros como Belo Horizonte (MG), Florianópolis (SC) e Vitória (ES).

No Sisreg, quando a demanda de consultas é maior que a oferta disponibilizada, o sistema possibilita duas opções de destino às solicitações, as quais são a fila de espera ou a regulação. Para o agendamento por fila de espera, o sistema agenda as solicitações automaticamente e utiliza os critérios de ordem cronológica das solicitações e de cotas por unidade de saúde, estabelecidas pelo gestor. Para o agendamento através da regulação, faz-se necessária a presença de um profissional regulador, que utiliza os critérios que forem pactuados em sua central de regulação para a priorização dos agendamentos. Dessa forma, o próximo passo foi decidir qual destino seria dado às solicitações de consultas que não tivessem vagas disponíveis suficientes para agendamento imediato: regulação ou fila de espera.

Optou-se por encaminhar tais solicitações à regulação, pois julgou-se necessário que um profissional regulador com formação na área de Odontologia pudesse continuamente avaliar a demanda reprimida de cada especialidade e de cada unidade de saúde, remanejando as vagas conforme a necessidade dos territórios, otimizando a utilização dessas vagas. Além disso, a opção pela regulação considerou o fato de que está sendo desenvolvido no município um protocolo de estratificação de risco, o qual classificará os encaminhamentos para consultas odontológicas especializadas em quatro níveis de prioridades, possibilitando que os casos mais urgentes sejam agendados com menor tempo de espera pelo profissional regulador.

A fim de deliberar sobre alguns aspectos pertinentes à regulação, foi constituído um grupo de trabalho (GT) formado por membros das equipes de saúde bucal do município, com representatividade das oito gerências distritais e da Área Técnica de Saúde Bucal. Tendo em vista as características de georreferenciamento do Sisreg, o GT ficou responsável por definir a grade de referência de cada distrito sanitário para as consultas odontológicas especializadas. Levaram-se em consideração para o delineamento da grade de referência critérios como facilidade de acesso e regionalização, criando a segunda e a terceira opção de referência para cada distrito sanitário (ANEXOS). Este grupo também ficou responsável por pensar os parâmetros que seriam utilizados para que fosse calculada a oferta das consultas especializadas para cada unidade de saúde da atenção primária. Optou-se por adotar o critério de número de profissionais atuando nas unidades de saúde como base para o cálculo, uma vez que o número de encaminhamentos realizados para a atenção secundária possui relação direta com o número de profissionais que atuam na atenção primária.

Após definidas as questões iniciais para o processo de implementação da regulação, essas deliberações deveriam ser repassadas para toda a rede de saúde bucal do município, tanto para os profissionais solicitantes (atenção primária) como para os profissionais executantes (atenção secundária). Em conjunto com o DATASUS e CMCE, a Área Técnica de Saúde Bucal realizou um ciclo de capacitações para os profissionais solicitantes e executantes, a fim de capacitá-los para o uso da ferramenta de regulação.

Além do ciclo de capacitações, foi elaborado um manual prático de utilização do Sisreg para o perfil solicitante dos serviços odontológicos de Porto Alegre, para ser divulgado entre as unidades de atenção primária à saúde e tornar fácil o acesso às informações sobre o sistema, quando necessário. Entre os assuntos tratados no manual estão: como solicitar consulta/ exame, como verificar os agendamentos realizados, como cancelar solicitação de consulta/ exame, como verificar se o usuário compareceu à consulta/ exame, entre outros. Esse manual foi disponibilizado através de e-mail e através do blog da Área Técnica de Saúde Bucal (<http://saudebucalmpa-eps.weebly.com>) para todas as equipes de saúde bucal do município.

Realizada a etapa de capacitações, foi necessário iniciar o processo de configurações no Sisreg para adequá-lo às demandas da rede de saúde bucal. Ressalta-se que o Sisreg permite a existência de uma única central reguladora por código de município no IBGE, motivo pelo qual as configurações de parâmetros do sistema devem ser únicas, tanto para os agendamentos das consultas odontológicas, quanto para os agendamentos das demais especialidades médicas. Assim, configurações do sistema como tempo para cancelamento de consultas, percentual de vagas para fila de espera e dias de abertura de agenda, entre outros, não puderam ser alterados, pois já existia uma pactuação prévia realizada com a Secretaria Estadual da Saúde (SES-RS).

Dentre as atividades realizadas nessa etapa de configurações do sistema, destacam-se: Configuração do controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado, criando login e senha para todas as unidades de saúde no perfil de solicitantes e criando login e senha para os CEOs no perfil de executantes; Busca na base de dados do Sisreg dos códigos dos procedimentos a serem ofertados pela rede de saúde bucal de Porto Alegre, gerando a carta de opções de especialidades em saúde bucal. Definição da oferta de procedimentos de cada serviço executante; Estabelecimento de tetos dos procedimentos. Distribuição de cotas por unidade solicitante. Configuração da grade de referências. Criação das escalas dos profissionais que atuam nos serviços especializados.

A segunda etapa do trabalho consistiu numa avaliação quali-quantitativa acerca da compatibilidade entre a oferta e a demanda de consultas odontológicas especializadas. Para essa etapa, foram analisados dados secundários de oferta, demanda e absenteísmo às consultas odontológicas especializadas no período de Outubro de 2014 a Março de 2015, obtidos a partir de relatórios do próprio Sisreg e também do BI (Business Intelligence), sistema online disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a emissão de relatórios gerenciais.

Os dados de oferta foram obtidos por CEO, em todas as especialidades oferecidas. Os dados de demanda reprimida foram obtidos por especialidade e por gerência distrital. Os dados de absenteísmo foram obtidos por CEO, por especialidade e por gerência distrital. O indicador de absenteísmo foi obtido pelo quociente do total de faltas às consultas agendadas pelo total de consultas agendadas no mesmo período, multiplicado por 100. Após coletados, os dados foram tabulados e classificados no software Excel versão 97-2003.

Resultados

Com a centralização da oferta e demanda por consultas odontológicas especializadas em um sistema de informações, realizada após a implantação do Sisreg como ferramenta de regulação, passou-se a ter o real conhecimento de dados como oferta e demanda reprimida por consultas odontológicas especializadas no município de Porto Alegre. Além disso, cada unidade de saúde da atenção primária passou a ter uma grade de referências composta por três CEOs, permitindo os agendamentos das consultas de forma regionalizada. Em um município de grande porte como Porto Alegre, essa característica é muito importante, uma vez que permite que os usuários tenham seus atendimentos de saúde realizados em locais mais próximos ao seu domicílio, aumentando a adesão ao tratamento.

Em conjunto com o DATASUS e CMCE, a Área Técnica de Saúde Bucal realizou um ciclo de 11 capacitações para os profissionais solicitantes e duas capacitações para os profissionais executantes, totalizando 279 profissionais capacitados para o uso da ferramenta de regulação. Participaram das capacitações os profissionais das

equipes de saúde bucal e/ou profissionais administrativos que ficariam responsáveis por utilizar o sistema nas unidades de saúde e nos CEOs. Nesses encontros, foram abordados assuntos como importância da regulação, definições quanto à regulação das consultas odontológicas especializadas no município de Porto Alegre, além de características gerais sobre o funcionamento do Sisreg.

No período de Outubro/2014 a Março/2015 foram agendadas, através do Sisreg, 3.800 consultas odontológicas especializadas (tabela 1). No período analisado, o serviço que mais disponibilizou consultas foi o CEO GHC, com a oferta de 1.340 consultas odontológicas especializadas, conforme mostra a tabela 2. Observa-se uma grande variação de oferta de consultas ao longo dos seis meses avaliados, com menor oferta nos meses de janeiro e fevereiro de 2015, correspondentes ao período de férias dos profissionais dos CEOs. Cabe ressaltar que o CEO Bom Jesus esteve em reforma de sua estrutura física no período avaliado, tendo sua oferta de consultas disponibilizada para agendamento no Sisreg apenas a partir do mês de Fevereiro/15.

Tabela 1. Número de Consultas Odontológicas Especializadas Agendadas no Período de Outubro/14 a Março /15, por Especialidade.

Especialidade	Nº de Consultas
Endodontia	1.407
Periodontia	566
Cirurgia Bucomaxilofacial	1.232
Estomatologia	436
Pacientes com Necessidades Especiais	159
Total	3.800

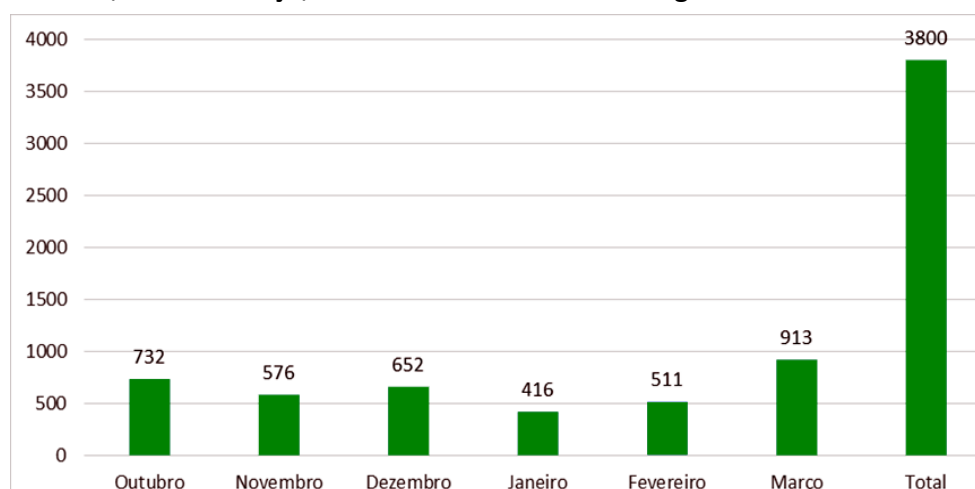
Fonte: SISREG/BI.

Tabela 2. Número de Consultas Odontológicas Especializadas Agendadas no Período de Outubro/14 a Março/15, por Serviço.

Serviço	Nº de Consultas
CEO GHC	1.340
CEO UFRGS	223
CEO GCC	607
CEO IAPI	659
CEO Santa Marta	764
CEO Bom Jesus	207
Total	3.800

Fonte: SISREG/BI.

Gráfico 1. Número de Consultas Odontológicas Especializadas Agendadas no Período de Outubro/2014 a Março/2015 nos CEOs de Porto Alegre.

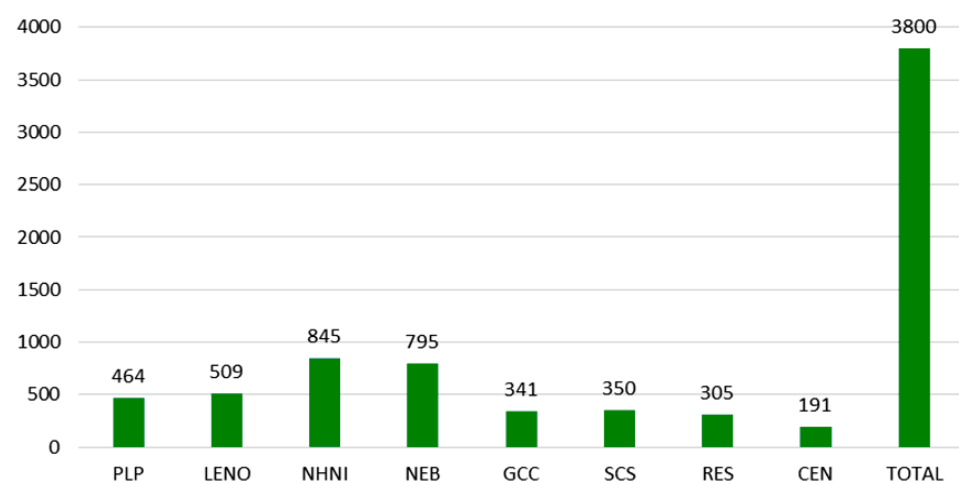


Fonte: SISREG / BI.

O gráfico 1 apresenta o número de consultas odontológicas especializadas agendadas no período de Outubro/14 a Março/15, mostrando uma grande variação de número oferta de consultas nos meses analisados.

O gráfico 2 mostra o número de consultas odontológicas especializadas agendadas, por gerência distrital, no período de Outubro/14 a Março/15. Observa-se uma grande variação de consultas agendadas entre as diferentes gerências, sendo a gerência distrital Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas (NHNI) a que mais recebeu vagas e a gerência Centro (CEN) a que menos recebeu vagas no período analisado.

Gráfico 2: Número de Consultas Odontológicas Especializadas Agendadas, por Gerência Distrital, no Período de Outubro/2014 a Março/15 nos CEOs de Porto Alegre.



Fonte: SISREG / BI.

Em Março de 2015, havia 3.049 solicitações de consultas odontológicas especializadas pendentes (aguardando agendamento) no Sisreg relativas ao município de Porto Alegre. A especialidade odontológica com maior demanda reprimida era a Endodontia, com 1.954 solicitações pendentes e tempo médio de espera para agendamento de 8,3 meses, conforme apresentado nas tabelas 3 e 4.

Estomatologia e Pacientes com Necessidades Especiais não possuíam demanda reprimida, sendo possível o agendamento imediato dessas especialidades (tabela 3). Entre as especialidades que apresentavam demanda reprimida, Cirurgia Bucomaxilofacial era a que apresentava menor tempo médio de espera para agendamento (2,8 meses), conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 3. Demanda Reprimida, por Especialidade, em Março/2015.

Especialidade	Nº de Solicitações Pendentes
Endodontia	1.954
Periodontia	516
Cirurgia Bucomaxilofacial	579
Estomatologia	0
Pacientes com Necessidades Especiais	0
Total	3.049

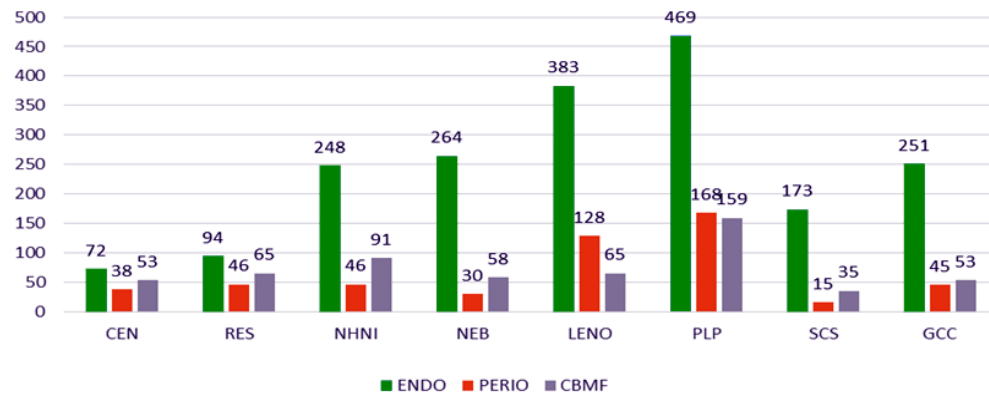
Fonte: SISREG/BI.

Tabela 4. Tempo Médio de Espera, em Meses, para Agendamento de Consultas Odontológicas Especializadas, em Março/2015.

Especialidade	Tempo Médio (meses)
Endodontia	8,3
Periodontia	5,5
Cirurgia Bucomaxilofacial	2,8
Estomatologia	0,0
Pacientes com Necessidades Especiais	0,0
Média	3,3

Fonte: SISREG/BI

Gráfico 3. Demanda Reprimida, por Especialidade e Gerência Distrital, em Março/2015.

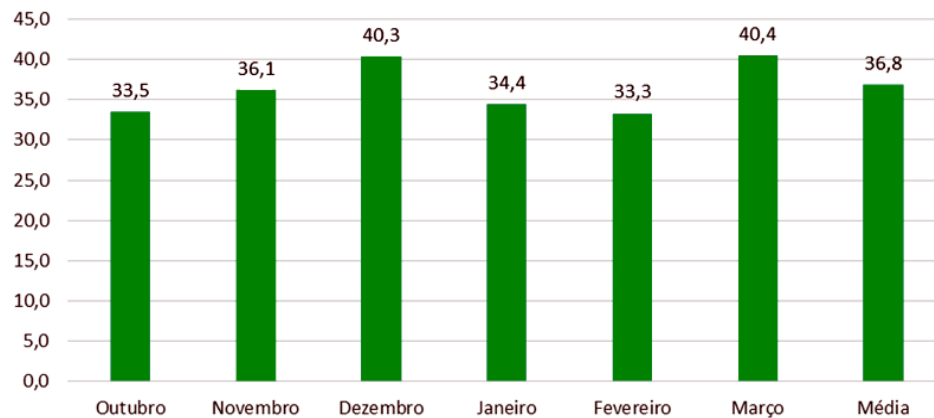


Fonte: SISREG / BI

O gráfico 3 mostra a demanda reprimida por gerência distrital, em Março/15. A gerência Partenon Lomba do Pinheiro (PLP) foi a que apresentou a maior demanda reprimida por consultas odontológicas especializadas no município, totalizando 796 solicitações pendentes, enquanto que a gerência Centro (CEN) foi a que apresentou a menor demanda reprimida, com um total de 163 solicitações pendentes.

A análise do percentual de absenteísmo a partir da regulação das consultas odontológicas especializadas permite observar um percentual médio de absenteísmo de 36,8% ao longo dos seis primeiros meses de implantação do Sisreg, com o maior percentual nos meses de Dezembro (40,3%) e Março (40,4%), como mostra o gráfico 4.

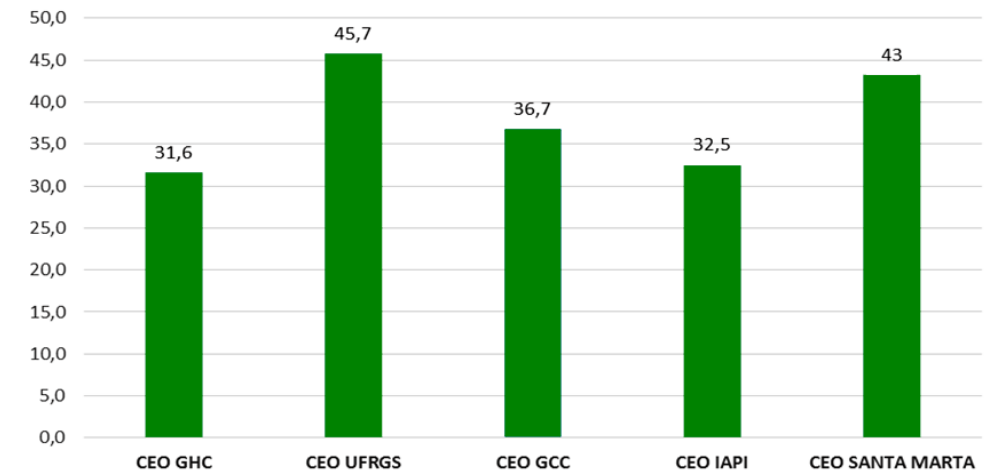
Gráfico 4. Percentual de Absenteísmo às Consultas Odontológicas Especializadas no Município de Porto Alegre, por Serviço, no Período de Outubro /14 a Março /15.



Fonte: SISREG /BI.

Entre os CEOs, o serviço que apresentou maior percentual de absenteísmo às consultas odontológicas especializadas foi o CEO Bom Jesus (50,7%), seguido do CEO UFRGS (45,7%). Os menores percentuais de absenteísmo foram observados nos CEO GHC (31,6%) e CEO IAPI (32,5%), conforme mostra o gráfico 5.

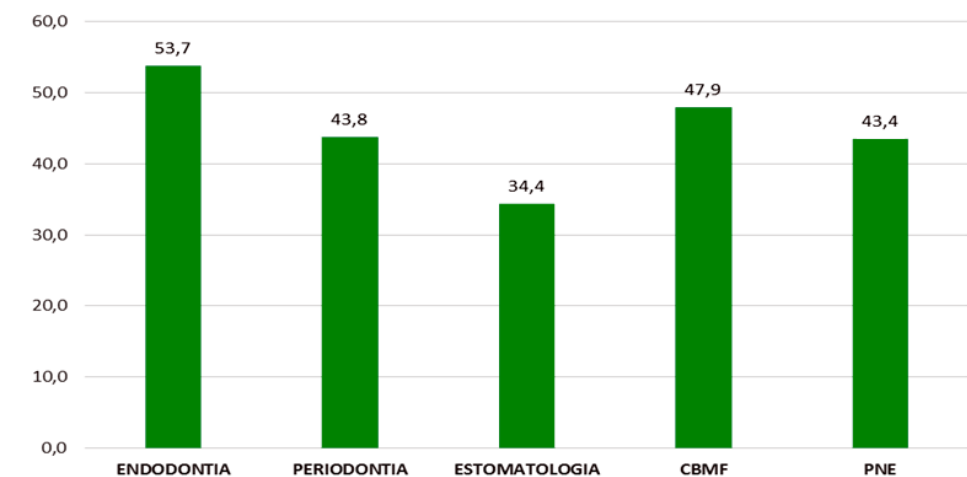
Gráfico 5. Percentual de Absenteísmo às Consultas Odontológicas Especializadas, por Serviço, no Período de Outubro /14 a Março /15.



Fonte: SISREG / BI

O gráfico 6 mostra que a especialidade de Endodontia foi a que apresentou o maior absenteísmo no período analisado (53,7%), enquanto que a Estomatologia foi a especialidade que apresentou o menor percentual (34,4%).

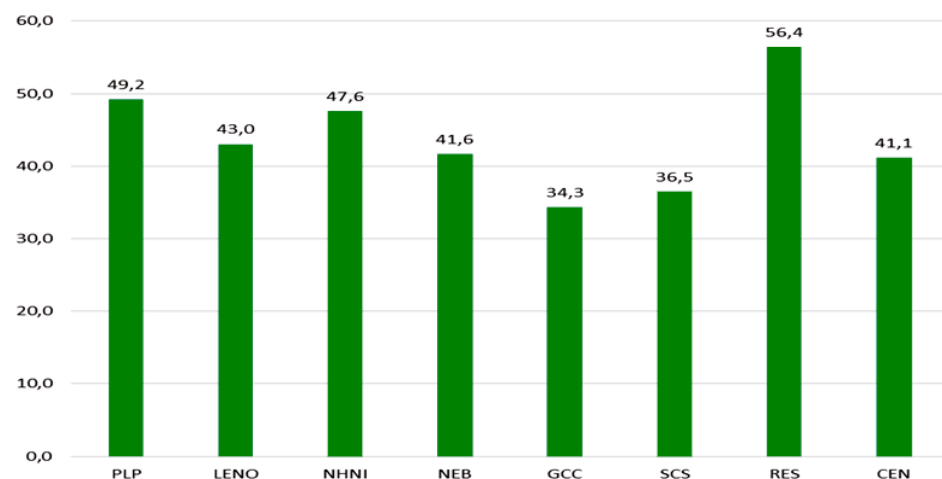
Gráfico 6. Percentual de Absenteísmo, por Especialidade, no Período de Outubro/14 a Março /15.



Fonte: SISREG /BI.

Entre as gerências distritais, destaca-se a gerência Restinga Extremo Sul (RES) com o mais alto índice de absenteísmo entre as gerências distritais, atingindo 56,4%. O menor percentual de absenteísmo foi observado na gerência Glória Cruzeiro Cristal (GCC), com 34,3% (gráfico 7).

Gráfico 7. Percentual de Absenteísmo às Consultas Odontológicas Especializadas, por Gerência Distrital, no Período de Outubro/14 a Março /15.



Fonte: SISREG /BI.

Discussão

Observa-se que o processo de regulação ainda é incipiente, tornando necessário o enfrentamento de temas mais complexos e estruturantes, como o desafio de entender a natureza dessa regulação, seus avanços e limites, o financiamento da oferta de serviços, as modalidades assistenciais, suas redes e a complexidade dessas relações. Para Mesquita (2002), a compreensão do modelo assistencial praticado só se faz na medida em que se entende o processo de regulação existente.

A implantação da regulação, através da utilização do Sisreg, permitiu a centralização de toda oferta de consultas odontológicas especializadas do município de Porto Alegre em um sistema de informações. Para Ferreira (2010), a centralização do gerenciamento deste recurso assistencial, pelos complexos reguladores, é fundamental para que se inicie o processo organizativo da ação regulatória eletiva, com mapeamento da demanda e da oferta, uma vez que a utilização de um sistema de informações embasa as ações de planejamento do gestor, visando à ampliação e à qualificação da rede assistencial, de acordo com as necessidades observadas.

Ao centralizar a oferta de consultas odontológicas especializadas em um único sistema de agendamento, foi possível que o profissional regulador pudesse

visualizar regiões do município com grande demanda reprimida e, a partir dessa observação, disponibilizar mais vagas para essas regiões. Ferreira (2010) ressalta a importância de que toda a oferta de recursos assistenciais esteja no complexo regulador, para que o gerenciamento e o controle do processo regulatório, que envolve o acompanhamento da execução do procedimento em tempo satisfatório, sejam exercidos. Sem este mecanismo, a garantia da melhor e oportuna resposta aos problemas dos usuários, premissa da estratégia, fica comprometida.

Em função do grande porte territorial do município de Porto Alegre, foi necessária a regionalização do atendimento odontológico especializado, realizada através da criação de uma grade de referências composta por três CEOs para cada distrito sanitário. Para Pires (2010), essa é uma medida importante, uma vez que o fluxo desordenado de pessoas, a demanda não programada, a frágil pactuação de procedimentos e serviços entre os gestores, bem como a incipiente regulação do acesso ocasionam ineficiência e pouca resolubilidade ao sistema de saúde local, características comuns às metrópoles.

A criação da grade de referências permitiu a ampliação das possibilidades de agendamentos, uma vez que cada unidade de saúde de atenção básica passou a ter três serviços especializados de referência. Cabe ressaltar que foram consideradas na definição da grade de referências as características de georreferenciamento dos territórios, sendo pesados critérios como proximidade do território aos serviços de referência e facilidade de acesso. De acordo com Chaves (2010), essa ação faz-se necessária à medida que a taxa de utilização dos serviços possui íntima relação com o tempo despendido e com os gastos relacionados a transporte por parte dos usuários, sendo a proximidade do serviço de referência muito importante quando se considera a adesão ao tratamento especializado.

Foi observada uma grande diferença no número de consultas agendadas entre as diferentes gerências distritais ao longo dos seis meses iniciais de implantação da regulação. As gerências distritais que mais receberam vagas (NHNI, NEB e LENO) são as únicas que possuem o CEO GHC na sua grade de referências, o qual é serviço que mais disponibilizou vagas no período analisado.

Ao se analisar a compatibilidade entre oferta e demanda por consultas odontológicas especializadas no município de Porto Alegre, no período estudado, percebe-se que as especialidades de Estomatologia e Paciente com Necessidades Especiais não possuem demanda reprimida, visto que a oferta é maior que a demanda por essas consultas. Esse fato tornou possível o agendamento direto dessas consultas pelas equipes de saúde bucal atenção básica, através do Sisreg, sem a intermediação de um profissional regulador, tornando mais curto o período entre a solicitação da consulta e o agendamento da mesma. Além disso, por haver uma oferta satisfatória dessas especialidades, foi possível abrir toda a grade de referências para as unidades do município, possibilitando ao usuário escolher em qual CEO deseja consultar, não ficando limitado a apenas os três CEOs da sua grade de referências.

Embora as especialidades de Endodontia, Periodontia e Cirurgia Bucomaxilofacial tenham sido as especialidades com maior número de consultas agendadas no período analisado, observa-se que a demanda por essas consultas ainda é maior que sua oferta. Conseqüentemente, ocorre a formação de uma fila de espera para essas especialidades, além de um maior período de tempo entre a solicitação da consulta e seu agendamento, tendo a especialidade de Endodontia o maior tempo médio de espera entre a solicitação da consulta e seu agendamento (média de 8,3 meses). Na especialidade de Cirurgia Bucomaxilofacial, observou-se que a demanda na região de referência do CEO GHC era inferior à oferta, o que levou a Área Técnica de Saúde Bucal a optar por abrir a possibilidade de agendamento para usuários de outros distritos sanitários que tivessem interesse e disponibilidade de deslocaram-se até o CEO GHC, facilitando o acesso a essa especialidade às demais regiões do município.

Para Zaitter (2009), a falta de recursos materiais e profissionais na atenção básica está relacionada com um aumento na demanda em algumas especialidades odontológicas, especialmente na Endodontia. Dessa forma, a grande demanda reprimida observada na especialidade de Endodontia pode estar associada à ainda baixa cobertura de equipes de saúde bucal no município, a qual está em 37% (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) no presente momento, uma vez que o acesso dos usuários a serviços preventivos e curativos em saúde bucal está intimamente relacionado aos indicadores de cobertura populacional.

Ressalta-se que a grande demanda reprimida em Endodontia e a demora para seu agendamento na rede pública podem ocasionar prejuízos importantes para o paciente e para o sistema, visto que se o tratamento endodôntico não for realizado no tempo clínico adequado haverá maior chance de perda do elemento dental e, por conseguinte, a necessidade de outros tratamentos mais invasivos e onerosos, como os consequentes da perda dentária. Além disso, Silva et al. (2013) indicam que um grande tempo de espera por uma consulta especializada é um dos fatores que mais causam insatisfação dos usuários.

Atualmente, a regulação do acesso às especialidades odontológicas com demanda reprimida no município tem sido realizada unicamente através dos critérios de cotas por unidades de saúde e ordem cronológica das solicitações. Todavia, sabe-se que para o alcance da equidade em saúde, definida como a ausência de diferenças injustas no estado de saúde e no acesso a cuidados de saúde e ambientes saudáveis, faz-se necessário o estabelecimento de prioridades dentro de sistemas de saúde. (OPAS, 2007, p.8) Ao colocarmos a equidade como um dos valores centrais de um sistema de saúde, podemos conceber como justa uma organização que ofereça classificações de prioridade/risco dos casos, garantindo a execução do procedimento em tempo satisfatório, com a melhor e oportuna resposta aos problemas dos usuários.

Tendo em vista o desafio de tornar mais equitativo o acesso à atenção odontológica especializada, a Área Técnica de Saúde Bucal, definiu em seu Protocolo de Atenção em Saúde Bucal (SMS/PMPA, 2014) os critérios clínicos para encaminhamentos para os CEOs. Além disso, está em processo de elaboração um protocolo de estratificação de risco junto aos especialistas e profissionais da rede básica do município. O objetivo da criação desse protocolo é que possam ser pactuados critérios clínicos para priorização de agendamentos de casos mais graves, através da classificação das solicitações de consultas no Sisreg em quatro níveis de prioridade (azul, verde, amarelo e vermelho), a serem considerados pelo profissional regulador. Tais ações vêm ao encontro do preconizado por Ferreira (2010), ao ressaltar a importância dos protocolos regulatórios e clínicos para o desenvolvimento das ações de regulação, sendo os mesmos compreendidos como instrumentos facilitadores da ação regulatória, colaborando na definição do desenho da rede de atenção e potencial de resolução.

O percentual de absenteísmo encontrado no período analisado (36, 8%) ficou dentro dos níveis observados na literatura estudada por Dalri (2014), que encontrou uma média de 30 a 48,3% de absenteísmo. Relaciona-se parte desse alto índice de absenteísmo ao momento inicial de implantação do Sisreg para regulação do acesso às consultas odontológicas especializadas, que alterou o processo de trabalho das equipes no que se refere à dinâmica encaminhamentos de usuários para os CEOs do município.

Entre as especialidades odontológicas, a Endodontia foi a que apresentou o maior índice de absenteísmo no período analisado (53,7%), enquanto que a Estomatologia foi a especialidade que apresentou o menor percentual (34,4%). Tendo em vista que a Endodontia também foi a especialidade odontológica com maior tempo de espera para agendamento, enquanto o agendamento para Estomatologia foi imediato, esses dados corroboram o que foi afirmado por Bender (2010), quando relaciona o tempo elevado de espera na obtenção da consulta especializada como um importante fator contribuinte à falta. Observa-se com esses dados um grande paradoxo, também observado por Dalri (2014), à medida que a Endodontia consiste na especialidade com maior demanda reprimida e também com o maior percentual de absenteísmo entre as especialidades odontológicas estudadas.

Quando é realizada a análise do absenteísmo por gerência distrital, destaque-se a gerência Restinga Extremo Sul (RES) com o mais alto índice de absenteísmo entre as gerências distritais, atingindo 56,4%. Relaciona-se esse alto índice encontrado na região à dificuldade de acesso da população aos CEOs de referência, visto que a Restinga é uma região com baixo nível socioeconômico e distante geograficamente de todos os CEOs do município, ficando 22 km distante do CEO de referência de 1ª opção (CEO Santa Marta). Bender (2010) ressalta que a impossibilidade de o usuário arcar com o custo do transporte e a dificuldade em conseguir liberação

do seu trabalho foram citadas em seu estudo como fatores que levam ao não comparecimento às consultas.

Os dados de absenteísmo observados nesse estudo de caso são preocupantes, pois geram um grande prejuízo ao sistema, tanto do ponto de vista financeiro quanto operacional. Esses dados apontam falhas na Atenção Básica e até mesmo de gestão e trazem a necessidade de se pensar que também refletem na ociosidade na Atenção Secundária e na Atenção Básica, além de impossibilitarem a resolubilidade das ações em saúde bucal. (DALRI, 2014)

Com o objetivo de analisar os dados relativos aos seis primeiros meses de implantação do Sisreg como ferramenta de regulação e traçar métodos para a melhoria dos indicadores, foram realizados dois encontros do grupo de trabalhadores (GT) que ficou responsável por deliberar sobre alguns aspectos pertinentes à regulação com a Área Técnica de Saúde Bucal. Para otimizar a utilização das consultas especializadas ofertadas no Sisreg e aumentar o acesso da população, o grupo lançou como estratégia a criação de uma espécie de “overbooking” para as especialidades odontológicas que apresentam maior demanda reprimida e maiores índices de absenteísmo (Endodontia, Periodontia e Cirurgia Bucomaxilofacial), ampliando o número de primeiras consultas odontológicas nestas especialidades. Essa estratégia passou a ser utilizada a partir de Maio/2015, ainda não tendo sido avaliado seu impacto sobre a utilização dos serviços.

Considerações Finais

A melhoria contínua do SUS depende de políticas que valorizem os atributos de eficiência, eficácia e efetividade, contemplando as necessidades da população e considerando os fluxos de referência e contrarreferência dentro da rede de atenção à saúde. A implantação da regulação, ao possibilitar que se tenham os dados de oferta e demanda num sistema de informações, permite avançar para o entendimento dos problemas de saúde e conhecimento das reais necessidades de investimentos e de qualificação dessa rede.

A regulação deve realizar o exercício permanente de compatibilização entre a oferta dos recursos assistenciais e os problemas da população, bem como monitorar a execução das ações, tentando promover o acesso com equidade, apontando as fragilidades da rede de atenção. Esse acompanhamento de oferta e demanda deve ser constantemente realizado pelo profissional regulador, a fim de alterar, em tempo hábil, cotas de consultas, conforme a necessidade, otimizando a utilização das vagas disponíveis.

A existência de demanda reprimida por consultas odontológicas especializadas, sobretudo na especialidade de Endodontia, ainda é uma realidade no município de Porto Alegre e faz com que sejam necessárias medidas tanto no nível da gestão

quanto nos diversos pontos da rede para sua redução. Cabe à gestão analisar o tempo médio entre as solicitações e o agendamento das consultas especializadas odontológicas e traçar estratégias para reduzi-lo, de forma a garantir o acesso dos cidadãos no tempo e no momento oportuno. Há a necessidade de se definir critérios para que a ampliação dos serviços especializados acompanhe a ampliação dos serviços de atenção básica, de forma a manter uma proporção adequada entre o número de equipes de saúde bucal e o número de profissionais atuando na atenção especializada, aumentando assim a resolutividade do atendimento odontológico no SUS.

Para as especialidades com demanda reprimida, a adoção de um protocolo de estratificação de risco permitirá que casos mais urgentes tenham prioridade de agendamento, tornando mais equitativo o acesso e proporcionando respostas nos tempos certos para o atendimento das necessidades dos usuários. A estratégia do “overbooking”, adotada pela Área Técnica de Saúde Bucal, parece ser uma importante ação para aumentar o acesso da população às consultas odontológicas especializadas, minimizando a ociosidade dos serviços devido à grande demanda reprimida, devendo ser avaliada a longo prazo a sua efetividade.

Em relação à atenção básica, porta de entrada do sistema, deve ser constantemente trabalhado com as equipes de saúde bucal para que os encaminhamentos para o nível secundário sejam realizados de acordo com os critérios estabelecidos no Protocolo de Atenção em Saúde Bucal do município. Deve-se buscar a qualificação dos encaminhamentos, pactuando a decisão com o usuário e, se possível, com toda a equipe de saúde. Além disso, pode-se pensar o matriciamento, realizado por profissionais especialistas, como uma alternativa para aumentar a resolutividade da atenção básica, diminuindo os encaminhamentos desnecessários e, conseqüentemente, as filas de espera. Ações para manter a fila de espera atualizada, como a adoção de uma atualização sistemática, verificando-se mudanças de endereço, ocorrência de óbitos ou a realização do tratamento em outros serviços, entre outras, também constituem em medidas eficazes que os serviços de atenção básica podem adotar para a redução do absenteísmo às consultas e da fila de espera.

Planejar a regionalização da atenção, com a instituição de serviços que sejam de fácil acesso a usuários desfavorecidos economicamente, mostra-se um fator importante a ser considerado, uma vez que as dificuldades dos usuários em arcar com o custo do transporte podem ocasionar aumento do absenteísmo, como observado na região da Restinga Extremo Sul. A inauguração de um CEO na região, dentro da estrutura física do hospital regional, está prevista para os próximos anos, visando qualificar os indicadores de saúde da região. Esse tipo de medida, além de facilitar a adesão dos usuários ao tratamento, diminui a ociosidade nos CEOs e, conseqüentemente, aumenta a resolutividade da Atenção Básica.

Espera-se que o processo de qualificação do acesso às consultas odontológicas especializadas não ocorra isoladamente e limitada ao atendimento da demanda, e sim que esteja atrelado ao desenvolvimento do modelo de atenção pretendido, em todos os níveis de atenção. A discussão dos processos de trabalho, o monitoramento constante de indicadores de saúde e a pactuação de protocolos entre serviços são importantes estratégias a serem utilizadas para a otimização da regulação como ferramenta de gestão.

Referências

BENDER, A.S. et al. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, v.11, n.2, p.56-65, jun.2010.

BENDER, A.S.; MOLINA, L.R.; MELLO, A.L.S. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, jun.2010, v.11, n.2, p.56-65.

BRASIL. Assembleia Constituinte. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília, 2011.

_____. **Portaria Nº 3.840**, de 7 de Dezembro de 2010(*). Brasília, 2010.

_____. **Portaria nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008. Brasília, 2008a.

_____. **Manual do Regulador/autorizador**. Sisreg III. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. **Portaria n. 1.571**, de 29 de junho de 2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. Diário Oficial da União. 24 jul 2007; Seção 1.

_____. **Controle, regulação e avaliação**. Brasília, DF; 2002.

_____. **Portaria n. 1.444**, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção básica à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família Diário Oficial da União 2000; 2000 dez 29. Seção 1, p. 85.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB -SUS 93**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Regulação no setor de saúde**: em direção aos seus fundamentos públicos. Brasília, DF; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ed. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Brasília, DF; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão**: garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde –NOAS-SUS 01 /01. Nº16, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS; 2001.

BULGARELLI, J.V. et al. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Revista de Odontologia da UNESP**. 2013, v.42, n.4, p.229-236.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001, p.113-126.

CESAR, F.L.V. **Referência e contra-referência na atenção secundária em odontologia na cidade de Campinas, SP, Brasil**. Piracicaba, SP: [s.n.], 2011.

CHAVES, S.C.L et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.6, 2010.

CHAVES, S.C.L et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2011; v.27, n.1, p.143-154.

COSTA, J.F.R.; ALVES, D.C. Regulação em Saúde. In: GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. (Orgs). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 2012, p.223-233.

COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.; SILVESTRE, R.M.S (Orgs). **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

DALRI, L. **Absenteísmo de pacientes nos serviços de referência de especialidades odontológicas em Florianópolis, SC**. 2014. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/123847/TCC%20Final-Lara.pdf?sequence=1&isAllowed=y> 2014 >. Acesso em: 17 fev 2015.

FERREIRA, J.B.B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, abr./jun. 2010; v.14, n.33, p.345-358.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev, 2009; v.25, n.2, p.259-267.

FRAZÃO, P; NARVAI, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, 2009; v.33, p.64-71.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009; v.14, n.3, p.783-794.

GONÇALVES, I. M. G. et al. **Avanços e resultados da regulação do acesso aos serviços de saúde no sus de minas gerais**. III Congresso Consad de Gestão Pública, 2010.

JANDREY, C.M; DREHMER, T.M. Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) – UFRGS. **Rev. Fac. Odontol**, Porto Alegre, 2010; v.40, n.2, p.24-28.

LEAL, R.B.; TOMITA, N.E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Ciências e Saúde Coletiva**, 2006; v.11, p.155-160.

LINCOLN JR, A.M. **A Construção do Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo**. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/397.doc>>. Acesso em: 16 jun 2014.

MACHADO, A.T. **Não comparecimento às primeiras consultas odontológicas na atenção secundária em um município mineiro de grande porte**. 2013. 111f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/ZMRO9BPMWS>>. Acesso em: 21 jan 2015.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007, v.12, n.2, p.335-342.

Piola, S.F.; Viana, S.M. (Orgs). **Economia da Saúde**: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA; 1995.

MAGALHÃES JR., H.M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.

MARCON, C.L.F. et al. **Implementação do Sistema de Regulação (SISREG) para o Agendamento de Consultas e de Exames Especializados no Município de Garopaba**. Coleção Gestão da Saúde Pública. V.2, p. 49-64, 2012.

MELO, A.C.B.V. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 2011, v.15, n.3, p.309-318.

MENDES, E.V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1999.

MENDONZA-SASI, R.; BERIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**. 2001; v.17, n.4, p.819-832.

MESQUITA, M.A.F. **A regulamentação da assistência da saúde suplementar**: legislação e contexto institucional. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002.

NASCIMENTO, A. A. M. et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do sus. **Cogitare Enfermagem**. Abr/Jun 2009; v.14, n.2, p.346-352.

NICKEL, D.A.; LIMA, F.G.; SILVA, B.B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, fev 2008; v.24, n.2, p.241-246.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Washington: OPAS, 2007.

PIRES, M.R.G.M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010; v.15, supl.1, p.1009-1019.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de atenção em saúde bucal de porto alegre**: organização da rede e fluxos de atendimento. Porto Alegre, 2014.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre, 2014-2017**. Porto Alegre, 2013.

PUCCA JR., G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2006; v.11, n.1, p.243-246.

ROCHA, C.R; BERCHT, S.B. Estudo do abandono do tratamento odontológico de um serviço público de Porto Alegre: o Centro de Saúde Murialdo. **Rev. Fac. Odontol**, Porto Alegre, 2000, v.42, n.2, p.25-31.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface -Comunicação, Saúde, Educação**, jan/jun 2006, v.10, n.19, p.25-41.

SCHIRMER, C. et al. Access and use of secondary dental care of a large city of Rio Grande do Sul, Brazil. **RSBO**. 2014 Oct-Dec; v.11, n.4, p.375-381.

SIQUEIRA, M.P.; BUSSINGUER, E.C.A. A Saúde no Brasil Enquanto Direito de Cidadania: Uma Dimensão da Integralidade Regulada. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, 2010, n.8, p.253-309.

SILVA, F.H.D; MORTIZ, G.O.; PEREIRA, J. **Teoria das Filas Aplicada ao Atendimento na Média Complexidade Sistema Único de Saúde com Enfoque na Especialidade Endodontia**: uma revisão de literatura. Coleção Gestão da Saúde Pública. Florianópolis, 2013; v.7, p.61-76.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. 2008; v.42, n.1, p.48-56.

SILVA, M.C.B. et al. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). **Ciências e Saúde Coletiva**, 2007; v.12, p.1237-1246.

ZAITTER, W.M. **Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR)**. São Paulo, 2009. 86p. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo.

ANEXO 1

Grade de Referências- Centros de Especialidades Odontológicas

(continuação)

Serviços de Atenção Primária em Saúde		CEO de Referência - 1º Opção	CEO de Referência - 2º Opção	CEO de Referência - 3º Opção
PORTO ALEGRE	CNES			
GD / DS CENTRO		CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO IAPI
UBS Modelo	2264390	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO IAPI
Centro de Especialidades de Saúde Santa Marta	2237334	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO IAPI
ESF Modelo I	5463920	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO IAPI
GD NOROESTE HUMAITA NAVEGANTE ILHAS				
DS NOROESTE		CEO IAPI/GHC	CEO IAPI/GHC	CEO UFRGS
UBS IAPI	6883303	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
Unidade de Saúde Vila Ipiranga	2264811	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
USF Conceicao 1 (GHC)	6978770	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
USF IAPI		CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
PSF Jardim Itu I (GHC)	2265079	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Vila Floresta (GHC)	2265109	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
DS HUMAITÁ NAVEGANTES		CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
Unidade de Saúde Diretor Pestana	2264374	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
Unidade de Saúde Farrapos	2264285	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS

(continuação)

Serviços de Atenção Primária em Saúde		CEO de Referência - 1º Opção	CEO de Referência - 2º Opção	CEO de Referência - 3º Opção
Centro de Saúde Navegantes	2264331	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
ESF Fradique Vizeu	7049579	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
PSF Mario Quintana	3437159	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
DS ILHAS		CEO SANTA MARTA	CEO IAPI	CEO UFRGS
Posto Assistencial de Atendimento Gratuito Ilha do Pavao (HED)	6140815	CEO SANTA MARTA	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Ilha da Pintada (HMV)	2237113	CEO SANTA MARTA	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Ilha dos Marinheiros(HMV)	2264366	CEO SANTA MARTA	CEO IAPI	CEO UFRGS
GD NORTE EIXO BALTAZAR		CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
DS NORTE		CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Assis Brasil	2237245	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Nova Brasilia	2264633	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Ramos	2264706	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Santa Rosa	2264692	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Sarandi	2264684	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Nossa Senhora Aparecida (GHC)	2265206	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
Unidade Parque dos Maias (GHC)	2265095	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Sao Borja 1	2237423	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Santissima Trindade (GHC)	2265176	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
ESF Esperança Cordeiro	5377978	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS

(continuação)

DS EIXO BALTAZAR		CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Passo das Pedras	2265214	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Rubem Berta	2264862	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Sao Cristovao	2264854	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
Unidade de Saúde Costa e Silva (GHC)	2265087	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
USF Domênico Feoli 1	7449283	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Jardim Leopoldina (GHC)	2265125	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Santa Fe	3321428	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
GD LESTE NORDESTE				
GD LESTE		CEO BOM JESUS/GHC	CEO UFRGS/BOM JESUS	
UBS Bom Jesus	6883257	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
Centro de Extensão Universitária Fátima (PUC)	7150547	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
US Morro Santana	2237792	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
US Vila Jardim	2264846	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
Unidade Barao de Bage (GHC)	2265141	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
Unidade Coinma (GHC)	2265192	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Divina Providencia I(GHC)	2265184	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Jardim Carvalho I	2237946	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS

(continuação)

Serviços de Atenção Primária em Saúde		CEO de Referência - 1º Opção	CEO de Referência - 2º Opção	CEO de Referência - 3º Opção
PSF Laranjeiras	2264803	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Mato Sampaio	2264765	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Milta Rodrigues II	2237229	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Vila SESC (GHC)	2265133	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
GD NORDESTE		CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
US Chacara da Fumaca	2264870	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Jardim da Fapa	2264196	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Jardim Protasio Alves	2237954	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Safira Nova	2237911	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Timbauva I	2237210	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Wenceslau Fontoura	2264897	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
GD SUL CENTRO SUL		CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
DS CENTRO SUL		CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Calabria	2264501	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Camaqua	2264528	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Monte Cristo	2264579	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Nonoai	2265001	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
USF Alto Erechim	2264943	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
USF Campo Novo	2264536	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Cidade de Deus	2264420	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Sao Vicente Martir	2264447	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS

(continuação)

ESF Cohab Cavalhada	7517904	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
DS SUL		CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Beco do Adelar	2264463	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Guaruja	2693437	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Ipanema	2264544	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Tristeza	2264595	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Moradas Hipica	8013632	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
ESF Vila Nova Ipanema	6247938	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
GD GLÓRIA CRUZEIRO CRISTAL		CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
DS GLÓRIA		CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Belem Velho	2264498	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS 1º de Maio	2264986	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Estrada Alpes	2265028	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Gloria	2265044	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Jardim Cascata 1	2264951	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Nossa Senhora de Belem	6130917	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
DS CRUZEIRO		CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Vila dos Comerciaros	6883184	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
Unidade de Saúde Nossa Senhora Medianeira	7275455	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
DS CRISTAL		CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Cristal	2237318	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS

(continuação)

Serviços de Atenção Primária em Saúde		CEO de Referência - 1° Opção	CEO de Referência - 2° Opção	CEO de Referência - 3° Opção
PSF Divisa	3979938	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
ESF Sao Gabriel I	2264226	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
GD PARTENON LOMBA DO PINHEIRO		CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
GD PARTENON		CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Bananeiras	2237369	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Ceres	8006830	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Pequena Casa da Crianca	2264269	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Sao Carlos	2264838	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Sao Jose	2237377	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Campo da Tuca	8006865	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
USF Ernesto Araujo 1	8006849	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
ESF Maria da Conceicao I	7275439	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
Unidade de Saúde Morro da Cruz	8006873	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
ESF Santo Alfredo I	8006903	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
ESF Vila Vargas I	8006822	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS São Miguel	8006857	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
Unidade de Saúde Indígena Aldeia Kaingang	7675992	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	XXXXX
GD LOMBA DO PINHEIRO		CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Mapa	2237342	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Panorama	5878632	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
USF Herdeiros II	7449437	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
ESF Santa Helena I	5473764	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS

(conclusão)

PSF Sao Pedro I	2264730	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Vicoso	2264757	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
GD RESTINGA EXTREMO SUL		CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
DS RESTINGA		CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
UBS Macedonia	2264609	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
UBS Restinga	2264587	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
USF Castelo II	2693410	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
ESF Nucleo Esperanca II (HNV)	7275471	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
PSF Quinta Unidade	2264234	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
DS EXTREMO SUL		CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
UBS Belem Novo	2264471	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
USF Chapéu do Sol II(HNV)	7076606	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
ESF Lami I	2264560	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
ESF Paulo Viaro I (HNV)	6676227	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
PSF Ponta Grossa I	2264455	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC