

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

GUILHERME DANIEL DÖRR

PERFIL DOS ATENDIMENTOS DE ENDODONTIA EM UM CENTRO DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE PORTO ALEGRE-RS

Porto Alegre

2015

GUILHERME DANIEL DÖRR

PERFIL DOS ATENDIMENTOS DE ENDODONTIA EM UM CENTRO DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE PORTO ALEGRE-RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Especializada com ênfase em Endodontia, da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Endodontia e Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Soares Grecca  
Coorientador: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Porto Alegre

2015

### **CIP- Catalogação na Publicação**

Dörr, Guilherme Daniel

Perfil dos atendimentos de Endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas de Porto Alegre-RS / Guilherme Daniel Dörr. – 2015.

24 f. : il.

Trabalho de Conclusão (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

Orientadora: Fabiana Soares Grecca

Coorientador: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

1. Serviços de saúde bucal. 2. Atenção secundária à saúde. 3. Especialidades odontológicas. I. Grecca, Fabiana Soares. II. Giordani, Jessye Melgarejo do Amaral. III. Título.

Elaborada por Ida Rossi - CRB-10/771

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela vida, amigos, família, e toda a sua graça.

À minha futura esposa, Thaís, pela paciência e apoio nestes dois anos de curso.

À professora e orientadora Fabiana, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Ao professor e coorientador Jessye, pelo suporte e apoio na elaboração deste trabalho.

A todos os professores e colegas do curso, pelos ensinamentos, amizade e companheirismo.

## RESUMO

DÖRR, Guilherme Daniel. **Perfil dos atendimentos de endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas de Porto Alegre-RS**. 2015. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Especializada – Ênfase em Endodontia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

**Introdução:** Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ainda estão em fase de desenvolvimento no Brasil, tanto no que tange à quantidade à otimização dos serviços prestados. Sendo assim, é de suma importância que se tenha um melhor entendimento da relação entre serviços prestados e perfil de usuários. O objetivo do trabalho foi descrever o perfil dos atendimentos na especialidade de Endodontia do CEO Bom Jesus, oriundos de duas gerências distritais, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período de 2012 e 2013.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo, onde foram analisados prontuários clínicos de todos os usuários atendidos no período de 2012 e 2013, na especialidade de endodontia do CEO do Centro de Saúde Bom Jesus, oriundos das unidades de saúde dos distritos Leste-Nordeste e Partenon-Lomba do Pinheiro, da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Para a análise estatística foi utilizado o software SPSS versão 18. Foram realizadas as análises das frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas às pessoas e aos procedimentos (dentes), estratificando-as em aspectos gerais (relativo à amostra total) e por distrito sanitário. **Resultados:** A maioria dos usuários (70,2%) era do sexo feminino, com idade até 19 anos (22,2%), não referiram ser hipertensos (80,9%), não referiram ser diabéticos (93,2%), não referiram apresentar hepatite (95,9%) e negavam o uso contínuo de algum tipo de medicamento (62,0%). Os primeiros molares foram os dentes de maior demanda (38,5%) seguido dos pré-molares (22,7%). A maioria dos procedimentos foi realizado em dentes da arcada superior (56,7%), com indicação de necropulpectomia (84,8%) e realizado em até três sessões (81,5%). Os dentes que necessitavam de adequação representaram 34,9% e apenas 13,8% dos dentes foram considerados impossíveis de serem tratados. A dor foi relatada em 26% dos casos. O tratamento foi concluído em 65,8% dos dentes, sendo que 17,1% tiveram seu tratamento interrompido por motivo de abandono do usuário. **Considerações finais:** Através da análise realizada no CEO Bom Jesus é possível delinear um perfil dos atendimentos em Endodontia, auxiliando na resolutividade e no planejamento dos serviços.

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde Bucal. Atenção Secundária à Saúde. Especialidades Odontológicas.

## ABSTRACT

DÖRR, Guilherme Daniel. **Profile of endodontic care in a specialized dental center of Porto Alegre-RS. 2015.** 26f. Final Paper (Specialization in Specialized Care - Focus on Endodontics) – Dental School, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

**Introduction:** The specialized dental clinics (CEO) are still under development in Brazil, both with regard to the amount the optimization of services provided. It is therefore of paramount importance to have a better understanding of the relationship between services and user profile. The objective was to describe the profile of care in the specialty of Endodontics CEO Bom Jesus, from two district managers in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, in the 2012 period and 2013. **Methodology:** This is a descriptive cross-sectional observational study, which analyzed clinical records of all patients seen in the 2012 and 2013 period, the endodontic specialty Health Center CEO Bom Jesus, coming from the health units of the East-Northeast districts and Parthenon-Lomba do Pinheiro, the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. For the statistical analysis we used the SPSS software version 18 were conducted the analysis of absolute and relative frequencies of variables related to people and procedures (teeth), stratifying them in general aspects (on the total sample) and health district. **Results:** The majority of users (70.2%) were female, aged up to 19 years (22.2%), not reporting hypertension (80.9%) did not report being diabetics (93.2%) not referred having hepatitis (95.9%) and denied continued use of any medications (62.0%). The first molars were the most demanding teeth (38.5%) followed by premolars (22.7%). Most procedures was conducted in teeth of the upper arch (56.7%) with necropulpectomia indication (84.8%) and performed within three sessions (81.5%). The teeth must be adapted represented 34.9% and only 13.8% of the teeth were considered impossible to be treated. Pain was reported in 26% of cases. Treatment was completed in 65.8% of the teeth, and 17.1% had their treatment interrupted for user abandonment of reason. **Final Thoughts:** Through analysis on CEO Bom Jesus is possible to outline a profile of care in Endodontics, assisting in solving and planning services.

**Keywords:** Dental Health Services. Secondary Care. Dental Specialties.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>06</b>
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>09</b>
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>18</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>21</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A organização do sistema de referência e contra-referência é um dos fatores mais importantes para efetivação da atenção integral a saúde (Vazquez et al., 2014). A referência é representada pelo fluxo, por meio de encaminhamento do paciente com necessidades de saúde complexas, para centros de atenção especializada. O fluxo contrário, ou seja, o retorno do paciente ao nível da atenção básica, próxima de sua residência, é denominado contra-referência (Rodrigues et al., 2013).

Uma das formas de organizar o sistema de referência e contra-referência nos municípios brasileiros é através da divisão da cidade em distritos sanitários. É de suma importância estudar e reorganizar os serviços nos distritos sanitários, considerando uma base populacional definida, bem como seu perfil epidemiológico, buscando a melhora da efetividade na prestação da atenção à saúde. O território do distrito sanitário pode ser caracterizado por uma determinada população, que vive em um espaço específico, com seus problemas de saúde, interagindo com todos os componentes da rede. Além disso, é um espaço político e administrativo dentro do sistema de saúde. (Mendes et al., 1995). O que embasa a delimitação do território no distrito sanitário é o planejamento urbano de uma forma administrativo-assistencial. Uma vez instituído o distrito sanitário neste local, como organização administrativa, ele terá certo grau de autonomia, voltando-se para as mudanças necessárias para atenção à saúde (Moretto et al., 2005).

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 (Bulgareli et al., 2013).

Na área de saúde bucal, quem presta o serviço na atenção básica são as equipes de saúde bucal (ESB), que podem ou não estar vinculadas à estratégia de saúde da família. Estas ESB têm a possibilidade de referenciar os usuários dos serviços de saúde bucal para outro nível de atenção (nível secundário), onde os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) fazem o atendimento especializado e trabalham na lógica da referência e contra-referência, integrando os serviços de saúde bucal dos diferentes níveis de atenção (Brasil, 2015). Os CEO estão sendo implantados em todas as regiões do Brasil, como uma das principais metas da política nacional de saúde bucal, que tem como um de seus objetivos, expandir e melhorar a oferta da atenção secundária em odontologia, garantindo assim uma efetivação da integralidade à saúde (Brasil, 2004).



São classificados em três tipos: Tipo I (três cadeiras odontológicas), Tipo II (quatro a seis cadeiras) e Tipo III (acima de sete cadeiras). A implantação de CEO funciona por meio de parcerias entre estados, municípios e governo federal. O Ministério da Saúde (MS) repassa um incentivo para implantação (construção, reforma, aquisição de equipamentos odontológicos) e custeio dos CEO. O CEO tipo I recebe R\$ 60 mil para implantação e R\$ 8.250,00 para custeio mensal. Já o CEO tipo II recebe R\$ 75 mil para implantação e R\$ 11 mil para custeio mensal. Enquanto que o CEO tipo III são repassados R\$ 120 mil para implantação e R\$ 19.250,00 para custeio mensal. Para receber estes recursos, todos os CEO devem obedecer algumas exigências do Ministério da Saúde, entre elas, a meta relativa à quantidade de procedimentos (Brasil, 2012).

Os CEO ainda estão em fase de desenvolvimento no Brasil, tanto no que tange a quantidade à otimização dos serviços prestados. Problemas vêm sendo relatados na literatura, principalmente no que diz respeito ao cumprimento das metas estabelecidas, sendo assim, é de suma importância que se tenha um melhor entendimento desta relação entre serviços prestados e perfil de usuários. Havendo mais subsídios, é possível enfrentar as dificuldades apontadas de uma forma mais consistente (Góes, et al., 2012; Figueiredo & Goes, 2009; Herkrath et al., 2013).

Diante do contexto da temática estudada, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais são as características dos atendimentos de endodontia prestados pelos profissionais de saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas da Vila Bom Jesus em Porto Alegre? Sendo assim, o objetivo do trabalho foi descrever o perfil dos atendimentos na especialidade de Endodontia do CEO da Vila Bom Jesus, oriundos de duas gerências distritais, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período de 2012 e 2013.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo, onde foram analisados prontuários clínicos de todos os usuários atendidos no período de 2012 e 2013, na especialidade de endodontia do CEO do Centro de Saúde Bom Jesus, oriundos das unidades de saúde dos distritos Leste-Nordeste e Partenon-Lomba do Pinheiro, da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O projeto de pesquisa utilizou dados secundários oriundos de prontuários e foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 28013, seguindo as condições estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

No município de Porto Alegre, o território e a sua população (1.409.351 habitantes) estão distribuídos em 17 Distritos Sanitários (DS), onde para cada distrito sanitário foram definidos os limites geográficos e sua população, no intuito de regionalizar o conjunto de serviços a serem ofertados. As Gerências Distritais (GD), que são estruturas administrativas e também espaços de discussão e prática, abrangem o território de um ou mais DS, sendo um total de oito GD, com população entre 95 e 200 mil habitantes (Porto Alegre, 2013). Os serviços de saúde bucal na atenção básica são ofertados em 117 unidades de saúde, sendo 45 Unidades Básicas de Saúde e 72 Unidades de Saúde da Família. Na atenção especializada, o município de Porto Alegre possui ao todo seis CEO, que dividem responsabilidades sobre as oito gerências distritais. O CEO do Centro de Saúde Bom Jesus, objeto de estudo deste trabalho, recebe usuários das unidades de saúde das gerências distritais Leste-Nordeste e Partenon-Lomba do Pinheiro e atua com carga horária de 50 horas semanais. A Gerência Distrital Partenon-Lomba do Pinheiro abrange uma população de 173.706 pessoas, enquanto que a Gerência Distrital Leste-Nordeste possui 151.295 pessoas, totalizando 325.001 pessoas que estão dentro da área de abrangência do CEO Bom Jesus. Ao todo, são 30 unidades de saúde que referenciam usuários para a especialidade de Endodontia do CEO Bom Jesus, sendo 11 unidades da gerência distrital Leste-Nordeste e 19 unidades da gerência distrital Partenon-Lomba do Pinheiro (Porto Alegre, 2015).

A coleta de dados teve início no ano de 2014, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e utilizou informações dos prontuários dos usuários atendidos no CEO do Centro de Saúde Bom Jesus, avaliando-se as fichas clínicas com os questionários de saúde (Anexo A) e os termos de consentimento livre e esclarecido (Anexo B), além de exames de imagem dos casos. Para a extração dos dados dos prontuários, foi utilizado um instrumento padronizado estruturado e pré-testado, sendo realizada checagem piloto após as primeiras coletas. Para compor o instrumento de coleta de dados, todos os procedimentos contidos no Manual de Especializadas em Saúde Bucal do MS foram utilizados e acrescidos de outras informações conforme descrição das variáveis (Brasil, 2008). Os tratamentos endodônticos realizados no CEO Bom Jesus foram executados por dois profissionais, sendo um especialista na área e outro com curso de especialização em andamento, seguindo protocolo clínico.

Como os atendimentos são registrados por procedimentos, houve a necessidade da busca de informações divididas em duas categorias: variáveis relativas às pessoas (usuários atendidos no serviço de endodontia do CEO); e variáveis relativas aos procedimentos (dentes). Para as informações relativas às pessoas foram utilizadas as seguintes variáveis: i) Distrito sanitário (categórica: Partenon / Nordeste); ii) Idade (coletada de forma contínua e

categorizada em faixas etárias: Até 18 anos / 19 a 24 / 25 a 34 / 35 a 44 / 45 a 54 / 55 a 64 / 65 anos ou mais); iii) Sexo (masculino e feminino); iv) Período do atendimento (ano e semestre: coletada de forma categórica e utilizada como referência a última consulta em que o paciente compareceu no CEO para atendimento); e v) Condição sistêmica (categórica: sim/não, para as seguintes condições: refere hipertensão, refere diabetes, refere hepatite e nega uso de medicamentos).

Para as informações relativas aos procedimentos foram utilizadas as variáveis a seguir:

- i) Dente (categórica: Incisivo / Canino / Pré-molar / 1º Molar / 2º Molar / 3º Molar);
- ii) Arcada dentária (categórica: Superior / Inferior);
- iii) Tipo de tratamento (categórica: Necropulpectomia / Biopulpectomia / Retratamento / Outros. O grupo “Outros” refere-se a tratamentos pouco comuns no CEO Bom Jesus, como apicificação, apicigênese, pulpotomia, capeamento pulpar direto e indireto, cirurgia apical);
- iv) Presença de dor dentária (categórica: Sim / Não. Foi utilizada como base a ficha clínica odontológica de cada usuário, para saber se ele sentiu dor durante o período de tratamento endodôntico);
- v) Necessidade de adequação do dente antes do início do tratamento (categórica: Sim / Não. Foram utilizados como referência os critérios clínicos de encaminhamento para Endodontia presentes no Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (Anexo C));
- vi) Impossibilidade de realização do tratamento endodôntico (categórica: Sim / Não. Foram considerados dentes que já possuem indicação de exodontia, seja por periodontite, ou simples raízes residuais, além disso, os dentes que não estavam mais em boca foram considerados como impossíveis de tratar e foram utilizados como referência os critérios de exclusão para Endodontia no CEO presentes no Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (Anexo C));
- vii) Número de sessões necessárias para a conclusão do tratamento endodôntico (categórica: Uma sessão / Duas sessões / Três sessões / Quatro ou mais. As consultas realizadas na atenção básica não foram contabilizadas. Como protocolo, a primeira consulta no CEO Bom Jesus, em geral é realizada apenas a anamnese, exame clínico, radiografia inicial, e apenas em uma segunda consulta, o tratamento endodôntico propriamente dito inicia, com exceção para os casos em que o profissional optou por iniciar na primeira consulta por motivos de organização de agenda e ou sintomatologia dolorosa do paciente);
- viii) Conclusão do tratamento (categórica: sim / não / não necessitou. Os dentes que não necessitavam de tratamento endodôntico, ou que não estavam mais em boca foram classificados como “não necessitou”);
- ix) Abandono ao tratamento (categórica: Sim / Não / Não necessitou. Dentes que não tiveram o tratamento concluído por motivo de abandono do usuário ao tratamento. Para a categoria “não

necessitou” foram os dentes que não necessitavam de tratamento endodôntico, ou que não estavam mais em boca).

Para a análise estatística foi utilizado o software SPSS versão 18. Foram realizadas as análises das frequências absolutas e relativas das variáveis, estratificando-as em aspectos gerais (relativo à amostra total) e por distrito sanitário (Partenon-Lomba do Pinheiro e Leste-Nordeste). Todas as análises foram subdivididas em características das pessoas e características dos procedimentos.

### 3 RESULTADOS

Foram analisados prontuários de 487 usuários, com um número total de 538 dentes. Em relação aos usuários, 68,8% foram referenciados de unidades do distrito Partenon-Lomba do Pinheiro e 31,2% de unidades da gerência Leste-Nordeste. A maioria (70,2%) era do sexo feminino, com idade até 19 anos (22,2%), não referiram ser hipertensos (80,9%), não referiram ser diabéticos (93,2%), não referiram apresentar hepatite (95,9%) e negaram o uso contínuo de algum tipo de medicamento (62,0%) (Tabela 1).

**Tabela 1: Descrição da amostra geral e estratificada em distritos sanitários segundo características dos usuários (n=487), Porto Alegre, Brasil, 2012 a 2013.**

Variável	Distrito Sanitário		
	Geral n (%)	Nordeste n (%)	Partenon/Lomba n (%)
Distrito Sanitário			
Partenon/Lomba	335 (68,8)	-	-
Nordeste	152 (31,2)	-	-
Sexo			
Feminino	342 (70,2)	103 (67,8)	239 (71,3)
Masculino	145 (29,8)	49 (32,2)	96 (28,7)
Faixa etária			
Até 18 anos	108(22,2)	34(22,7)	74(22)
De 19 a 24 anos	47(9,7)	15(10)	32(9,5)
De 25 a 34 anos	88(18,1)	20(13,3)	68(20,2)
De 35 a 44 anos	94(19,3)	28(18,7)	66(19,6)
De 45 a 54 anos	79(16,2)	26(17,3)	53(15,7)
De 55 a 64 anos	55(11,3)	19(12,7)	36(10,7)
65 anos ou mais	16(3,3)	8(5,3)	8(2,4)

Período			
1º semestre de 2012	94(19,3)	29(19,3)	65(19,3)
2º semestre de 2012	174(35,7)	43(28,7)	131(38,9)
1º semestre de 2013	128(26,3)	37(24,7)	91(27)
2º semestre de 2013	91(18,7)	41(27,3)	50(14,8)
Hipertensos			
Sim	93(19,1)	37(24,7)	56(16,6)
Não	394(80,9)	113(75,3)	281(83,4)
Diabéticos			
Sim	33(6,8)	13(8,7)	20(5,9)
Não	454(93,2)	137(91,3)	317(94,1)
Hepatite			
Sim	20(4,1)	8(5,3)	12(3,6)
Não	467(95,9)	142(94,7)	325(96,4)
Uso de medicamentos			
Sim	185(38)	57(38)	128(38)
Não	302(62)	93(62)	209(62)

---

Segundo as características dos procedimentos realizados, os primeiros molares foram os dentes de maior demanda (38,5%) seguido dos pré-molares (22,7%). A maioria dos procedimentos foi realizado em dentes da arcada superior (56,7%), com indicação de necropulpectomia (84,8%) e realizado em até três sessões (81,5%). Os dentes que necessitavam de adequação representaram 34,9% e apenas 13,8% dos dentes foram considerados impossíveis de serem tratados. A dor foi relatada em 26% dos casos e o tratamento foi concluído em 65,8% dos dentes, sendo que 17,1% tiveram seu tratamento interrompido por motivo de abandono do usuário. Ainda, 3,3% dos dentes referenciados não necessitavam de tratamento endodôntico (Tabela 2).

**Tabela 2: Descrição da amostra geral e estratificada em distritos sanitários segundo características dos procedimentos (n=538), Porto Alegre, Brasil, 2012 a 2013.**

Variável	Geral n (%)	Distrito Sanitário	
		Nordeste n (%)	Partenon/Lomba n (%)
<b>Dente</b>			
Incisivo	103(19,1)	24(14,4)	79(21,3)
Canino	31(5,8)	14(8,4)	17(4,6)
Pré-molar	122(22,7)	41(24,6)	81(21,8)
1º Molar	207(38,5)	69(41,3)	138(37,2)
2º Molar	70(13)	16(9,6)	54(14,6)
3º Molar	5(0,9)	3(1,8)	2(0,5)
<b>Arcada</b>			
Superior	305(56,7)	87(52,1)	218(58,8)
Inferior	233(43,3)	80(47,9)	153(41,2)
<b>Tipo de tratamento</b>			
Necropulpectomia	351(84,8)	103(83,1)	248(85,5)
Biopulpectomia	52(12,6)	13(10,5)	39(13,4)
Retratamento	11(2,7)	8(6,5)	3(1)
Outros	2(0,4)	0(0)	2(0,5)
<b>Presença de dor</b>			
Sim	140(26)	47(28,1)	93(25,1)
Não	398(74)	120(71,9)	278(74,9)
<b>Adequação</b>			
Sim	188(34,9)	54(32,3)	134(36,1)
Não	350(65,1)	113(67,7)	237(63,9)
<b>Impossibilidade</b>			
Sim	74(13,8)	23(13,8)	51(13,7)
Não	464(86,2)	144(86,2)	320(86,3)
<b>Número de sessões</b>			
Uma sessão	9(2,5)	1(9)	8(3,2)
Duas sessões	100(28,1)	25(23,1)	75(30,2)
Três sessões	181(50,8)	51(47,2)	130(52,4)
Quatro ou mais	66(18,5)	31(28,7)	35(14,1)
<b>Tratamento concluído</b>			
Sim	354(65,8)	107(64,1)	247(66,6)
Não	162(30,1)	54(32,3)	112(30,1)
Não necessitou	18(3,3)	6(3,6)	12(3,2)
<b>Abandono ao tratamento</b>			
Sim	92(17,1)	33(19,8)	59(15,9)
Não	428(79,6)	128(76,6)	300(80,9)
Não necessitava de endo	18(3,3)	6(3,6)	12(3,2)

#### 4 DISCUSSÃO

Foram encontradas diferenças entre as prevalências das variáveis em relação aos distritos sanitários para os usuários e para os procedimentos. Em função da maioria (63%) das unidades de saúde que referenciam usuários para o CEO Bom Jesus serem da gerência distrital Partenon-Lomba do Pinheiro, esta diferença pode explicar porque 68,8% dos prontuários deste estudo eram oriundos da gerência Partenon-Lomba do Pinheiro. O fluxograma do encaminhamento para endodontia no município de Porto Alegre está esquematizado no Anexo D.

No presente estudo, 70,2 % dos usuários eram do sexo feminino, e 29,8% eram do sexo masculino. Estes dados, estão em conformidade com os achados de Chaves et al. (2012), que encontrou as porcentagens para o sexo feminino de 68,1% em um município e 70,3% em outro município do estado da Bahia. E Saliba et al. (2013) encontraram em seu estudo 61,5% de pacientes do gênero feminino, e 38,5% do gênero masculino. Porém os dados dos estudos de Saliba et al. (2013) e Chaves et al. (2012), referem-se a usuários encaminhados para todas as especialidades do CEO. Esta maior prevalência de sexo feminino é um resultado comum nestes tipos de trabalho, seja da área médica ou odontológica, pois, mulheres apresentam maior interesse no cuidado com a saúde, por terem mais autopercepção de saúde que os homens, resultando na maior busca por esses serviços (Pinheiro & Torres, 2006)

No presente estudo, os dentes que foram mais frequentemente tratados nas pessoas que utilizaram o serviço foram os primeiros molares (38,5%), seguido de pré-molares (22,7%), incisivos (19,1%), segundos molares (13%) e caninos (5,8%). Pereira & Carvalho (2008), avaliando prontuários de pacientes que foram tratados endodonticamente nas clínicas odontológicas do Centro Universitário de Lavras (MG), encontraram os seguintes resultados: Para o sexo feminino, molar superior (25%), incisivo superior e molar inferior (19,4%), pré-molar superior (16,1%), pré-molar inferior (8,4%). Enquanto que para o sexo masculino, molar superior (24%), Incisivo superior (24%), molar inferior (23%), pré-molar superior (11%), pré-molar inferior (5%). A explicação para os molares serem os dentes mais acometidos pode estar no fato de estarem em uma posição mais posterior no arco, tendo sua higiene dificultada, acumulando mais placa. Por outro lado, o grande número de incisivos pode estar relacionado aos traumatismos ocorridos, que geralmente afetam os dentes anteriores (Pereira & Carvalho, 2008). É sabido na literatura que os primeiros molares são os dentes mais acometidos por lesões cariosas, pois a atividade cariogênica inicia-se no seu longo período de erupção. Ocorre uma maior retenção de placa, prolongando-se esta situação até os dentes entrarem em oclusão, ao redor dos oito anos de idade (Carvalho et al., 1989).

Este pode ser o motivo destes dentes representarem uma grande prevalência de casos no presente estudo.

O tipo de tratamento mais indicado foi a necropulpectomia (84,8%) seguido da biopulpectomia (12,6%). Uma pesquisa realizada em clínicas odontológicas de um curso de odontologia na cidade de Lavras (MG) apresentou os resultados da seguinte forma, necropulpectomia com lesão e retratamentos, representaram 42,8% dos casos no sexo feminino e 50% no sexo masculino. A segunda maior prevalência foi representada pela biopulpectomia (31,3% F e 27% M), seguida pela necropulpectomia (14,5% F e 11,4% M) (Pereira & Carvalho, 2008).

Durante as consultas para realização do tratamento endodôntico, a dor foi relatada em 26% dos casos, este dado deve ser considerado, pois a dor está intimamente ligada à insatisfação do usuário ao tratamento endodôntico. Assim como sua ausência, é um dos principais objetivos esperados pelos usuários ao iniciarem o tratamento endodôntico (Pontes, 2011).

O “Protocolo de atenção em saúde bucal de Porto Alegre (anexo A)”, prevê uma série de critérios clínicos e de exclusão que devem ser considerados antes de os pacientes serem encaminhados para especialidade de Endodontia no CEO. Porém o presente estudo apontou que 34,9% dos dentes referenciados necessitavam de adequação para realização do tratamento endodôntico e 13,8% foram considerados com impossibilidade de tratamento endodôntico. Os motivos são diversos, e vão desde a não remoção total de tecido cariado, até a ausência do elemento dentário em boca. Evidenciando que em boa parte dos encaminhamentos, existe uma lacuna, entre o que é preconizado e o que é realizado nas unidades de atenção primária que referenciam para os Centros de Especialidades Odontológicas.

O resultado mostrou que 81,5% dos tratamentos endodônticos foram concluídos em até três sessões, sendo que a primeira consulta, geralmente é utilizada para anamnese, exame clínico e radiografia inicial, e apenas na segunda sessão, o tratamento endodôntico propriamente dito é iniciado. Saliba et al. (2013) calcularam o número médio de sessões necessárias para o tratamento endodôntico, 4,1 consultas em média foram utilizadas. Entretanto, a consulta de conclusão do caso na atenção primária foi contabilizada neste cálculo, diferentemente do nosso estudo, que contabilizou apenas as sessões no CEO.

A porcentagem de tratamentos concluídos no presente estudo foi de 65,8%. Este resultado está semelhante aos de Saliba et al. (2013), que encontraram uma porcentagem de 69,58% de tratamentos concluídos na especialidade de endodontia, porém 10,68% do total ainda estava com o tratamento em andamento. Já, Bulgareli et al. (2013) encontraram uma



porcentagem de resolatividade na especialidade de endodontia de 50% para usuários referenciados de unidades básicas de saúde e 71,4% de unidades de saúde da família, no município de Marília, Estado São Paulo. O número elevado de tratamentos não concluídos em nosso estudo pode ter diversas explicações. Entre elas o alto índice de necessidade de adequação do dente (34,9%), abandono ao tratamento (17,1%), impossibilidade de tratamento (13,8%), e ainda dentes que não necessitavam de tratamento endodôntico (3,3%). Neste sentido, Vasquez et al. (2014) avaliaram o sistema de referência e contra-referência e o processo de trabalho na atenção secundária em saúde bucal em duas Regiões Administrativas de Saúde no município de Campinas, Estado de São Paulo. O autor evidenciou problemas relacionados ao processo de trabalho: como a desorganização e a precariedade dos arquivos, cujas consequências vão desde a dificuldade de contato com o usuário para eventuais avisos, até a impossibilidade de planejamento da oferta, uma vez que a falta de informações compromete o reconhecimento real das necessidades. E concluiu que o processo de trabalho foi o fator preponderante para a explicação da resolatividade. Rodrigues et al. (2013) também avaliaram este sistema de referência e contra-referência, em um CEO na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais (MG). E calcularam a porcentagem de prontuários que estavam em conformidade com os critérios preconizados (legibilidade, completude, indicação conforme critérios do MS). Os resultados obtidos foram: prontuários completos: 71,4% para endodontia, 62,9% para cirurgia e diagnóstico de câncer bucal e 74% para periodontia. Prontuários legíveis: 74,3% para endodontia, 72% para cirurgia e diagnóstico de câncer bucal e 84,3% para Periodontia. Prontuários com indicação de tratamento especializado: 62,1% para endodontia, 59,4% para cirurgia e diagnóstico de câncer bucal e 77,2% para periodontia. Embora nosso estudo não tenha abordado a qualificação profissional de quem realizou o atendimento, nossa avaliação sugere a inadequação do uso de protocolos o que nos faz pensar sobre a questão da educação permanente e da formação de tais profissionais. Martins et al. (2013) em relação a isso, avaliaram o sistema de referência e contra-referência em endodontia, na cidade de Criciúma, Santa Catarina (SC), onde se comparou encaminhamentos feitos por dentistas com pós-graduação em residência multiprofissional e outros sem especialização na área. O resultado mostrou que o sistema de encaminhamentos foi resolutivo e que 82,4% dos pacientes que foram encaminhados pelos pós-graduados terminaram o tratamento, contra 60,9% dos dentistas sem pós-graduação. Os autores concluíram que quando o paciente foi bem orientado e realmente seguiu as orientações do profissional o tratamento foi resolutivo, comprovando a importância da educação em saúde na efetividade das ações (Martins et al., 2013).

A porcentagem de abandono ao tratamento encontrada neste estudo foi de 17,1%, considerada alta, ao comparar com um estudo realizado na cidade de Marília, Estado de São Paulo, onde o abandono na especialidade de endodontia foi de 6,21% para usuários referenciados de unidades de atenção básica, e 1,92% de unidades de saúde da família (Bulgareli et al, 2013). Já outro estudo, registrou um percentual de evasão, na especialidade de Endodontia, de 30,42%. Os autores justificaram, afirmando que o tratamento endodôntico, por ser longo, e muitas vezes procurado apenas para resolver a dor, acarretaria na desistência do paciente ao restante do tratamento. Ainda, os autores sugeriram a necessidade de conscientização do paciente, por meio de uma estratégia de educação em saúde, como forma de diminuir a evasão ao tratamento (Saliba et al., 2013). Para, Rocha & Bercht (2000), após analisar o abandono ao tratamento no Centro de Saúde Murialdo em Porto Alegre- RS, as principais causas foram: dificuldade de faltar ao trabalho, longo tempo de duração do tratamento, doenças, gravidez e mudança de domicílio, o que também poderia explicar o percentual de abandono encontrado no presente estudo.

Como limitação do estudo, o fato de não ter a informação sobre tempo de espera para o atendimento não possibilita a avaliação do percurso/trajetória do usuário entre os níveis de atenção em saúde, fato que possui implicações nas condições clínicas no momento do atendimento no CEO, além de poder influenciar no absenteísmo. Outra limitação está no fato de não terem sido avaliadas as características socioeconômicas dos indivíduos, as variáveis estudadas abrangeram apenas informações coletadas nos prontuários. Porém, sabemos que os determinantes sociais agem como fatores de risco para as doenças bucais, entre elas a cárie, que está intimamente ligada à necessidade de endodontia e a perda dentária (Peres et al., 2003; Antunes et al., 2006). Uma das formas de se avaliar as características sociais dos indivíduos é através do índice de desenvolvimento humano (IDH) das regiões em que vivem. Ao avaliar as regiões pertencentes às gerenciais distritais objetos de estudo do presente trabalho (Quadro 1), vemos uma grande discrepância entre os distritos, sendo que as regiões Leste e Partenon são mais desenvolvidas que as outras duas. Outro dado importante é a distribuição de domicílios indigentes e pobres. Novamente a região mais afetada é a nordeste com 9,6% de domicílios indigentes (DI) e 32,36% de domicílios pobres (DP), seguida das regiões Lomba do Pinheiro 5,23% (DI) e 22,56% (DP), Partenon 3,15% (DI) e 13,31% (DP), Leste 2,83% (DI) e 12,09% (DP) (Porto Alegre, 2013).

**Quadro 1 – Índice de Desenvolvimento Humano, 2000.**

Região	IDH	IDH Educação	IDH Saúde	IDH Renda
Leste	0,834	0,932	0,744	0,83
Lomba do Pinheiro	0,751	0,884	0,693	0,68
Nordeste	0,726	0,858	0,704	0,62
Partenon	0,819	0,932	0,722	0,8

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O planejamento no SUS deve ser baseado em dados epidemiológicos e demográficos que expressem as reais necessidades de saúde da população, e não apenas levar em consideração parâmetros construídos com base em números relativos à produção.

Através da análise realizada no CEO Bom Jesus delineou-se um perfil dos atendimentos em Endodontia. Foi possível identificar o distrito sanitário de maior demanda para o serviço, bem como características demográficas como sexo e idade. Além disso, a identificação de características relacionadas aos procedimentos poderá auxiliar no planejamento e resolutividade das ações, prevendo a demanda de atenção em saúde, onde através de estratégias de educação permanente, essas questões poderão ser discutidas com objetivo de qualificar o processo de trabalho.

## REFERÊNCIAS

Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(1): 79-87.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Brasília, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1341/GM, 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Brasília, 2012.

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, 2004. Acesso em 10 de junho de 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)

Brasil, 2015. Brasil Sorridente, Centro de Especialidades Odontológicas. Acesso em 10 de junho de 2015. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.php?conteudo=ceo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=ceo)

Bulgareli JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Meneghim MC, et al.. Informações da atenção secundária em odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. *Rev Odontol UNESP*, 2013; 42(4): 229-236.

Carvalho JC, Ekstrand KR, Thylstrup A. Dental plaque and caries on occlusal surfaces of first permanent molars in relation to stage of eruption. *J Dent Res*, 1989; 68 (5): 773-779.

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): 1-8.

Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, et al.. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(11): 3115-3124.

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.

Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Júnior GAP, et al.. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2012; 28 Sup: S81-S89.

Herkrath FJ, Herkrath APCQ, Costa LNBS, Gonçalves MJF. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. *Saúde em Debate*, 2013; 37(96): 148-158.

Martins LGT, Traebert J, Sônego FGF. Análise do sistema de referência em contra-referência em um serviço público de odontologia. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.*, 2013; 6(4): 6-18.

Mendes EV, Teixeira CF, Unglert CVS, Grego C, Araújo EC, Villarosa FN, et al.. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. 3ª ed. São Paulo: Hucitec-abrasco; 1995.

Moretto A, Santos AM, Aginsky BG, Barcellos C, Ballester DA, Harzheim E, et al.. Diagnóstico de saúde do distrito leste de Porto Alegre. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005.

Porto Alegre, 2013. Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017. Acesso em 10 de junho de 2015. Disponível em:  
[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/pms\\_2014\\_2017.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf)

Porto Alegre, 2015. Centro de Saúde Bom Jesus. Acesso em 10 de junho de 2015. Disponível em:  
[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=2&p\\_secao=835](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=2&p_secao=835)

Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. Protocolo de atenção em saúde bucal de Porto Alegre: Organização da rede e fluxos de atendimento. Porto Alegre (RS); 2014; pg 42, 44, 45,46.

Pereira CV, Carvalho JC. Prevalência e eficácia dos tratamentos endodônticos realizados no Centro Universitário de Lavras, MG - uma análise etiológica e radiográfica. *RFO*, 2008; 13 (3): 36-41.

Peres MA, D.O.Latorre MR, Sheimam A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, et al.. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 2003; 6(4): 293-306.

Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(4): 999-1010.

Pontes, A.L.B. Avaliação da satisfação do usuário e da qualidade dos tratamentos endodônticos em Centros de Especialidades Odontológicas da Grande Natal - RN. [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011.

Rocha CR, Bercht, SB. Estudo do abandono do tratamento odontológico de um serviço público de Porto Alegre: o Centro de Saúde Murialdo. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*, 2000; 42 (2): 25-31.

Rodrigues LA, Vieira JDM, Leite ICG. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região sudeste. *Cad. Saúde Colet.*, 2013; 21(1): 40-45.

Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev Odontol UNESP*, 2013; 42(5): 317-323.

Vazquez FL, Guerra LM, Vitor ES, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneguim MC, et al.. Referência e Contrarreferência na Atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014, 19(1): 245-255.

**ANEXO A – Ficha clínica com questionário de saúde**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CEO - BOM JESUS

FICHA CLÍNICA DE ENDODONTIA

Nome:	Data de nascimento:
SUS:	Telefone:
Mãe:	
UBS, origem/CD:	

A) História médica atual: doenças comuns nos pacientes especiais

- 1- Hipertensão ( ) sim ( ) não TA: \_\_\_\_\_  
 2- Cardiopatia ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_  
 3- Diabete ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_  
 4- Hepatite ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_  
 5- Discrasia Sanguínea ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_  
 6- Convulsões ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_  
 7- Febre Reumática ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_  
 8- Endocardite Bacteriana ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_  
 9- Reações alérgicas ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_  
 Tipo: \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_  
 10- Internações recentes ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_  
 Motivo: \_\_\_\_\_

Obs.: Paciente apresenta alguma contra-indicação para realizar tratamento odontológico  
 cruento? ( ) sim ( ) não

Tipo: \_\_\_\_\_

B) Medicamentos em uso atualmente: \_\_\_\_\_





## **ANEXO C – Critérios Clínicos de Encaminhamento para Endodontia**

### **PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE PORTO ALEGRE (páginas 44, 45,46).**

Para encaminhar o paciente para tratamento endodôntico no CEO, devem ser considerados os seguintes critérios:

- Remoção total do tecido cariado do dente a ser tratado;
- Curativo de demora e restauração provisória com cimento de ionômero de vidro ou resina;
- O dente deve apresentar estrutura coronária remanescente (considerar os desgastes necessários para a realização do tratamento endodôntico) que permita a realização de restauração direta após o tratamento endodôntico, restabelecendo forma e função;
- Em casos de grande destruição coronária, o dente deve ser previamente restaurado com material restaurador definitivo devolvendo os contornos axiais normais que possibilitem a colocação do grampo para o isolamento absoluto. Colocar bolinha de algodão na entrada dos condutos com o objetivo de evitar que se obliterem com o material restaurador, mantendo o acesso aos canais;
- O dente deve permitir o uso de isolamento absoluto. Quando houver necessidade de cirurgia de aumento de coroa clínica, deve ser feito encaminhamento para periodontia anteriormente à endodontia;
- Dentes com doença periodontal (bolsa periodontal, mobilidade, lesão de furca) devem ser avaliados pela periodontia previamente;
- Nos casos em que foi realizado tratamento conservador da polpa dental (capeamento pulpar, curetagem pulpar ou pulpotomia), a preservação do tratamento deve ser

realizada na APS. Encaminhar à Endodontia somente em caso de insucesso (pulpite/necrose pulpar) do tratamento;

- Dentes com tratamento endodôntico já realizado e que apresentam sinais e sintomas representativos de alguma patologia poderão ser encaminhados para avaliação, com radiografias prévias (evolução do quadro), para definir se podem receber retratamento ou não.
- Dentes com rizogênese incompleta e vitalidade pulpar devem ser submetidos à técnica de pulpotomia, e a proervação realizada na APS, com o objetivo de obter a apicigênese;
- Dentes de canino a canino com rizogênese incompleta e necrose pulpar podem ser encaminhados para tratamento de apicificação;
- Urgências de origem endodôntica devem ser atendidas na APS. No CEO serão atendidas somente urgências decorrentes do tratamento endodôntico em andamento (reagudização);
- Os usuários atendidos em serviços de urgência devem ser orientados a procurar a APS para adequação aos critérios estabelecidos e encaminhamento para o CEO.

#### Critérios de exclusão para Endodontia no CEO

- Terceiros molares;
- Dentes com extrusão e sem antagonista;
- Dentes que não possam ser restaurados com restauração direta, recuperando forma e função (ponto de contato), na APS. Os dentes com estrutura dentária remanescente mínima apresentam riscos elevados de fratura, proporcionam uma retenção reduzida para a restauração e apresentam o risco de invasão do espaço periodontal, bem como a

dificuldade de restabelecimento do ponto de contato. As restaurações de dentes tratados endodonticamente são planejadas para substituir a estrutura dentária ausente e para proteger a estrutura remanescente contra fraturas;

- Dentes que não possam receber isolamento absoluto;
- Dentes com problemas periodontais devem ser avaliados primeiro pela periodontia;
- Dentes com envolvimento de furca grau 3 e doença periodontal severa e grande mobilidade por perda de inserção.

## ANEXO D – Fluxograma de Encaminhamento para Endodontia

### PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE PORTO ALEGRE (página 42)

