



**Revista de APS**

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



## **Perfil do usuário do Sistema Único de Saúde no município de Curitiba, Paraná, com necessidade de tratamento odontológico**

### **Profile of Unified National Health System' users, requiring specialized dental treatment, in Curitiba, Paraná**

Ana Carolina Gonçalves<sup>1</sup>, Ana Tereza Bittencourt Guimarães<sup>2</sup>, Marilisa Carneiro Leão Gabardo<sup>3</sup>, Wellington Menyrval Zaitter<sup>4</sup>, João Armando Brancher<sup>5</sup>, Eduardo Pizzato<sup>6</sup>

#### RESUMO

Objetivo: Delinear o perfil de usuários que aguardam na lista de espera pelo atendimento odontológico especializado em Endodontia em dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do município de Curitiba, Paraná. Métodos. Neste estudo transversal foram coletados e classificados dados de 7072 usuários conforme gênero, idade, Distrito Sanitário (DS) em que o atendimento básico foi prestado e data de entrada na lista de espera. Os dados foram submetidos aos testes Qui-quadrado para independência, seguidos do teste de acompanhamento de resíduos ajustados de Marascuilo. Resultados: Dos usuários pesquisados que aguardavam, 63,0% eram mulheres. A faixa etária prevalente foi de 15 a 34 anos ( $p < 0,05$ ). Diferença estatisticamente significativa foi encontrada quanto aos atendimentos nos DS ( $p < 0,05$ ). O DS Matriz teve a menor frequência de inclusão na lista de espera em comparação com os demais; já os DS Bairro Novo (13,5%), Cidade

<sup>1</sup> Cirurgiã-dentista. Mestre em Odontologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Positivo.

<sup>2</sup> Graduada em Ciências Biológicas. Doutora em Ciências. Professora do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

<sup>3</sup> Cirurgiã-dentista. Doutora em Odontologia. Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Positivo. E-mail: marilisagabardo@gmail.com

<sup>4</sup> Cirurgião-dentista. Doutor em Ciências Odontológicas. Servidor da Prefeitura Municipal de Curitiba.

<sup>5</sup> Cirurgião-dentista. Doutor em Ciências da Saúde. Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Positivo.

<sup>6</sup> Cirurgião-dentista. Doutor em Odontologia Preventiva e Social. Professor do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Paraná.

Industrial de Curitiba (13,7%), Boa Vista (14,5%), Boqueirão (14,8%) e Pinheirinho (15,2%) apresentaram as maiores frequências. Por fim, em relação aos atendimentos na série temporal, diferença significativa entre os meses foi identificada ( $p < 0,01$ ). Conclusão: O perfil dos usuários encontrados na lista de espera para atendimento endodôntico em Curitiba, no período analisado, conta com maior prevalência de mulheres, de indivíduos entre 15 a 34 anos, distribuídos de maneira desigual dentre os DS e meses do ano, sendo este último dado resultante de ações da Secretaria Municipal de Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção secundária à saúde. Endodontia. Acesso aos serviços de saúde. Distrito Sanitário. Desigualdades em saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to delineate the profile of users in the waiting list for specialized endodontic dental care in two Dental Specialty Centers (DSC) of the city of Curitiba, Paraná. **Methods:** In this cross-sectional study, data from 7,072 users were collected and classified according to gender, age, Sanitary District (SD), and date of entry in the waiting list. Data were submitted to Chi-square tests for independence, followed by Marascuilo's adjusted residuals test. **Results:** Of the users on the waiting list surveyed, 63.0% were women. The prevalent age group was 15- to 34 years ( $p < 0.05$ ). Statistical difference was found regarding attendance at the SD ( $p < 0.05$ ). The SD Matriz had the lowest frequency of inclusion in the waiting list compared to the others; SD Bairro Novo (13.5%), Cidade Industrial de Curitiba (13.7%), Boa Vista (14.5%), Boqueirão (14.8%) and Pinheirinho (15.2%) presented the highest frequencies. Finally, regarding the time series attendances, a significant difference between the months was identified ( $p < 0.01$ ). **Conclusion:** The profile of users found in the waiting list for endodontic care in Curitiba, during the analyzed period, has a higher prevalence of women, between 15 and 34 years old, and unequally distributed among the SD and months of the year, the latter being the result of actions of the Municipal Health Office.

**KEYWORDS:** Secondary care. Endodontics. Health services accessibility. Sanitary District. Health inequalities.

## INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) resulta do Movimento da Reforma Sanitária iniciado da década de 1970, que culminou na VIII Conferência Nacional da Saúde e seguinte promulgação da Constituição de 1988, passos que levaram à reorganização do sistema de saúde no Brasil<sup>1</sup>. As novas diretrizes propostas passaram então a fundamentar e orientar as ações de saúde pública, as quais devem ser articuladas e integradas em âmbito federal, estadual e municipal, de tal forma que permitam amplo acesso da população, garantindo os princípios de integralidade, universalidade, descentralização, regionalização, equidade, hierarquização, humanização e acessibilidade<sup>2</sup>.

Barros<sup>3</sup> aponta que o SUS, no sentido de ampliar o acesso aos serviços de saúde, especialmente para os indivíduos menos favorecidos socioeconomicamente, pretende reduzir as disparidades em saúde, o que se torna mais efetivo quando os serviços oferecidos têm maior cobertura e qualidade. Assim, por meio do acesso da população aos serviços, pretende-se organizar e dar continuidade aos tratamentos propostos<sup>4</sup>. Em 2004 são lançadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, com vistas justamente ao redirecionamento e à ampliação das ações nos níveis secundário e terciário<sup>5</sup>.

Quanto à hierarquização e distribuição das ações de saúde, a atenção primária ou atenção básica é desempenhada por unidades de saúde, consideradas as portas de entrada do usuário ao sistema e devem destinar-se a um determinado grupo populacional que mora na área geográfica de sua abrangência<sup>6</sup>. Entretanto, a disponibilidade funcional e geográfica da unidade prestadora de serviços deve ser considerada, visto que esses fatores podem se tornar barreiras<sup>7</sup>

Isso posto, a regionalização de serviços não deve ser pautada meramente no ponto de vista burocrático-administrativa, mas representar a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa dada área, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de atenção, ou seja, a todas as ações de saúde<sup>8,9</sup>.

Curitiba está dividida, administrativamente, em dez regionais, sendo que em cada uma delas há uma representação da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) – os Distritos Sanitários (DS), a saber: Bairro Novo, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, Cidade Industrial de Curitiba (CIC), Pinheirinho, Portão, Santa Felicidade, Matriz e Tatuquara (<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/distritos-sanitarios.html>). Na época da realização desta pesquisa, havia nove DS (exceto Tatuquara). Essa divisão em DS favorece a organização e a distribuição dos serviços de saúde<sup>10</sup>. A maioria das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, que totalizam 109, presta serviços odontológicos. Quanto aos atendimentos de urgência, mediante dor de origem pulpar, os procedimentos realizados nesses locais são: abertura endodôntica, acesso aos canais radiculares, esvaziamento pulpar, medicação intracanal e selamento provisório. Então, o usuário é encaminhado, por meio de uma Central Única de Marcação de Consultas Especializadas, aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que atualmente são três:

Sylvio Gevaerd, no DS do Portão; Rosário, na região central, no DS da Matriz; e Positivo, que fica dentro do próprio câmpus da Universidade Positivo, localizado no DS CIC. Todos oferecem serviços nas especialidades de Endodontia, Periodontia, pacientes com necessidades especiais e cirurgia oral menor.

De acordo com dados da última Pesquisa Nacional de Saúde Bucal<sup>11</sup>, o acesso aos serviços odontológicos na atenção primária prestados pelo SUS melhorou, porém o mesmo não aconteceu a respeito do acesso aos serviços especializados.

Para que os usuários cheguem nesse nível de atenção, eles devem ter sido atendidos em uma Unidade de Saúde, seja ela UBS ou de Saúde da Família, conforme região onde residem, obedecendo a critérios de territorialização<sup>12</sup>. À atenção secundária em Odontologia compete receber os pacientes encaminhados da atenção primária, que passaram a integrar uma fila de espera. Esses encaminhamentos aos serviços especializados baseiam-se em critérios pactuados com as equipes, e estabelecidos nas Diretrizes de Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Curitiba<sup>13</sup>. Os critérios adotados visam à economia de recursos, redução das filas de espera e melhoria na qualidade do serviço<sup>14</sup>.

Sendo assim, as filas de espera são organizadas conforme o princípio de igualdade, priorizando o atendimento daqueles indivíduos que chegaram antes, mas acabam por ser resultantes, também, da escassez de serviços especializados<sup>15</sup>. Para Arenales et al.<sup>16</sup> as filas de espera se formam devido a dois fatores específicos: o aumento da necessidade pelos usuários e a incapacidade do sistema de absorver essa demanda. Autores confirmam que o longo tempo de espera nas filas para atendimento odontológico é apontado como aspecto negativo da rede pública de saúde<sup>17</sup>.

Segundo dados de monitoramento do serviço especializado da SMS de Curitiba, a fila de espera para atendimento especializado em Endodontia no município é de aproximadamente dez meses, mas pode chegar a dois anos<sup>18</sup>, ou seja, o paciente que passa pela abertura coronária na UBS irá realizar o tratamento especializado após um tempo considerado superior a qualquer limite aceitável para que ocorra sucesso na intervenção endodôntica.

Zaitter et al.<sup>19</sup> propuseram o gerenciamento da fila de espera como estratégia para sua redução por meio de uma pré-avaliação dos pacientes excluindo aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão. Esses autores afirmaram que a intervenção na fila é uma forma de conhecê-la e de dimensioná-la, e faz com que o relacionamento profissional-paciente se estreite de forma a priorizar a necessidade frente ao interesse e predisposição do paciente. Isso vai ao encontro do que o estabelecimento de protocolos de regulação que visem a melhoria do acesso e qualidade da atenção prestada<sup>20</sup>.

Tendo em vista os princípios e diretrizes organizacionais do SUS, o objetivo deste estudo foi delinear o perfil dos usuários que se encontram em lista de espera para tratamento endodôntico em dois CEO de Curitiba, Paraná.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional, sob parecer n.º 493.792/13.

Com delineamento transversal, entre os meses de julho de 2012 e agosto de 2013, foram coletados dados de todos os indivíduos atendidos nos nove DS do município de Curitiba, Paraná, à época. Os mesmos foram cadastrados na base de dados da Prefeitura Municipal para atendimento odontológico especializado na área de Endodontia, encaminhados para os CEO Sylvio Gevaerd e Rosário. Na época de coleta deste estudo, ainda não havia o CEO Positivo.

Para a análise descritiva do perfil dos pesquisados, foram utilizadas as variáveis: gênero (masculino ou feminino), idade (em anos), DS em que foi prestado o atendimento básico (Bairro Novo, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, CIC, Pinheirinho, Portão, Santa Felicidade e Matriz) e mês no qual o indivíduo foi referenciado para a lista de espera.

Os dados obtidos para frequência de atendimentos do grupo amostral nos DS foram agrupados nos 13 meses de coleta. Para determinar se houve algum mês com maior procura pelo serviço de saúde, foi utilizado o teste de Qui-quadrado para independência, seguido do teste de acompanhamento de resíduos ajustados. Em relação ao número de atendimentos por DS, foi verificada a homogeneidade de distribuição dos pacientes por meio do teste de Qui-quadrado para K proporções, seguido pelo teste de acompanhamento de Marascuilo.

Na avaliação da frequência de atendimentos por faixas etárias, foi verificada a homogeneidade da distribuição por meio do teste de Qui-quadrado para K proporções, assumindo as frequências esperadas dos grupos etários definidos pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES)<sup>21</sup>, em seu caderno estatístico do município de Curitiba. O teste de acompanhamento realizado posteriormente foi o de Marascuilo. Todas as análises foram realizadas no programa XLStat 2013, assumindo um nível de significância equivalente  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

No período de coleta de dados foram obtidas informações de 7072 pacientes. Quanto ao gênero, a maior prevalência dos inscritos em lista de espera foi de mulheres, 63,0%, contra 37,0% de homens.

Ao avaliar as frequências de atendimentos dos pacientes classificados por faixa etária, constataram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ). As idades que apresentaram menor frequência de atendimento foram de um a nove anos ( $p < 0,05$ ), com média de atendimento de 0,43% do total de pacientes. As faixas etárias com maior frequência de atendimento ocorreram entre 15 a 34 anos ( $p < 0,05$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Frequências de atendimentos por faixas etárias no município de Curitiba, Paraná, no período de julho de 2012 e agosto de 2013 (n=7072)

Faixa etária	n (%)	Grupos*			
De 1 a 4	1 (0,01)	A			
De 5 a 9	61 (0,86)	B			
De 10 a 14	213 (0,004)			H	I
De 15 a 19	16 (0,007)				J
De 20 a 24	25 (0,006)				J
De 25 a 29	58 (0,006)				J
De 30 a 34	92 (0,006)				J
De 35 a 39	138 (0,005)				I J
De 40 a 44	336 (0,004)			H	I
De 45 a 49	448 (0,004)			G	H
De 50 a 54	594 (0,003)			F	G H
De 55 a 59	778 (0,003)			E	F G H
De 60 a 64	814 (0,002)		D	E	F G
De 65 a 69	900 (0,002)		C	D	E F
De 70 a 74	977 (0,002)		C	D	E
De 75 a 79	1049 (0,001)	B	C	D	
De 80 anos e mais	615 (0,001)	B	C		

\* Grupos formados por meio da significância obtida pelo teste de Marascuilo

Fonte: elaborada pelos autores

Ao ser comparada a frequência da distribuição de pacientes entre os DS, diferenças estatisticamente significativas foram encontradas ( $p < 0,01$ ). No DS Matriz houve as menores frequências de atendimento quando comparado aos demais ( $p < 0,05$ ), atendendo 1,7% do total de avaliados no período. Já as unidades dos DS Bairro Novo, CIC, Boa Vista, Boqueirão e Pinheirinho apresentaram significativamente as maiores frequências de pacientes, atendendo entre 13,5% a 15,2% do total de pacientes avaliados no período (Tabela 2).

**Tabela 2** - Frequência de atendimentos por DS no município de Curitiba, Paraná, no período de julho de 2012 e agosto de 2013 (n=7072).

DS	n (%)	Grupos*	
Matriz	120 (1,7)	A	
Santa Felicidade	606 (8,6)		B
Portão	624 (8,8)		B
Cajuru	643 (9,1)		B
Bairro Novo	957 (13,5)		C
CIC	972 (13,7)		C
Boa Vista	1028 (14,5)		C

(Conclusão)

DS	n (%)	Grupos*
Boqueirão	1046 (14,8)	C
Pinheirinho	1076 (15,2)	C

\* Grupos formados por meio da significância obtida pelo teste de Marascuilo

Fonte: elaborada pelos autores

Em relação aos atendimentos na série temporal, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ). Verificou-se que nos meses de agosto/2012, outubro/2012, novembro/2012 e entre abril e julho/2013 houve mais atendimentos nas UBS ( $p < 0,05$ ). O inverso se deu nos meses de julho/2012, setembro/2012 e dezembro/2012 ( $p < 0,05$ ). Os demais meses mantiveram uma frequência média esperada de 475 pacientes ( $p > 0,05$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3** - Frequência de atendimentos de usuários no município de Curitiba, Paraná, conforme período de julho de 2012 a agosto de 2013 (n=7072)

Mês/Ano	n (%)	Valor de p*
Julho/2012	89 (1,0)	< 0,05
Agosto/2012	547 (8,0)	< 0,05
Setembro/2012	407 (6,0)	< 0,05
Outubro/2012	586 (8,0)	< 0,05
Novembro/2012	542 (8,0)	< 0,05
Dezembro/2012	409 (6,0)	< 0,05
Janeiro/2013	506 (7,0)	> 0,05
Fevereiro/2013	464 (7,0)	> 0,05
Março/2013	530 (7,0)	> 0,05
Abril/2013	707 (10,0)	< 0,05
Mai/2013	646 (9,0)	< 0,05
Junho/2013	681 (10,0)	< 0,05
Julho/2013	795 (11,0)	< 0,05
Agosto/2013	208 (3,0)	< 0,05

\*Teste de resíduos ajustados

Fonte: elaborada pelos autores

## DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como proposta analisar o perfil dos usuários que aguardam na lista de espera para tratamento endodôntico em dois CEO de Curitiba, Paraná.



Um grande desafio dos gestores de saúde, e da saúde bucal aqui tratada, é dar continuidade aos procedimentos realizados na atenção básica, a partir do momento em que usuário passa a aguardar por atendimento especializado, mesmo com o incentivo governamental dado para reorganização da atenção e a expansão dos serviços de maior complexidade<sup>5</sup>.

No presente estudo, o total de inscritos em fila de espera, no período de 13 meses, foi 7072 pacientes, distribuídos nos nove DS. As mulheres compuseram a maioria da amostra, como já encontrado em estudos com mesmo objetivo<sup>22,23</sup>. Estudos sugerem que a maior procura pelo atendimento por parte das mulheres deve-se ao fato de que elas possuem como característica maior interesse no autocuidado com sua saúde, seja médico ou odontológico, assim como mais autopercepção do que os homens<sup>24,25</sup>. As mulheres jovens e com melhor condição socioeconômica foram apontadas como as que mais acessam os serviços de saúde bucal<sup>26</sup>. Por sua vez, Couto et al.<sup>27</sup> relataram deficiência no acolhimento ao público masculino e às suas demandas e, ainda, uma feminização dos ambientes das Unidades de Saúde, tanto pelos materiais quanto pela educação em saúde.

Salienta-se que as ações de saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, a despeito de serem específicas em alguns momentos, não fazem distinção de gênero e as informações são levadas a todos os usuários de maneira não excludente. Mesmo assim, é importante incluir o tema gênero nos processos de formação e capacitação dos trabalhadores da saúde, uma vez que ficou evidente a menor procura do atendimento por parte da população masculina. Neste estudo contatou-se que há um alto no número de jovens adultos que buscam o atendimento especializado a partir dos 15 anos de idade, o que pode ser explicado pela deficiência no acesso ao serviço público ou pela ineficiência do controle dos problemas bucais<sup>28</sup>, o que, segundo Cruz et al.<sup>29</sup> não está de acordo com o disposto pelo princípio de acesso universal do SUS. Associado a isso, presume-se que indivíduos com maior potencial produtivo ou que pleiteiam uma vaga no mercado de trabalho e uma melhor condição socioeconômica prestem maior atenção às suas necessidades em saúde. Neste estudo a faixa etária dos indivíduos que mais careciam de tratamento endodôntico esteve entre 15 e 34 anos de idade, sendo que uma diminuição gradual ocorreu com o avanço da idade.

Em relação à distribuição de usuários entre os DS, foi possível verificar que as UBS do DS Matriz apresentaram as menores frequências de atendimento quando comparadas às demais, haja vista que este possui três UBS que prestam serviço odontológico. Além disso, de acordo com dados do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano – IPPUC<sup>30</sup>, em 2010, o rendimento médio nos domicílios particulares na Regional Matriz foi o mais alto e está 71,0% acima do apresentado pelo município. Por outro lado, os DS com menor rendimento médio, Bairro Novo, CIC, Pinheirinho e Boqueirão, apresentaram significativamente as maiores frequências de usuários do serviço odontológico.



Na presente pesquisa a demanda por atendimentos odontológicos foi maior no sul da capital e os dois CEO envolvidos estão localizados na região central do município, o que sugeriu a necessidade de implantação de um CEO nessa região, uma vez que, juntos, os DS Bairro Novo, Pinheirinho, Boqueirão e CIC foram responsáveis por mais de 55,0% dos encaminhamentos de usuários aos serviços especializados. Dados mais atualizados esclarecem que o CEO Positivo veio justamente a suprir essa demanda. Acerca da geolocalização dos serviços, é importante destacar que a mesma é uma importante barreira que leva ao absenteísmo às consultas odontológicas<sup>31</sup>. Outro motivo, para indivíduos em idade produtiva, é a coincidência do horário de funcionamento dos serviços com o de trabalho<sup>31</sup>. Os fatores apontados fazem com que o tratamento seja postergado até que seja necessária uma intervenção imediata para eliminar a dor<sup>32</sup>, aumentando a fila de espera para os atendimentos de urgência<sup>33,34</sup>.

Em se tratando de saúde bucal, as principais doenças e agravos são considerados condições de curso mais ou menos longo. Condições crônicas necessitam de estímulo à autonomia do usuário para o início, continuidade do tratamento e integração com o sistema de saúde<sup>35</sup>. No caso específico do tratamento endodôntico, ao finalizar o atendimento clínico básico de competência do cirurgião-dentista da UBS, este deve referenciar ao serviço especializado e gerenciar o usuário até a consulta agendada<sup>24</sup>. A frequência de atendimentos avaliada na série temporal foi maior nos meses de agosto, outubro e novembro de 2012, meses estes que coincidiram com a promoção de ações da SMS de Curitiba junto às UBS com intuito de monitorar os pacientes e gerenciar a fila de espera, sendo verificado se o paciente ainda atendia aos critérios de inclusão dispostos no seu protocolo de saúde bucal. Também ficou claro que o desenvolvimento de ações que visam à promoção da saúde, instituição de protocolos, entre outros, fazem com que a informação chegue ao usuário. O acesso a essa informação, por parte do usuário, provocou um aumento significativo na demanda por serviços.

Em 2013 as frequências absolutas de atendimento foram significativamente maiores para os meses de abril a julho refletindo o fortalecimento da atenção primária por meio da ampliação dos horários de atendimento de algumas UBS, assim como no incremento de profissionais especialmente para atender as demandas das unidades do modelo Saúde da Família. Dados da SMS indicaram que o atendimento no período noturno representou um crescimento de 40,6% no total de atendimentos realizados nos meses de junho e setembro de 2013<sup>36</sup>.

Outro ponto importante a ser observado é o fato de que a realização de tratamentos em múltiplas sessões é uma realidade e pode sobrecarregar a fila de espera<sup>23</sup>. Contudo, há que considerar a necessidade de múltiplas visitas em determinados casos, como traumas, presença de lesões periapicais, exsudato inflamatório, dentre outros<sup>37</sup>. Revisões de literatura não são conclusivas acerca de potenciais diferenças entre tratamentos

realizados em única ou em múltiplas visitas<sup>37-39</sup>. Dessa forma, os profissionais do CEO poderiam ser incentivados por meio de educação permanente e capacitação específica para a realização de tratamentos em sessão única com instrumentos automatizados. Os instrumentos rotatórios diminuem significativamente o tempo operatório, o número de atendimentos e o estresse gerado para o profissional e para o paciente<sup>40</sup>. Outro problema enfrentado, descrito na literatura, que sobrecarrega as unidades de maior complexidade, é o referenciamento inadequado<sup>22,41</sup>. Dessa forma, protocolos de regulação podem melhorar o acesso e a qualidade da prestação dos atendimentos<sup>19,20</sup>.

Finalmente, a consistência deste estudo é garantida pela utilização de um banco de dados da Prefeitura Municipal de Curitiba, que contém informações socioeconômicas e demográficas representativas das populações dos DS envolvidos. Os dados obtidos indicaram uma ampliação de ações por parte da SMS na atenção primária. O reflexo destas foi sentido imediatamente na atenção secundária com um aumento significativo de pacientes aguardando atendimento especializado em Endodontia, no caso. Nesse sentido, futuras ações deverão focar na atenção secundária com a ampliação do horário de atendimento e capacitação dos cirurgiões-dentistas.

Outras medidas importantes seriam a implantação de contratos de gestão por resultados estabelecidos entre profissionais do serviço especializado e prefeituras<sup>42</sup>. Adicionalmente, a introdução de um cirurgião-dentista regulador que controle, avalie e fiscalize os pacientes referenciados pode ser útil<sup>19</sup>.

## CONCLUSÃO

O perfil dos usuários encontrados na lista de espera para atendimento endodôntico em Curitiba, no período analisado, conta com maior prevalência de mulheres, de indivíduos entre 15 a 34 anos, distribuídos de maneira desigual dentre os DS e meses do ano, sendo este último dado resultante de ações da Secretaria Municipal de Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde debate*. 2016; 40:204-18.
2. Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC. *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 28-49.
3. Barros MBA. Equidade e saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(4):5-6.

4. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995; 36(1):1-10.
5. 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.
6. Almeida ES, Castro CGJ, Vieira CA. Distritos Sanitários: Concepção e Organização. São Paulo: Fundação Peirópolis; 1998.
7. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPB. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis.* 2015; 25(2):635-56.
8. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(Sup 2): S190-8.
9. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALD. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva.* 2017; 22(4):1291-310.
10. Mendes EV. Distritos Sanitários: Processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1993.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc saúde coletiva.* 2011; 16(6):3003-16.
13. Alegretti ACV, Gomes MAG, Barros NM (Orgs.). Diretrizes da saúde bucal. Curitiba: Secretaria da Saúde de Curitiba. Centro de Informação em Saúde; 2012.
14. 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):317-23.
15. Milgram S, Liberty HJ, Toledo R, Wackenhut J. Response to intrusion into waiting lines. *J Pers Soc Psychol.* 1986; 51(4):683-9.
16. Arenales M, Armentano V, Morabito R, Yanasse H. Pesquisa operacional para cursos de engenharia. Rio de Janeiro: Campus; 2007.
17. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis.* 2010; 20(4):1419-40.
18. Moletta LB. Avaliação das filas de espera na especialidade de Endodontia no Centro de Especialidades Professor Sylvio Gevaerd [Trabalho de conclusão de curso de

- especialização em Gestão em Saúde]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2016.
19. Zaitter WM, Silva M, Biazevic MGH, Crosato E, Pizzato E, Michel-Crosato E. Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR). *RSBO*. 2009; 6(4):413-21.
  20. Souza GC, Lopes MLDS, Roncalli AG, Medeiros-Júnior A, Clara-Costa IC. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev salud pública*. 2015; 17(3):416-28.
  21. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). *Caderno Estatístico Município de Curitiba*. Curitiba; 2013.
  22. Laroque MB, Fassa AG, Castilhos ED. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(3):421-30.
  23. Pandolfo MT, Giordani JMA, Neves M, Soares RG. CEO-Endodontia da UFRGS: um estudo transversal sobre a prevalência de atendimentos, características dos pacientes e documentação dos prontuários. *Rev ABENO*. 2015; 4(15):67-77.
  24. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000; 50(10):1385-401.
  25. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gender, morbidity, access and utilization of health services in Brazil. *Ciênc saúde coletiva*. 2002; 7(4):687-707.
  26. Rohr RIT, Barcellos LA. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. *UFES Rev Odontol*. 2008; 10(3):37-41.
  27. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. Men in primary healthcare: discussing (in) visibility based on gender perspectives. *Interface*. 2010; 14(33):257-70.
  28. Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*. 1999; 2:9-13.
  29. Cruz DB, Gabardo MCL, Ditterich RG, Moysés SJ, Nascimento AC. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. *Rev APS*. 2009; 12(2):168-75.
  30. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC). *Retrato da Regional da Cidade de Curitiba*. Curitiba; 2013a. Disponível em: <<http://www.ippuc.org.br>>. Acesso em 28 nov. 2013.
  31. Gonçalves CA, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Ciênc saúde coletiva*. 2019; 20(2):449-60.

32. Peres SHCS, Theodoro DS, Ribeiro DA, Avila E, Gregghi GA, Silva RP. Odontologia do trabalho: doenças e lesões na prática profissional. Rev Odontol Araçatuba. 2006; 27(1):54-8.
33. Silva FHD, Moritz GO, Pereira J. Teoria das filas aplicada ao atendimento na média complexidade no sistema único de saúde com enfoque na especialidade endodontia. Gestão da Saúde Pública. 2013; 7:61-77.
34. Ferreira MB, Lopes AC, Lion MT, Lima DC, Nogueira DA, Pereira AA. Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na Estratégia Saúde da Família. Rev Univ Vale Rio Verde. 2016; 14(1):411-9.
35. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
36. Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Agência de Notícias - Atendendo à noite, unidades de saúde fazem 40% mais procedimentos odontológicos [Internet]. Curitiba; [citado em 2015 jun 5]. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/atendendo-a-noite-unidades-de-saude-fazem-40-mais-procedimentos-odontologicos/31310>.
37. Schwendicke F, Göstemeyer G. Single-visit or multiple-visit root canal treatment: systematic review, meta-analysis and trial sequential analysis. BMJ Open. 2017; 7(2):e013115.
38. Manfredi M, Figini L, Gagliani M, Lodi G. Single versus multiple visits for endodontic treatment of permanent teeth. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 12:CD005296.
39. Figini L, Lodi G, Gorni F, Gagliani M. Single versus multiple visits for endodontic treatment of permanent teeth: a Cochrane systematic review. J Endod. 2008; 34(9):1041-7.
40. Manchanda S, Sardana D, Yiu CKY. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials comparing rotary canal instrumentation techniques with manual instrumentation techniques in primary teeth. Int Endod J. 2019. No prelo.
41. Rodrigues PHA, Serra CG. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc saúde coletiva. 2010; 15(3):3579-86.
42. Jann W, Reichard C. Melhores práticas na modernização do Estado. RSP: 2002; 53(3):31-50.
29. Barros AJ, Cascaes AM, Wehrmeister FC, Martinez-Mesa J, Menezes AM. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. Ciênc saúde coletiva. 2011; 16(9):3707-16.
30. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciênc saúde coletiva. 2002; 7(4):709-17.

31. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2000; 5(1):133-49.
33. Mazzilli LE. *Odontologia do trabalho*. São Paulo: Santos; 2003.
34. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization: the patient perspective. *Med Care*. 1985; 23(5):438-60.
35. Ojanuga DN, Gilbert C. Women's access to health care in developing countries. *Soc Sci Med*. 1992; 35(4):613-7.
36. Puentes-Markides C. Women and access to healthcare. *Soc Sci Med*. 1992; 35(4):619-26.
40. Oliveira RR. *Os conceitos de regulação em saúde no Brasil [dissertação de mestrado]*. São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo; 2010.

Submissão: dezembro de 2015.

Aprovação: janeiro de 2020.