

Melhoria da acessibilidade e satisfação do paciente: uma análise da telerregulação em Endodontia e Odontologia para pacientes com necessidades especiais na rede pública municipal de Odontologia de Curitiba

Improving accessibility and patient satisfaction: an analysis of teleregulation in endodontics and dentistry for patients with special needs in Curitiba's municipal public dentistry network

Viviane de Souza Gubert Fruet¹, Saulo Vinicius da Rosa², Juliana Schaia Rocha³, Sérgio Aparecido Ignácio⁴, Samuel Jorge Moysés⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8141-6240>. Cirurgiã Dentista. Mestre em Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: vgubert@sms.curitiba.pr.gov.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7107-9575>. Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: sauloviinicius@hotmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7056-7422>. Cirurgiã Dentista. Doutora em Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: juliana.orsi@pucpr.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8242-3781>. Estatístico. Doutor em Engenharia Florestal. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: s.ignacio@pucpr.br

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3075-6397>. Cirurgião Dentista. Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: samueltjorgemoyses@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se avaliar a efetividade da telerregulação em endodontia e em odontologia para pacientes com necessidades especiais, na rede pública municipal de Odontologia de Curitiba. Estudo quanti-qualitativo, usando métodos mistos, cobrindo corte cronológico de abril/maio de 2017 a janeiro/fevereiro de 2020. Avaliou-se comparativamente o tempo de espera para cada especialidade, o número de encaminhamentos e pessoas

aguardando atendimento. Paralelamente, cirurgiões(ãs)-dentistas das respectivas especialidades avaliaram a conformidade quanto ao protocolo de encaminhamento dos casos referidos a eles(as). Ainda, 140 usuários(as) do serviço manifestaram seu grau de satisfação com o serviço telerregulado. Os resultados demonstram uma significativa melhora nos indicadores de acesso e satisfação de pacientes. Os(as) usuários(as) mostraram-se majoritariamente satisfeitos com o serviço recebido. O processo de telerregulação apresenta um nível efetivo de sucesso no acesso às especialidades, com redução de filas e do tempo de espera, mas há necessidade de maior qualificação nos encaminhamentos para endodontia. O nível de satisfação de usuários(as) dos serviços mostrou-se bastante satisfatório.

DESCRITORES: Teleodontologia. Saúde pública. Endodontia. Assistência odontológica para pessoas com deficiência.

ABSTRACT

In this study, we aimed to evaluate the effectiveness of teleregulation in endodontics and dentistry for patients with special needs in Curitiba's municipal public dentistry network. Using a mixed-methods approach, this quantitative and qualitative study spanned from April/May 2017 to January/February 2020. Key metrics such as waiting times for each specialty, the number of referrals, and the number of people waiting for care were compared. Additionally, dental surgeons from the respective specialties assessed the referral protocol compliance, and 140 service users rated their satisfaction with the teleregulated service. The results indicated significant improvements in access and patient satisfaction. Most users were satisfied with the services received. While teleregulation effectively increased access to specialties and reduced queues and waiting times, higher referral qualifications in endodontics are needed. Overall, user satisfaction with the service was high.

DESCRIPTORS: Teledentistry. Public health. Endodontics. Dental care for disabled.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é um dos maiores e mais complexos sistemas do mundo. Sua implantação foi fundamental para a garantia e ampliação do acesso da população aos serviços de saúde¹. O desafio de gerir e sustentar financeiramente o SUS é cada vez maior, com um aumento da demanda para os serviços assistenciais e a crescente diminuição de recursos². O orçamento da União destinado ao setor da saúde, no ano de 2019, foi de aproximadamente de R\$ 114 bilhões³, valor suficiente para cobrir apenas despesas básicas de manutenção desse sistema de base universal, destinado constitucionalmente a atender a quinta maior população do planeta⁴. Com a emergência de saúde pública, representada pela Pandemia da doença do coronavírus-19 (covid-19), no ano de 2020 foram destinados pela União aproximadamente R\$ 150 bilhões para o setor da saúde³.

A porta de entrada para o sistema deveria acontecer através da Atenção Primária à Saúde (APS). É um nível de atenção que funciona como porta de entrada da linha de cuidados em saúde. A APS tem potencialidades para oferecer serviços básicos abrangentes e coordenar o encaminhamento e fluxo de atendimento das necessidades especializadas das pessoas⁶, em seu percurso terapêutico nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme demonstram experiências brasileira e internacional⁵.

Porém, o acesso aos serviços especializados que têm maior densidade tecnológica e maior custo operacional apresenta um “gargalo” exigindo, em muitos casos, uma organização tecnológica e gerenciamento sistêmico com maior efetividade para reduzir filas e tempos de espera^{6,7}. Tornou-se um imperativo ético e organizativo/gerencial buscar a melhoria na gestão dos recursos especializados disponibilizados, neste cenário de subfinanciamento no setor público e aumento da pressão de demanda assistencial, progressivamente mais complexa.

Com o objetivo de apoiar a organização do SUS, melhorar a aplicação dos recursos, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e serviços de saúde das RAS, foi instituída a Política Nacional de Regulação, através da Portaria GM/MS nº1559/2008⁸. A “regulação assistencial” é uma das dimensões dessa política, mostrando-se uma ferramenta promotora da equidade para, entre outras finalidades almejadas, qualificar os encaminhamentos para assistência especializada, na

perspectiva de redes de atenção mais ágeis e resolutivas. Com isso, reduzir a espera por serviços ambulatoriais especializados, promovendo atendimento no tempo oportuno, no lugar correto, com o custo adequado^{9,10}.

Os gestores do Sistema Municipal de Saúde de Curitiba, atentos ao processo instituído com a Política Nacional de Regulação, não tardaram a responder localmente às novas possibilidades de aperfeiçoamento dos serviços. Curitiba possui uma elevada procura por atendimentos na APS, com a necessidade subsequente de vários encaminhamentos para a atenção especializada, o que levou a Secretaria Municipal da Saúde a implantar o programa de regulação assistencial. Para tanto, a instituição utiliza como uma de suas ferramentas tecnológicas o prontuário eletrônico (e-Saúde), que se combina com o mecanismo de “telerregulação”. A telerregulação, que é um dos campos de atuação do Programa Telessaúde Brasil Redes¹¹, foi inicialmente implantada na área médica; no entanto, com as crescentes demandas de procura especializada para a Odontologia, o sistema foi ampliado também para esta área^{12,13}.

Com isso e em consonância surge a Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024¹⁴, que institui o Programa SUS Digital que engloba várias esferas como, saúde integral, educação permanente, gestão, vigilância sanitária até chegar em gestão e planejamento. Com isso o SUS Digital vem de encontro as novas tecnologias disponíveis com o intuito de melhorar a saúde da população, através da melhoria da oferta dos serviços de saúde ¹⁴.

A assistência odontológica especializada em Curitiba acontece dentro dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que ofertam serviços de: diagnóstico; periodontia; cirurgia; odontopediatria; próteses totais; endodontia; e, odontologia para pacientes com necessidades especiais^{15,16}. Os encaminhamentos são realizados por cirurgiões(ãs)-dentistas que coordenam territorialmente o cuidado primário dos(as) pacientes, adscritos(as) na sua clínica de APS, através do referido prontuário eletrônico. Pacientes que necessitam de um atendimento com maior densidade tecnológica, não disponível na APS, têm atendimentos agendados mediante uma Central de Marcação de Consultas Especializadas.

No ano de 2017, a especialidade de endodontia possuía aproximadamente 12.000 pessoas aguardando por dois anos, em média, para realizar um tratamento endodôntico. Por este motivo, foi a primeira especialidade a iniciar a telerregulação em Odontologia. Durante o ano de 2018, foi iniciada a implantação da telerregulação com abrangência em todos os 10 Distritos Sanitários do município: Bairro Novo, Boa

Vista, Boqueirão, Cajuru, Cidade Industrial de Curitiba (CIC), Matriz, Pinheirinho, Portão, Santa Felicidade, Tatuquara¹⁷.

Após um ano de telerregulação, observou-se uma redução do tempo de espera para três meses, em média, referente às novas inserções em fila para a especialidade de endodontia. Tal fato gerou a interrogação gerencial sobre a oportunidade/conveniência de ampliação desse recurso tecnológico-assistencial, primeiramente para a especialidade de “odontologia para pacientes com necessidades especiais” e, eventualmente no futuro, para cirurgia de terceiros molares. Para auxiliar na resposta a tal questão, entendeu-se como fortemente recomendável a realização de pesquisas para prover gestores(as) com informações mais precisas e consistentes¹⁸; neste caso, visando apoiar e justificar a tomada de decisão gerencial com evidências mais robustas sobre o acerto da medida, que pode impactar a política pública de saúde bucal.

Portanto, algumas questões da presente pesquisa despontam como desafios a serem enfrentados. Objetivou-se avaliar a efetividade da telerregulação em endodontia e em odontologia para pacientes com necessidades especiais, na rede pública municipal de Odontologia de Curitiba.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, observacional, transversal, concebido como avaliação *ex-post-facto*, sobre a efetividade da implantação da telerregulação em Odontologia, na rede pública municipal de Curitiba. O projeto de pesquisa foi submetido, apreciado e aprovado nos Comitês de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Parecer n. 3.951.463; e da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Parecer n. 4.028.628.

O processo de telerregulação acontece da seguinte forma: o(a) cirurgião(ã)-dentista da APS atende o(a) usuário(a) e, na necessidade de um tratamento especializado, tal usuário(a) é inserido(a) em uma fila virtual de avaliação para cada especialidade identificada como necessária, respeitando-se os critérios de encaminhamento e de regulação disponíveis em protocolos específicos. Aqui se destaca o papel do “cirurgião-dentista telerregulador”, que avalia em prontuário eletrônico se este encaminhamento está de acordo com os protocolos estabelecidos (p. ex.: adequação dos campos de preenchimento; complexidade diagnóstica do caso que não passível de resolução na APS; e, adequação de meio para controle de focos

de infecção, dentre outros). Se estiver de acordo, o(a) paciente é encaminhado(a) para o CEO, do contrário, são solicitadas adequações diagnósticas, de preparação do(a) paciente ou de preenchimento dos itens de encaminhamento.

1ª Etapa

Para avaliar comparativamente o tempo de espera e os encaminhamentos para as especialidades de endodontia e odontologia para pacientes com necessidades especiais, antes e depois do processo de telerregulação implantado, foram utilizadas bases de dados secundárias, mediante consulta aos relatórios institucionais: “número 38 – Total incluídos em fila de espera”; e “número 41 - Usuários que tiveram agendamento *versus* Tempo médio de espera”. Estes relatórios são gerados automaticamente pelo prontuário eletrônico e-Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Foi estabelecido como corte temporal o período de abril de 2017 a fevereiro de 2020, ou seja, anterior ao início da telerregulação em Odontologia e após o processo completamente implantado em todas as Unidades de Saúde da rede municipal de Curitiba. Com o início da pandemia da covid-19, os atendimentos eletivos foram suspensos a partir do mês de março de 2020 e os encaminhamentos para as especialidades sofreram fortes restrições. Por este motivo, optou-se por utilizar o mês de fevereiro/2020 como limite para este corte temporal.

Para cálculo do tempo de espera e quantidade de encaminhamentos realizados, foi obtida uma média bimestral anterior ao processo de telerregulação, utilizando os meses de abril/maio de 2017, e posteriormente ao processo, utilizando os meses de janeiro/fevereiro 2020. O relatório 41 apresenta o tempo de espera em meses e dias; para realizar a média bimestral, utilizou-se a conversão para dias, considerando um mês com 30 dias.

2ª Etapa

Para avaliar o grau de conformidade quanto ao cumprimento dos protocolos de encaminhamento, foi utilizado um questionário semiestruturado (com questões fechadas e abertas) autoaplicável a todos os 15 cirurgiões(ãs)-dentistas que atendem usuários(as) nas especialidades avaliadas, sendo 13 cirurgiões(as)- dentistas da endodontia e dois(duas) cirurgiões(ãs)-dentistas que atendem pacientes com necessidades especiais. Esses(as) profissionais foram convidados(as) a participar da pesquisa, informados e esclarecidos sobre seu transcorrer, riscos/ benefícios, e que

poderiam interromper a participação quando e se desejassem, e tendo aceitado lhe foi apresentado para anuir formalmente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A partir deste, os(as) participantes da pesquisa, identificados como E1, E2, E3 e assim por diante, responderam ao questionário, em local e horário reservados, sem qualquer interferência na rotina do serviço em seus turnos de trabalho.

Os dados das questões objetivas foram tabulados em Planilha Excel e realizada a análise de distribuição de frequências e referência cruzada com o auxílio do *software* IBM® SPSS® Statistics versão 25.0. As respostas obtidas para a questão aberta, sobre vantagens e desvantagens da telerregulação, foram avaliadas e separadas em duas categorias para as especialidades de endodontia e odontologia para pacientes com necessidades especiais:

- a) Categoria 1: A telerregulação como “vantagem” no fluxo de encaminhamentos entre atenção primária e especializada;
- b) Categoria 2: A telerregulação como “desvantagem” no fluxo de encaminhamentos entre atenção primária e especializada.

3ª Etapa

A população do estudo compreendeu usuários(as) do sistema SUS do município de Curitiba, encaminhados para o tratamento especializado nas respectivas áreas mencionadas, atendidos nos CEO próprios do município. Para verificação do nível de satisfação com o acesso/serviços prestados, foram entrevistados pacientes atendidos pelas especialidades de endodontia e odontologia para pacientes com necessidades especiais (ou responsáveis, quando pacientes não apresentassem condição de responder ao questionário). Os critérios de inclusão utilizados foram usuários(as) que tivessem finalizado o tratamento endodôntico, ou aqueles que estivessem em tratamento na especialidade de odontologia para pacientes com necessidades especiais (devido ao baixo número de pacientes, neste caso), atendidos em dois CEO, no período da pesquisa. Os critérios de exclusão foram usuários(as) sem capacidade cognitiva para responder ao questionário, percebida no momento de sua aplicação.

O cálculo amostral foi realizado utilizando-se o Método de Amostragem das Proporções, para população finita, com um $n=6250$, em que se considerou o número de elementos da população que foram atendidos nessas especialidades, no ano de 2018, nos dois CEO próprios do município. Estabelecendo um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, o tamanho da amostra calculado foi de 362 pacientes.

No entanto, com o fechamento dos serviços no início da pandemia da covid-19 em março de 2020 – e posterior abertura com diminuição dos agendamentos – foi possível realizar 140 entrevistas nos dois CEO (recálculo de nível de confiança de 95% e margem de erro de 8,2%).

Os(as) pacientes foram abordados(as) aleatoriamente, após o término da consulta dentro dos CEO, quando pacientes autônomos(as) e responsáveis por pacientes sem autonomia (menores de 18 anos e/ou que não conseguem responder por si), foram convidados(as) a participar da pesquisa. Após esclarecer o transcorrer da pesquisa, riscos /benefícios e que poderiam deixar de participar se e quando assim desejassem, tendo dado aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O formulário era composto de duas partes. A primeira, contendo os dados pessoais e autopercepção de saúde bucal referida pelo(a) participante; e a segunda parte adaptada do Questionário para Avaliação da Satisfação dos Usuários com Serviços de Saúde Bucal (QASSaB), já validado na literatura científica para uso no Brasil¹⁹. Os questionários foram anonimizados com a utilização de código numérico para não identificar participantes da pesquisa nominalmente.

Os dados coletados foram digitados e organizados em um banco de dados, utilizando o *software* Microsoft Excel. A variável idade foi categorizada em criança/adolescente (0 a 17 anos), jovem (18 a 29 anos), adulto (30 a 59 anos) e idoso (60 anos e acima). A variável grau de instrução foi categorizada em não alfabetizado, ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo e ensino superior incompleto/completo. Para obtenção do grau de satisfação geral foi criada uma variável síntese, em que foi calculada a média das respostas para as sete variáveis oriundas do QASSaB. A partir da média e pontuações possíveis na escala do questionário, foram hipotetizados três estratos: pouco satisfatório, satisfatório e muito satisfatório. Ao realizar a média e arredondamento dos resultados, não houve respostas enquadradas no estrato pouco satisfatório.

As variáveis independentes relativas aos(às) respondentes foram: CEO de referência para atendimento, sexo, idade, grau de instrução, utilização do serviço e autopercepção da saúde bucal. A variável dependente foi a variável síntese do grau de satisfação manifestado.

O tratamento estatístico incluiu a codificação e consistência dos dados, além dos testes estatísticos no IBM® SPSS® Statistics versão 25.0. Inicialmente, os dados foram submetidos à análise descritiva para obtenção das distribuições de frequências simples, sendo calculado o “Alfa de Cronbach” para verificar a consistência interna do

questionário. Na sequência foi realizado o Teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), para testar a adequabilidade da amostra (n=140), para agrupar as variáveis e processar a análise fatorial exploratória, verificando a correlação estatística entre tais variáveis do questionário. Os cruzamentos da variável síntese com as variáveis independentes foram realizados utilizando o Teste Qui-quadrado de Pearson, para verificação de associação entre elas.

O modelo de regressão logística univariada foi realizado para estimar a *odds-ratio* (razão de possibilidades) de cada variável independente, separadamente; em seguida, foi realizado o Modelo de Regressão Logística Multivariada ajustada com todas as variáveis independentes, utilizando o Método Backward/Stepwise de Wald para selecionar, no final, o melhor ajuste de modelo restando variáveis com $p < 0,05$, e respectivos intervalos de confiança (IC95%).

RESULTADOS

1ª Etapa

Observou-se uma diminuição no tempo de espera para agendamento, nos encaminhamentos mensais, e número de usuários aguardando em fila. Isso, tanto para as especialidades de endodontia quanto para a de odontologia para pacientes com necessidades especiais, antes e após o início da telerregulação, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Tempo de espera para agendamento, encaminhamentos mensais e usuários aguardando em fila para a especialidade. Curitiba, 2021

	Tempo de Espera		Encaminhamentos		Fila de Espera	
	abr./mai. 2017	jan./fev. 2020	abr./mai. 2017	jan./fev. 2020	abr./mai. 2017	jan./fev. 2020
PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	10 meses, 27 dias	1 mês, 12 dias	18,5	7,5	116	22
ENDODONTIA	14 meses, 10 dias	4 meses, 7 dias	777,5	555,5	11.136	3.796

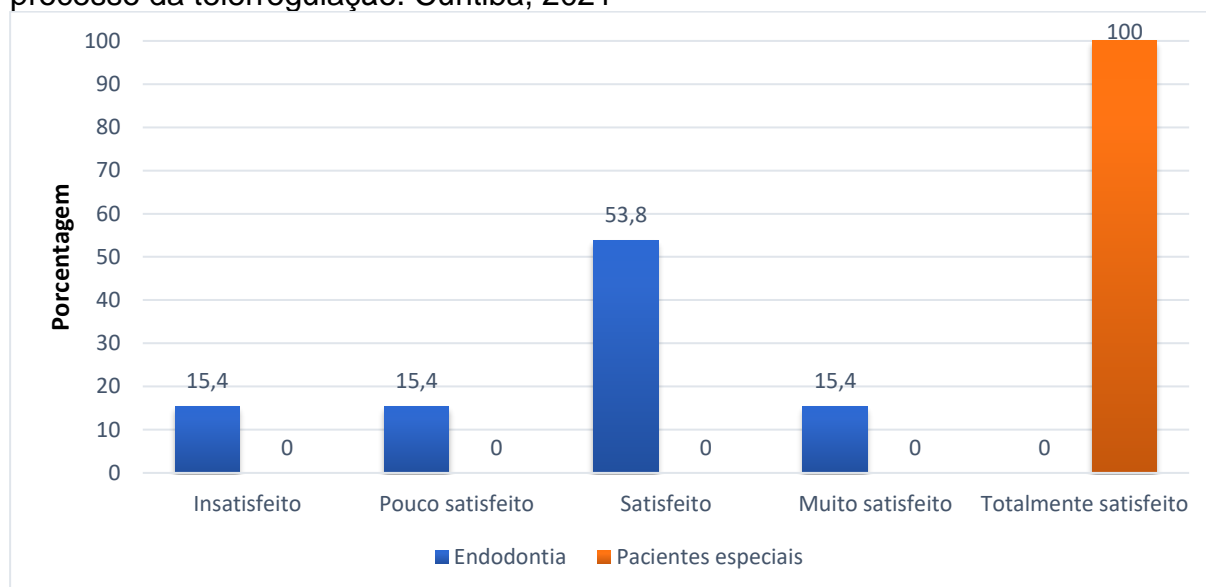
Fonte: E-Saúde (2021).

2ª Etapa

Com relação ao grau de conformidade do encaminhamento dos(as) usuários(as), de acordo com o protocolo, participantes que atendem pacientes com necessidades especiais relataram que “sempre” ou “frequentemente” eles(as) que passam pela telerregulação têm a real necessidade de atendimento na especialidade, e estão em conformidade com o protocolo. No entanto, participantes que atendem na especialidade de endodontia relataram que 61,5% estão “ocasionalmente”, 30,8% estão “frequentemente” e 7,7% estão “sempre” de acordo com o protocolo-padrão de encaminhamento às especialidades, determinado pela Rede de Saúde Bucal de Curitiba.

O grau de satisfação com o processo da telerregulação, declarado por participantes que atendem nas especialidades, está descrito no Gráfico 1.

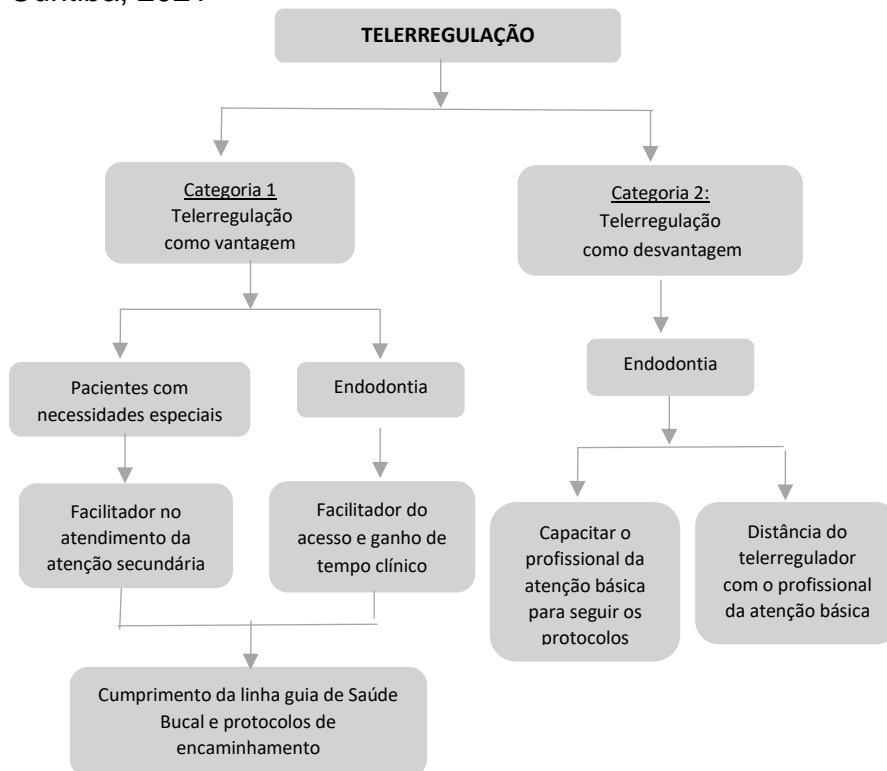
Gráfico 1. Satisfação dos(as) participantes que atendem na especialidade com o processo da telerregulação. Curitiba, 2021



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

A categorização da pergunta aberta, utilizada no questionário aplicado, está descrita na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma das categorias que emergiram na análise de questão aberta. Curitiba, 2021



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Participantes que atendem na especialidade de odontologia para pacientes com necessidades especiais relatam que o processo de telerregulação implantado ajudou a cumprir os protocolos já estabelecidos. O prontuário de pacientes está com mais informações sobre o seu atendimento na clínica de APS; sendo assim, tornou-se um facilitador para que pacientes que realmente necessitem de atendimento da atenção especializada não permaneçam muito tempo na fila de espera:

Mais da metade dos pacientes não eram nem levados nas UBS, só com o responsável já faziam os encaminhamentos; agora o CD tem que ver o paciente pelo menos 2 vezes. (E1).

Só vejo vantagens. Agora só aparecem pacientes que realmente necessitam da especialidade. Faz com que os profissionais das UBS conheçam não só o paciente, mas também seus familiares. Ajuda na nossa primeira consulta, pelas informações anotadas no prontuário. (E2).

Na Categoria 1, alguns participantes que atendem na especialidade de endodontia relatam que a telerregulação foi um facilitador, pois pacientes agora chegam com os dentes preparados para o tratamento endodôntico (com abertura

coronária e curativo de demora):

Vantagem: houve melhora do estado clínico do dente encaminhado”. (E2).

Vantagem: obriga os profissionais da base a fazerem encaminhamentos dentro do protocolo. (E4).

A vantagem é que a telerregulação tem o potencial de aumentar e fortalecer o acesso ao sistema, tendo baixo custo e menos infraestrutura. (E5).

Houve uma melhora significativa. Comparada aos pacientes antigamente encaminhados diretamente ao CEO. (E11).

Vantagem: rapidez de resolutividade em relação ao tratamento concluído do paciente. (E12).

Na Categoria 2, alguns dos profissionais que atendem a especialidade de endodontia relatam o descumprimento do protocolo de encaminhamento, falta de informações dos pacientes encaminhados e que há uma distância (física e de comunicação) entre o telerregulador e o profissional da APS, que realiza o encaminhamento:

Desvantagem: mais uma burocracia a ser realizada pela US básica, grande distanciamento dos auditores reguladores com profissional da ponta. (E).

Porém tem que introduzir esta prática no cotidiano da prática odontológica e capacitar os profissionais para sua realização respeitando os protocolos. (E5).

Teve leve melhora. Aparentemente, a falta de acesso a alguns dados dificulta melhor resolubilidade. (E8).

Alguns profissionais da unidade básica ainda não conseguiram se adequar e tentam burlar o sistema. (E10).

Desvantagem: comprometimento dos profissionais da UBS quanto ao sistema de telerregulação. (E12).

3ª Etapa

Dentre participantes (pacientes) entrevistados(as), a idade variou de seis a 85 anos com uma média de 35,2 anos (DP=14,9), sendo a maioria do sexo feminino,

63,6% (89/140). Quanto ao nível de escolaridade, 43,6% (61/140) responderam ter cursado Ensino Médio completo/incompleto. Quanto à utilização dos serviços do CEO, 57% (80/140) responderam ter utilizado apenas uma vez este serviço. A autopercepção de saúde bucal foi relatada como regular em 41% (58/140), ruim em 33% (47/140) e apenas 2,1% (3/140) como muito boa.

Considerando a parte do questionário com base no QASSaB, os resultados das diversas dimensões mostram, na sua maioria, avaliações positivas que estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2. Avaliação da satisfação dos(as) participantes nos CEO segundo as dimensões de qualidade, Curitiba, 2021

DIMENSÃO DA QUALIDADE		GRAU DE SATISFAÇÃO % (n)				
RELAÇÕES HUMANAS	ATENÇÃO DO DENTISTA	Excelente 84,3% (118)	Boa 12,9% (18)	Regular 2,9% (4)	Ruim 0	Péssima 0
	ATENÇÃO DE OUTROS PROFISSIONAIS	Excelente 76,4% (107)	Boa 22,9% (32)	Regular 0,7% (1)	Ruim 0	Péssima 0
ACESSIBILIDADE/ DISPONIBILIDADE	OBTENÇÃO DE VAGA	Muito fácil 22,1% (31)	Fácil 26,4% (37)	Nem difícil nem fácil 25,7% (36)	Difícil 18,6% (26)	Muito Difícil 7,1% (10)
	TEMPO DE ESPERA	Muito curto 25% (35)	Curto 21,4% (30)	Nem longo nem curto 26,4% (37)	Longo 16,4% (23)	Muito Longo 10,7% (15)
ACEITABILIDADE	EXPLICAÇÃO DO TRATAMENTO	Sempre explica 63,6% (89)	Na maioria das vezes explica 17,1% (24)	Não lembro 7,9% (11)	Raras vezes explica 4,3% (6)	Nunca explica 7,1% (10)
EFETIVIDADE/ RESOLUTIVIDADE	SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO	Totalmente satisfeito 69,3% (97)	Muito satisfeito 15% (21)	Satisfeito 12,1% (17)	Um pouco satisfeito 2,1% (3)	Insatisfeito 1,4% (2)
	SATISFAÇÃO COM O CUIDADO ODONTOLÓGICO	Totalmente satisfeito 46,4% (65)	Muito satisfeito 24,3% (34)	Satisfeito 20% (28)	Um pouco satisfeito 7,9% (11)	Insatisfeito 1,4% (2)

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

A variável síntese de grau de satisfação revelou a frequência de 27,1% (38/140) dos(as) participantes satisfeitos(as); e 72,9% (102/140) dos(as) participantes muito satisfeitos(as). Não houve entrevistados pouco satisfeitos(as). O valor do coeficiente Alfa de Cronbach foi de $\alpha=0,75$, assim mostrando estar acima do valor mínimo aceitável para a confiabilidade do questionário que é de 0,70. Confirma-se a consistência interna do instrumento, ou seja, a magnitude em que os oito itens que o compõe estão correlacionados sem, contudo, mostrar redundância ou duplicação (valores acima de 0.90) – situação que, caso ocorresse, revelaria que os vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo, exigindo eliminação de itens redundantes.

A medida inicial do KMO foi de 0,16, devido a variável número 5 do questionário (“O profissional que encaminhou lhe explica sobre o tratamento mais adequado para o seu problema de saúde bucal?”), apresentar apenas 20% de variância em comum com as outras variáveis. Ao removê-la, a medida do KMO atinge 0,70, ficando dentro do ideal. No entanto, optou-se por manter a variável número 5, porque compõe a variável síntese de grau de satisfação e, ao recalculá-la, o Alfa de Cronbach sem esta variável, obteve-se uma diferença de apenas 0,01. Como resultado da análise fatorial exploratória, as oito variáveis foram agrupadas em dois fatores explicando 69% da variância total.

Os resultados do Teste Qui-quadrado de Pearson demonstraram que não houve diferença significativa entre as duas categorias de grau de satisfação, ao nível de significância de 5%, ou seja, nenhuma variável independente apresenta correlação ou associação com as categorias de grau de satisfação manifestado.

Foi possível a realização da regressão logística, porque a variável síntese tornou-se dicotômica apenas com respondentes satisfatórios (codificação 0) e muito satisfatórios (codificação 1). Com a realização da regressão logística univariada, entre a variável síntese e cada variável independente, para estimar a razão de chance, observou-se que não houve significância estatística. O Modelo de Regressão Logística Multivariada utilizando o Método Backward/Stepwise de Wald está demonstrado na Tabela 3. No Passo 1, todas as variáveis estavam presentes; nos passos seguintes, as variáveis não significantes foram retiradas até chegar no Passo 6 representando o modelo final. Nenhuma variável teve resultado estatisticamente significativo, neste passo; no entanto, a variável autopercepção em saúde bucal seria a variável com uma tendência de explicar melhor a variável síntese.

Tabela 3. Regressão logística multivariada ajustada com todas as variáveis independentes utilizando o Método Backward/Stepwise de Wald, Curitiba, 2021

Variáveis da equação	Valor p	Exp(B)= O.R.	95% C.I. para EXP(B) Inferior Superior	
Passo 1				
Idade – Idoso	0,385			
Idade - Criança/Adolescente	0,171	0,159	0,011	2,210
Idade – Jovem	0,285	0,285	0,028	2,852
Idade – Adulto	0,510	0,462	0,046	4,590
Sexo - Feminino	0,626	0,803	0,333	1,939
Grau de instrução do entrevistado - Superior completo/incompleto	0,130			
Grau de instrução do entrevistado - sem alfabetização	0,069	9,282	0,838	102,782
Grau de instrução do entrevistado - Fundamental completo/incompleto	0,074	3,748	0,881	15,949
Grau de instrução do entrevistado - Médio completo/incompleto	0,423	1,709	0,461	6,334
Quantidade de vezes que utilizou o Centro de Especialidades - 3 vezes ou mais	0,954			
Quantidade de vezes que utilizou o Centro de Especialidades - 1 vez	0,985	0,990	0,373	2,629
Quantidade de vezes que utilizou o Centro de Especialidades - 2 vezes	0,782	0,827	0,214	3,192
Autopercepção do entrevistado sobre sua Saúde Bucal - Péssima	0,037			
Autopercepção do entrevistado sobre sua Saúde Bucal - Muito Boa	0,151	0,102	0,004	2,300
Autopercepção do entrevistado sobre sua Saúde Bucal - Boa	0,227	0,347	0,062	1,930
Autopercepção do entrevistado sobre sua Saúde Bucal - Regular	0,425	0,607	0,178	2,068
Autopercepção do entrevistado sobre sua Saúde Bucal - Ruim	0,200	2,436	0,623	9,521
Passo 6				
Autopercepção do entrevistado sobre sua Saúde Bucal - Péssima	0,100			
Autopercepção do entrevistado sobre sua Saúde Bucal - Muito Boa	0,148	0,147	0,011	1,979
Autopercepção do entrevistado sobre sua Saúde Bucal - Boa	0,319	0,441	0,088	2,209
Autopercepção do entrevistado sobre sua Saúde Bucal - Regular	0,315	0,559	0,180	1,738
Autopercepção do entrevistado sobre sua Saúde Bucal - Ruim	0,427	1,681	0,467	6,046

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

DISCUSSÃO

A implantação de protocolos de telerregulação demonstrou auxiliar os encaminhamentos e a coordenação do cuidado. Outro ponto a ser observado é que a quantidade de oferta nas especialidades em questão manteve-se constante, assim como a qualificação das filas de espera pela equipe de APS, essenciais para alcance de melhores resultados²⁰.

Uma vez que solicitações desnecessárias não entram da fila – ou seja, aquelas em desconformidade com o protocolo de encaminhamento –, isto significa que o(a) usuário(a) com uma real necessidade de uso da especialidade não ficará desassistido e as filas de espera tendem a diminuir²¹. No caso em análise, a organização de fluxo de pacientes na rede de cuidados progressivos está relacionada com o conceito de regulação em saúde, em que se estabelecem normas que orientam, ordenam e disciplinam o fluxo de pacientes dentro do sistema²². Uma marcação proativa e correta de consultas regula a oferta e a demanda dos serviços especializados de saúde. Desse modo, a telerregulação tem o papel complementar de servir de filtro aos encaminhamentos, devendo-se encaminhar os(as) pacientes às consultas no momento assistencial apropriado, para obtenção do melhor desfecho.

O tratamento ofertado nos CEO é uma continuidade do trabalho realizado pela APS, por isso a importância da interface integrada entre esses serviços, que fazem parte da rede cuidados progressivos em saúde bucal. Profissionais da APS são responsáveis pelo primeiro atendimento e pelo encaminhamento (referência) aos CEO; a execução do tratamento especializado e a contrarreferência são responsabilidades dos(as) profissionais do CEO²². Os achados deste estudo demonstram a necessidade de uma melhor integração entre os dois níveis de atenção, particularmente no caso da endodontia. Há que se considerar a complexidade envolvida em cada uma das especialidades, o que requer grande preparo diagnóstico do profissional atuando na APS. É possível que no caso específico da endodontia a situação que se apresenta não seja tão clara, particularmente no diagnóstico da dor que pode ter uma situação clínica inequívoca, mas também pode ser confundida por razões subjetivas manifestadas por pacientes.

Observa-se que, mesmo com a maioria dos(as) profissionais satisfeitos(as) com o processo de telerregulação, existe necessidade de aperfeiçoamento quanto à qualidade dos encaminhamentos, particularmente na endodontia. Dessa forma, é

urgente investimento e reforço gerencial para capacitações.

Verifica-se que o simples desenvolvimento de protocolo não garante a qualidade do encaminhamento, visto que a adesão de profissionais a estes protocolos pode ser baixa²³. O desafio que permanece atual é o de ultrapassar a relação de regulação apenas como estabelecimento de “mais normas” e considerar o princípio da integralidade como orientador das ações de regulação, algo que impõe capacitação em serviços (educação permanente), engajamento e compromisso²⁴.

Outro ponto a considerar é a dificuldade que profissionais podem ter de operar com as novas tecnologias, podendo ser resistentes ou inseguros(as) em utilizar os dados clínicos em uma nova ferramenta não analógica, tendo em vista a digitalização do processo²⁵.

O grau de satisfação de usuários da rede de serviços, no regime de telerregulação, encontrado neste estudo assemelha-se a outros achados na literatura^{19,26}. Cabe ressaltar que as pesquisas de satisfação são instrumentos de grande importância para verificar uma realidade específica, a fim de intervir para que seja ofertado a usuários(as) serviços de qualidade, assim como permitindo prever comportamentos futuros e conferir a adesão aos tratamentos²⁷.

A autopercepção em saúde é uma ferramenta importante para a análise de saúde da população. Por este meio, verifica-se a conscientização da pessoa quanto ao tratamento proposto e a busca para resolução do problema, facultando uma maior adesão e engajamento²⁸.

O estudo apresenta algumas limitações. Os achados não permitem inferir se os serviços estão contribuindo de forma positiva para a percepção de saúde bucal do(a) usuário(a). Todavia, na dimensão da qualidade das relações humanas, observa-se uma alta satisfação, ou seja, a maneira como o(a) prestador(a) de serviços trata o(a) usuário(a) impacta nesta avaliação, sendo o acolhimento recebido no serviço um determinante que repercute diretamente na satisfação do(a) usuário(a)²⁹.

Outra limitação potencial refere-se ao fato de os(as) participantes terem obtido acesso ao serviço especializado, o que pode ter influenciado no grau de satisfação. A literatura pertinente cita possíveis vieses cognitivos, tais como o receio de sofrer alguma “penalização” no atendimento, o sentimento de gratidão (*gratitude bias*), baixa expectativa quanto a direitos de cidadania, e impossibilidade de acessar outro serviço constituindo fatores que podem influenciar a satisfação do(a) usuário(a)³⁰. Estes vieses podem ter tido influência na avaliação positiva que participantes fizeram dos

serviços, no entanto, não pode ser desconsiderada a hipótese da veracidade quanto à qualidade relatada sobre o atendimento recebido.

CONCLUSÃO

Este estudo respondeu às questões de pesquisa levantadas, demonstrando que o tempo de espera e quantidade de encaminhamentos apresentaram resultados positivos após o processo de telerregulação implantado. Pacientes encaminhados(as), em particular para a especialidade de odontologia para pacientes com necessidades especiais, chegam com diagnósticos qualificados e, no geral, mostram-se satisfeitos(as).

Ainda assim, existe a necessidade de intensificar a qualificação dos encaminhamentos na atenção primária para a especialidade de endodontia. Ou seja, existe a necessidade de alinhar conceitualmente e operacionalmente os encaminhamentos da APS, mediados por profissionais telerreguladores, considerando suas repercussões clínicas, para que os casos diagnosticados e encaminhados cheguem de forma plenamente qualificada na atenção especializada.

O sistema informatizado, protocolos de encaminhamento e de regulação mostraram-se importantes para que o processo aconteça de modo adequado. A contribuição deste estudo vem ao encontro da necessidade de a gestão em serviços de saúde aperfeiçoar os encaminhamentos para a atenção especializada, afirmando a possibilidade da ampliação desta ferramenta para outras especialidades. Trabalhos futuros são necessários para avaliar esta ferramenta tecnológica em longo prazo, bem como a continuidade da satisfação de usuários(as) com a linha de cuidado que lhes é ofertada.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

REFERÊNCIAS

1. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Souza Noronha KVM, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. [Internet]. 2019;394(10195):345-356. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
2. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The brazilian health system at crossroads: Progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. [Internet]. 2018;3(4): e000829. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>
3. Controladoria Geral da União (Brasil). Portal da Transparência, 2019. [Internet] [citado 2020 mar. 10]. Disponível em: <https://portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2019>
4. Cecilio LCO, Reis AAC. Basic health care as the backbone for SUS: when our consensuses are not enough! *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2018; 34(8):e00136718. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136718>
5. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciênc. saúde colet*. [Internet]. 2016;21(3):843-852. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>
6. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis* [Internet]. 2010;20(3):953-972. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>
7. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2017 mar.;22(3):941-951. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
8. Portaria n. 1.559, de 01 de agosto de 2008 (Brasil). Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. [citado 2024 jun. 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
9. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2011 fev.;27(2):295-304. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200011>
10. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde debate*. [Internet]. 2012 out.-dez.;36(95):640-647. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000400016>
11. Portaria n. 2.546, de 27 de outubro de 2011 (Brasil). Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). [Internet]. [citado 2024 jun. 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html

12. Celes RS, Rossi TRA, Barros SG, Santos CML, Cardoso C. A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2018 ago.;42: e84. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.84>
13. Haddad AE, Bönecker M, Skelton-Macedo MC. Research in the field of health, dentistry, telehealth and teledentistry. Braz Oral Res. [Internet]. 2014;28(1):S1806-83242014000100003. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2014.vol28.0001>
14. [Portaria GM/MS n. 3.232](#), de 01 de março de 2024 (Brasil). Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n. 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa SUS Digital. [Internet]. Diário Oficial da União, 2024, mar. 04 [citado em 2024 jun. 30]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.232-de-1-de-marco-de-2024-546278935>
15. Souza GC, Sousa Lopes MLD, Roncalli AG, Medeiros-Júnior A, Clara-Costa IC. Referência e contrarreferência em saúde bucal: Regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. Rev salud pública. [Internet]. 2015 nov.;17(3):416-428. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n3.44305>
16. Galvão MHR, Roncalli AG. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2021;37(1): e00184119. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184119>
17. Relatório Quadrimestral da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (Curitiba, Paraná) [Internet]. 2018[citado em 2024 jun. 30]. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/instrumentos-de-planejamento-em-saude.html>
18. Ramos MC, Silva EN. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? Saúde debate. [Internet]. 2018 jan.-mar.;42(116):296-306. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811624>
19. Kitamura ES, Bastos RR, Palma PV, Leite ICG. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Epidemiol. Serv. Saúde. [Internet]. 2016 jan.-mar.;25(1):137-148. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000100014>
20. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. Saúde debate. [Internet]. 2016 out.-dez.;40(111):63-73. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611105>
21. Coutinho KMD, Morais AHF, Freitas ES. A telerregulação na ampliação do acesso aos serviços de saúde do município de Natal. Rev Bras Inov Tecnol Saúde. [Internet]. 2019 jul.;9(1):17-25. doi: <https://doi.org/10.18816/r-bits.v1i9.18096>
22. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MÂF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. Cien Saude Colet. [Internet]. 2015; abr.;20(4):1149-1163. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>
23. Katz N, Roman R, Rados DV, Oliveira EB, Schmitz CAA, Gonçalves MR, et al. Access and regulation of specialized care in Rio Grande do Sul: The regulaSUS strategy of telessaúde RS-UFRGS. Cien Saude Colet. [Internet]. 2020 mar.;25(4):1389-1400. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.28942019>

24. Freire MP, Louvison M, Feuerwerker LCM, Chioro A, Bertussi D. Regulation of care in care networks: The importance of new technological arrangements. *Saúde Soc.* [Internet]. 2020 Oct. 21;29(3): e190682. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190682>
25. Costa CB, Peralta FS, Ferreira de Mello ALS. How has teledentistry been applied in public dental health services? An integrative review. *Telemed J E e-Health.* [Internet]. 2020 Jul.;26(7):945-954. doi: <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0122>
26. Silva M. Análise da satisfação e percepção de usuários em centros de especialidades odontológicas. [dissertação] [Internet]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. 2019. [citado em 2024 jun. 30]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/38423>
27. Magalhães BG, Oliveira RS, Góes PSA, Figueiredo N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. *Cad Saude Colet.* [Internet]. 2015 jan.-mar.;23(1):76-85. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010013>
28. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* [Internet]. 2008 dez.;17(4):247-257. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742008000400002>
29. Gilbert GR, Nicholls JAF, Roslow S. A mensuração da satisfação dos clientes do setor público. *Rev Serv Público.* [Internet]. 2000 jul-set;51(3):28-39. doi: <https://doi.org/10.21874/rsp.v51i3.330>
30. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet.* [Internet]. 2005 set.;10(3):599-613. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>

RECEBIDO: 28/12/2023
APROVADO: 24/06/2024