

Trabalho de Conclusão de Curso

AVALIAÇÃO DE UMA FERRAMENTA DE APOIO À DESCRIÇÃO DE LESÕES BUCAIS POR ESTUDANTES DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFSC

Fernanda da Silva do Nascimento



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Fernanda da Silva do Nascimento

**AVALIAÇÃO DE UMA FERRAMENTA DE APOIO À
DESCRIÇÃO DE LESÕES BUCAIS
POR ESTUDANTES DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFSC**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia
Orientadora: Prof^a. Maria Inês Meurer

Florianópolis

2012

Catálogo na fonte elaborada pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

Nascimento, Fernanda da Silva, 1985-

Avaliação de uma ferramenta de apoio à descrição de lesões bucais por estudantes do curso de Odontologia da UFSC /Fernanda da Silva do Nascimento. - 2012.

83 f. : figs. color.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Inês Meurer.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Odontologia, 2012.

Fernanda da Silva do Nascimento

**AVALIAÇÃO DE UMA FERRAMENTA DE APOIO À
DESCRIÇÃO DE LESÕES BUCAIS POR ESTUDANTES DO
CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFSC**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de outubro de 2012.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Meurer
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Marynes Terezinha Reibnitz
Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Florianópolis

Prof.^a Dr.^a Inês Beatriz da Silva Rath
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho à minha família
que esteve sempre presente em todos
os momentos da minha vida me
auxiliando e me apoiando;

Em especial aos meus pais que
construíram a base da minha formação
e dos meus valores e proporcionaram
todas as condições necessárias para
que hoje eu possa estar aqui
finalizando mais uma etapa da minha
vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, especial meus pais **Neide e Luis**, pelo amor, pelo exemplo de valores morais, pelo apoio e compreensão, por serem à base de sustentação da minha vida.

A minha irmã **Juliana**, pelo imensurável amor e companheirismo.

Ao **Eduardo Lopes**, por ter me acompanhado com muito carinho e paciência na etapa deste trabalho. A tua presença foi conforto nas horas difíceis.

À minha orientadora **Prof.^a Dr.^a Maria Inês Meurer**, que teve um papel determinante na concretização deste trabalho, que me ensinou a fazer pesquisa com qualidade, agradeço simplesmente por tudo! Pela dedicação, orientação, os ensinamentos passados, compreensão, excelente orientação e por acreditar em mim. Eu tenho por você uma imensa admiração e te considero um exemplo de profissional, no qual irei me espelhar para a futura profissional que desejo ser.

Ao apoio recebido da Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, em particular a **Marynes Terezinha Reibnitz**, responsável pela Atenção Primária em Saúde Bucal, e a **Nilse Terezinha Rohden**, responsável pela Regulação em Odontologia, que me receberam prontamente na Secretária da Saúde e a partir deste momento pude perceber o quão importante foi a elaboração deste trabalho.

À professora **Josimari Telino de Lacerda**, pela colaboração, apoio, sempre pronta a auxiliar e facilitar nossas dúvidas durante a execução deste trabalho, tornando-o agradável de fazer.

À **Caroline Zimmermann** por toda ajuda e explicações quanto ao trabalho, pela contribuição na coleta dos dados e nas reuniões, aprendi muito com você.

A todos os graduandos que participaram desta pesquisa.

E a todos que contribuíram e de alguma forma tornaram a realização deste trabalho possível.

Muito obrigada!

*“O sucesso nasce do querer, da determinação e
persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence
obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”*

(José de Alencar)

RESUMO

O SISREG é um sistema online criado para o gerenciamento do complexo regulatório do SUS. A partir da inserção do Ambulatório de Estomatologia do HU-UFSC como unidade executante no SISREG no município de Florianópolis, e da natural articulação entre os profissionais da gestão e da unidade executante durante o processo de adaptação ao sistema, verificou-se a dificuldade na determinação das prioridades de atendimento de pacientes com lesões bucais, principalmente pelos pedidos de consulta não fornecerem a descrição clínica adequada. Visando qualificar esse processo de descrição, foi elaborado pela equipe do Ambulatório de Estomatologia HU-UFSC um roteiro para auxílio à descrição de lesões bucais. O objetivo deste trabalho foi avaliar se o roteiro proposto auxiliou os estudantes de Odontologia, enquanto futuros profissionais de saúde, para a execução dessa tarefa, considerando suas autopercepções nas dimensões de competência, facilidade e agilidade. Para tal, 64 acadêmicos do último ano de Odontologia da UFSC descreveram duas lesões bucais em três momentos diferentes: 1) descrição “livre”, sem auxílio de qualquer roteiro de apoio ou referencial bibliográfico; 2) descrição suportada pela proposta de sequência de “exame clínico intra e extrabucal” publicada no Manual de Especialidades em Saúde Bucal do Ministério da Saúde; e 3) descrição suportada pelo roteiro desenvolvido pelo Ambulatório de Estomatologia. Após as descrições, os participantes preencheram um questionário de avaliação, a fim de registrar suas percepções para cada dimensão, em cada um dos momentos. O roteiro desenvolvido foi considerado, pelos participantes, o que mais ofereceu suporte à descrição de lesões em relação às três dimensões avaliadas. A partir dos resultados observados, é possível afirmar que o roteiro para descrição de lesões bucais proposto pelo Ambulatório de Estomatologia do HU-UFSC auxiliou estudantes de Odontologia para a execução dessa tarefa, considerando suas auto-percepções nas dimensões de competência, facilidade e agilidade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Administração de serviços de saúde, Estomatologia.

ABSTRACT

The SISREG is an online system designed to manage the SUS's regulatory complex. Due to the insertion of the Stomatology's Clinic of the HU-UFSC as performer unit in SISREG, in Florianópolis's city, and the natural link between the professional management and performer unit during the process of adaptation to the system, it were identified some difficulty to determine priorities of care for patients with oral lesions, because the requests didn't provide the clinical description of injuries. Then, the Stomatology's Clinic drafted a guide to aid in oral lesions description. The objective of this study was to evaluate if this guide helps dental students (future health professionals), considering their self-perceptions in three dimensions: competence, ease and agility. To this, 64 students from last year of Dentistry: two oral lesions were described, in three different times: 1) "free" description, without assistance of any guide support or bibliographic references, 2) supported by the proposal sequence "intra and extraoral clinical examination" published in the Oral Health Specialties's Handbook of Ministry of Health; 3) description supported by the guide developed. After the descriptions, the participants answered a questionnaire to record their perceptions for each dimension in each moment. The guide developed was considered, by the participants, which offered more support to description of oral lesions in three dimensions evaluated. We concluded that the guide for describing oral lesions proposed by the Stomatology's Clinic of the HU-UFSC helps dental students perform this task, considering their self-perceptions in the dimensions competence, ease and agility.

Keywords: Health System, Health Services Administration, Stomatology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SISREG – Sistema de Regulação

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

HU-UFSC - Hospital Universitário da Universidade Federal Santa Catarina

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

PSF - Programa Saúde da Família

ESB - Equipe de Saúde Bucal

MS – Ministério da Saúde

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

NOAS-SUS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

PDR - Planos Diretores de Regionalização

EUA - Estados Unidos América

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	25
1.1	A Odontologia e o Sistema Único de Saúde.....	26
1.2	O Complexo Regulatório.....	28
1.3	A descrição clínica e processo regulatório.....	33
1.3.1	Importância do processo de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde.....	33
1.3.2	Diretrizes para construção de modelos de cartas de referência e contrarreferência.....	36
1.3.3	Relevância da comunicação entre profissionais da saúde e da formação para a comunidade escrita.....	38
1.4	A formação em odontologia e as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais.....	40
1.5	A regulação dos serviços de saúde em Florianópolis.....	42
1.5.1	O Ambulatório de Estomatologia HU/UFSC e a regulação das consultas para Estomatologia.....	43
2	OBJETIVOS	46
2.1	Objetivo Geral	46
2.2	Objetivos Específicos.....	46
6.	CONCLUSÃO.....	47
	REFERÊNCIAS.....	48

1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Regulação (SISREG) é um sistema online disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), criado para o gerenciamento do complexo regulatório do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos (<http://sisregiii.saude.gov.br/>). O complexo regulatório contribui para garantir o acesso aos serviços de saúde dentro dos princípios do SUS. Para tal, pretende organizar o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime, considerando a gravidade do estado de saúde do paciente.

A figura do regulador é chave no processo regulatório. Sua função é checar as evidências clínicas do caso e encaminhar o paciente a uma unidade executante, a fim de garantir a melhor opção terapêutica possível. Sua atuação se situa na interface entre a rotina clínica (unidades, profissionais, pacientes) e a gestão dos serviços, coordenada pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O regulador tem acesso às evidências clínicas do caso através das informações disponíveis no pedido de consulta enviado pela unidade solicitante, onde o paciente é atendido por um generalista. Com base nessas informações, e considerando a gravidade da situação, o regulador agenda a consulta com um profissional especialista do nível secundário de atenção. (<http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/pctreina/reguladores.htm?mm=58>)

Na regulação de consultas para diagnóstico de lesões bucais, a descrição detalhada das características clínicas da lesão (eventualmente associada a outras informações referentes a hábitos como o tabagismo e o etilismo) é fundamental para que a prioridade de atendimento do paciente possa ser determinada.

Em função da inserção do Ambulatório de Estomatologia do HU-UFSC como unidade executante no SISREG no município de Florianópolis, e da natural articulação entre os profissionais da gestão e da unidade executante durante o processo de adaptação ao sistema, verificou-se a dificuldade na determinação das prioridades de atendimento, principalmente pelo fato dos pedidos de consulta não fornecerem a descrição clínica das lesões. A partir da realidade observada, foi natural o questionamento quanto ao papel das Universidades ao propiciar o desenvolvimento de habilidades e

competências dos futuros profissionais, com foco na formação para atuação no SUS.

Para fins de construção deste trabalho acadêmico, fez-se uma revisão de literatura envolvendo a relação entre a Odontologia e o SUS, a importância do processo regulatório e do uso de documentos de referência adequados no contexto da regulação, bem como a atual visão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a formação em Odontologia, particularmente nos pontos onde o perfil do egresso intersecciona com o processo de regulação em questão.

1.1 A Odontologia e o Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS foi criado em 1988 com o objetivo de universalizar a assistência e de incluir todos os serviços instalados ou que viessem a ser criados tanto públicos quanto privados. Tendo como base a Constituição Federal do Brasil de 1988, através dos artigos 196 a 200, o setor Saúde vem consolidando as suas diretrizes que culminaram nas Leis Orgânicas da Saúde (pelas Leis 8080 e 8142) para a implantação do SUS. (BRASIL, SUS princípios e conquistas, 2000)

O SUS é baseado no que se denomina de princípios doutrinários e são eles a **universalidade**, a **equidade** e a **integralidade**. A universalidade garante o acesso ao Sistema a todos os cidadãos, tendo em vista a saúde como direito de todos e dever do Estado. A equidade assegura, de acordo com a complexidade de cada caso, ações e serviços em saúde (BRASIL, 1990), com o objetivo de reduzir as disparidades sociais e regionais em busca de um maior equilíbrio. (BRASIL, 2000) E, por fim, a integralidade reconhece cada pessoa como um ser indivisível, o qual deve ser atendido com uma visão integral por um sistema também integral. (BRASIL, 1990)

A organização do SUS é regida pelos princípios da **regionalização** e **hierarquização**, **resolubilidade**, **descentralização**, **participação dos cidadãos** e **complementação do setor privado**. A *regionalização e hierarquização* determinam que o Sistema deve ser organizado em níveis crescentes de complexidade, numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida; isso permite um maior conhecimento dos problemas de saúde de uma determinada população, favorecendo, desta forma, a vigilância, a educação e a atenção em saúde. A *resolubilidade* exige que o serviço, em seu nível de competência, esteja capacitado para enfrentar e resolver os problemas que a população necessite. A *descentralização* é a redistribuição das

responsabilidades de saúde entre as três esferas de governo – municipal, estadual e federal, sendo os municípios os maiores responsáveis pelas ações de promoção de saúde, o que se denomina *municipalização da saúde*. A *participação dos cidadãos* é a garantia de que os usuários do Sistema participem da formulação e controle das políticas de saúde em todos os níveis de complexidade. E a *complementariedade do setor privado* é a contratação do setor privado quando o setor público for insuficiente para resolver determinado problema, seguindo, todavia, os mesmos princípios doutrinários e organizacionais do Sistema. (BRASIL, 1990)

A rede de serviços oferecida pelo SUS é organizada em três níveis de complexidade crescente. (BRASIL, 1990) O **nível primário** de atenção, ou baixa complexidade, compreende ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde dos indivíduos, assim como a manutenção desta. (BRASIL, 2007) O **nível secundário** de atenção, ou média complexidade, compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam a atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do País. (BRASIL, NOAS, 2002) O **nível terciário** de atenção, ou alta complexidade, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde. (http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=835)

A inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde, visto que a assistência odontológica era baseada na prática liberal privada, assistência aos trabalhadores formais e serviços de atendimento odontológico escolar. (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008)

Em 1994, como estratégia de restauração do SUS, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), o qual prioriza as ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e das famílias, de forma integral e contínua, através de uma equipe multiprofissional e com intensa participação comunitária. (CORDON, 1997; BALDINI et al., 2005; SOUZA E RONCALLI, 2007) Porém, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi incluída anos após, visando o aumento da cobertura de atendimento odontológico no Brasil através da implantação de ações e serviços de saúde bucal na atenção básica. (VIANA e DAL POZ, 2005) Em janeiro

de 2004, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, no qual se estabeleceu o eixo político básico de proposição para a reorganização das concepções e práticas no campo da saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo; desta forma, estabeleceu-se uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma geral. (BRASIL, 2004)

O MS, através do programa intitulado “Brasil Sorridente” - um conjunto de ações que objetivam melhorar o acesso e garantir atenção odontológica a grande parte da população brasileira - criou os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que representam o nível secundário de atenção em Odontologia. Segundo a Portaria Ministerial Nº 599/GM de 23 de março de 2006 os CEO são estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, classificados como Clínica Especializada / Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades: estomatologia (ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca), endodontia, periodontia, pacientes portadores de necessidades especiais e cirurgia oral menor, procedimentos esses complementares aos realizados na atenção básica. (BRASIL - Caderno n.17, 2008)

1.2 O Complexo Regulatório

Com o fluxo de usuários nos diferentes níveis do Sistema gera-se uma demanda por serviços de saúde, aos quais a população deve ter acesso de forma adequada, de acordo com a complexidade que necessita; assim, chama-se de **regulação do acesso à assistência** ou **regulação assistencial** o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam essa demanda. (BRASIL, 2009) A existência de diferentes níveis de atenção no interior do SUS decorre da racionalização do trabalho com vistas a potencializar os recursos disponíveis (NARVAI, 1992), de forma que as necessidades de assistência das pessoas sejam trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados. Por isso, é preciso haver um mecanismo de referência e contrarreferência dentro do sistema de saúde, para articulação entre os níveis de atenção. (WITT, 1992) A referência representa o maior grau de complexidade, ou seja, consiste no encaminhamento do usuário para um

atendimento em níveis de especialização mais complexos (hospitais e clínicas especializadas). Já a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário em relação aos serviços de saúde é mais simples, sendo o encaminhamento realizado a um atendimento de menor complexidade (unidade de saúde mais próxima ao domicílio do usuário). (BRASIL, 2003) Este trânsito é considerado fundamental para a efetivação dos princípios do SUS, em especial a integralidade. (FRATINI, SAUPE E MASSAROLI, 2008)

Considerando o disposto na Política Nacional de Saúde Bucal e Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal (BRASIL, 2008) os CEO têm como objetivos específicos atender a uma demanda reprimida por assistência em procedimentos odontológicos de média complexidade, e devem funcionar como unidade de referência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, criando-se um vínculo de referência e contrarreferência.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02 (BRASIL, 2002) determinou a instituição dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) como instrumentos de ordenamento do processo de regionalização da assistência, baseados nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. Este documento traz como um dos fundamentos dos PDR o *“estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades”*.

A regulação assistencial estabelecida na NOAS-SUS define que esta deva estar *“voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”*. (BRASIL, NOAS, 2002).

Segundo Fratini, Saupe e Massaroli (2008), os conceitos de referência e contrarreferência em saúde, apesar de se constituírem como uma das bases da mudança almejada para o setor, ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos quanto no que refere à efetivação e divulgação de experiências, exitosas ou não. Estes mesmos autores entendem que *“a busca por mecanismos facilitadores do estabelecimento de processos de referência e contrarreferência pode ser considerada fundamental para a concretização do princípio da integralidade; mas é evidente também que as experiências para viabilizar este modelo técnico-assistencial ainda são muito isoladas e*

frágeis, não permitindo generalizações, mesmo ao nível de políticas públicas municipais”.

Silva afirmou que o nível secundário de atenção (média complexidade) requer uma estrutura robusta para efetivar a regulação. A média complexidade tem a característica de lidar com um grande volume de pacientes, e, em vários casos, é gerado nesse nível de assistência grande volume de demanda reprimida, necessitando de estudos e ações que impactem diretamente nessa situação. É comum a ação reguladora começar atuando sobre a demanda reprimida, sua organização em filas e seus fluxos de agendamento e priorização. Este autor ainda afirma que *“o maior desafio da regulação da média complexidade ambulatorial está na gestão das agendas médicas e dos equipamentos, na estrutura de comunicação com os pacientes, no controle do absenteísmo, na organização do acesso calcada no uso de protocolos e na triagem de necessidade e priorização, na gestão dos fluxos referenciados e na construção de grades de referência e contra-referência.”* Complementa afirmando que *“a gestão das agendas permite ao gestor público qualificar a informação da produção em saúde e otimizar significativamente as ações de controle, garantindo a equidade no acesso norteado pelo critério da **necessidade** (grifo nosso) e não da influência pessoal ou da capacidade de deslocamento do próprio paciente [...]”*

Em 2006, a Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, definiu a Regulação como uma diretriz, e em 2008, a Portaria Nº 1.559 de 1º de agosto de 2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Esta política está focada em três eixos estruturantes: (1) Recursos financeiros para a implantação e para o custeio dos Complexos Reguladores; (2) Instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores; e (3) Programa de capacitação permanente de recursos humanos. (BRASIL, 2006)

A ação regulatória envolve o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, sendo observado, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso. (BRASIL, Manual de implantação de complexos reguladores, 2006) Com o intuito de aperfeiçoar e organizar a relação entre oferta e demanda, qualificando o acesso da população aos serviços de saúde no SUS, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações de fomento para a implantação e/ ou implementação de complexos reguladores. (BRASIL, 2006) Neste sentido, desenvolveu e disponibilizou um aplicativo *online* denominado

Sistema de Regulação – SISREG, que informatizou a Central de Regulação. O SISREG representou o movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores. As experiências a partir de sua utilização e o amadurecimento das metodologias e estratégias no estabelecimento de centrais de regulação apontaram para a necessidade de melhorias no sistema original. (BRASIL, Manual de implantação de complexos reguladores, 2006) O DATASUS vem aprimorando este sistema, estando disponível atualmente o SISREG III.

1.3 A descrição clínica e o processo regulatório

1.3.1 Importância do processo de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde

O diagnóstico preciso é a única e verdadeira pedra angular sobre a qual um tratamento racional pode ser construído.

(C. NOYEK , apud SCULLY, 2009).

O diagnóstico compreende conhecimento, identificação e valorização dos sinais e sintomas por parte do profissional, não apenas envolvendo testes diagnósticos realizados em laboratórios, mas também achados da história clínica e exame físico. Saber o quanto estes achados são realmente capazes de detectar corretamente as pessoas com problemas de saúde ou, por outro lado, excluir corretamente as pessoas que não tenham determinado problema de saúde, são desafios cotidianos à prática. (TOMMASI, 2002; SCULLY, 2009)

Quando o médico¹ filtra os dados disponíveis sobre o paciente e escolhe expressar aqueles dados de uma forma particular, essa relevante decisão condiciona os pensamentos e ações que podem surgir em relação ao paciente e a outros profissionais da saúde potencialmente envolvidos no cuidado, tornando a linguagem não apenas uma força descritiva, mas também uma força construtiva. (LINGARD et al., 2004) Estes autores ainda ponderaram que, em virtude da sua função social, a linguagem embute valores, incorporando as crenças de uma dada coletividade. Assim, diferentes atitudes direcionadas a pacientes e outros profissionais da saúde acabam sendo refletidas e reproduzidas nas características das instituições.

¹ Pode-se extrapolar para o contexto do diagnóstico de lesões bucais.

Para Tattersall et al. (2002), o cuidado ao paciente depende, em parte, da troca de informações entre os profissionais que o atendem de forma adequada e em tempo oportuno. Cartas de referência e contrarreferência são meios comuns pelos quais essa troca de informações ocorre. Assegurar que tais documentos contenham os dados que são necessários aos seus destinatários resulta em economia de tempo para clínicos e seus pacientes, reduz a repetição desnecessária de investigações diagnósticas e ajuda a evitar a insatisfação do paciente e a perda de confiança do mesmo no generalista.

O'Byrne et al. (2010) defendem que informações de referência de pacientes deveriam ser suficientemente completas e acuradas para assegurar um sistema seguro e efetivo; tais informações deveriam ser fornecidas de forma consistente por diferentes generalistas, em diferentes regiões, independente do sistema de referência utilizado.

Ferreira et al. (2010), ao avaliar aspectos do resultado da implantação do Complexo Regulador na organização do Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto-SP, observou que o problema mais prejudicial para a ação regulatória de consultas médicas foi o dado clínico incompleto. Os autores afirmaram que *“quando o caso clínico era bem descrito, o trabalho dos reguladores era facilitado, além de permitir a identificação de situações que poderiam ser atendidas pela atenção básica, e não primariamente encaminhadas”*. Os autores ressaltaram a importância dos instrumentos facilitadores e seu conteúdo informacional para a prática regulatória.

Também Harris et al. (2007) identificaram obstáculos que dificultam a contrarreferência no município de Camaragibe, Pernambuco, Brasil, ao entrevistar dez médicos das especialidades de neurologia, obstetria, ginecologia, psiquiatria, otorrinolaringologia e colposcopia. A maioria dos especialistas compreendia a importância da contrarreferência para garantir a continuidade do cuidado, evitando duplicação de esforços ou manejo inadequado do paciente; apesar disso, a maioria não fazia rotineiramente a contrarreferência. Foram citadas como razões: a organização do espaço de trabalho, a inibição para a comunicação, o isolamento profissional e a educação médica. Os autores concluíram que fatores culturais, sociais e históricos, bem como aspectos organizacionais referentes ao nível secundário de atenção precisam ser considerados para impulsionar a prática da contrarreferência.

O processo de referência e contrarreferência entre níveis de atenção não é problema apenas no Brasil. Foot, Naylor e Imison (2010), em um relatório de pesquisa realizada com o apoio do The King's Fund

(Reino Unido) (<http://www.kingsfund.org.uk/>), avaliaram a qualidade do diagnóstico e da referência realizadas pelo generalista. Para a maioria dos pacientes do Reino Unido, o generalista é o ponto de acesso primário ao sistema de saúde, sendo o meio de acesso a especialistas e ao cuidado secundário. Para esses autores, o papel do generalista no diagnóstico é reconhecer o problema e tomar a decisão adequada, eventualmente sendo apenas a porta de entrada para o manejo da doença do paciente. Entre os elementos envolvidos em um processo diagnóstico de alta qualidade, estaria a redução no tempo entre a investigação e o manejo da doença (particularmente se a condição é séria, ou se há suspeita de que seja), sendo a referência um ponto-chave nesse processo. Referências de alta qualidade envolveriam os seguintes elementos: 1) Necessidade: pacientes referenciados apenas quando necessário e sem perda de tempo; 2) Destino: pacientes referenciados ao local mais apropriado; 3) Processo: condução do processo de referência. Considerando o último quesito (condução), citaram a importância das cartas de referência conterem as informações necessárias, em um formato acessível. Entre as recomendações do relatório, está a de que mecanismos e incentivos para melhorar a comunicação entre generalistas e especialistas deveriam ser explorados, já que a boa comunicação facilita a troca de informações e oferece oportunidades de aprendizado, servindo de base para diagnósticos e referências de alta qualidade.

François (2011) defende que *"boa comunicação é essencial para consultas e referências seguras e de qualidade"*. No Canadá, onde há um incentivo para prover mais cuidados em regime ambulatorial, o autor relata haver pouco contato direto entre os médicos da atenção primária e especialistas; assim, comunicações por escrito (na forma de consultas, referências ou contrarreferências) tornaram-se o meio mais comum - e às vezes o único - de troca de informações pertinentes ao cuidado do paciente. Para o autor, a comunicação insuficiente poderia ter "efeitos adversos" como atraso no diagnóstico, repetição de exames e aumento na polimedicação, o que potencialmente aumentaria os custos dos tratamentos de saúde.

Farup et al. (2011) abordaram a relação da inadequada interação entre os serviços de saúde na falta de resolatividade dos sintomas de pacientes com refluxo gastroesofágico, segundo os autores uma doença com tratamento barato, seguro e facilmente disponível. Para tal, fizeram entrevistas estruturadas com 20 pacientes portadores de refluxo gastroesofágico com queixas persistentes, questionando-os quanto à causa da falha no tratamento. As entrevistas foram anonimizadas,

transcritas e avaliadas por 18 médicos (6 generalistas, 6 gastroenterologistas e 6 cirurgiões gástricos), aos quais foi solicitado que atribuísem a responsabilidade pela falha na resolutividade ao paciente, ao generalista, ao especialista ou à interação entre os serviços de saúde. Falha na interação entre os serviços de saúde foi apontada como a causa mais importante (35%), seguida por falha do cuidado primário pelo generalista (28%), do cuidado secundário pelo especialista (27%) e da falha do paciente (10%).

Lin (2012) relatou evidências, nos Estados Unidos (EUA), do que descreveu como "coordenação insuficiente" no processo de referência de um paciente do nível generalista para o nível especialista. Esse processo, que envolveria a tomada de decisão para a referência e a transferência de informação entre os níveis primário e especialista, apesar de frequente, ainda apresentaria muitos desafios. Referindo-se a outros relatos específicos, afirma que a transferência de informação é insuficiente no processo de referência, com falta de comunicação no sentido generalista → especialista em 50% das referências, e falta de comunicação no sentido especialista → generalista em 45% dos casos. Descreve que mais de 70% dos especialistas classificam as informações recebidas como regulares ou insatisfatórias. Relata ainda haver uma compreensão equivocada do papel do especialista, contribuindo para um grande número de consultas de retorno, que compreenderiam mais de 50% das consultas com especialistas nos EUA.

No caso da contrarreferência, também há relatos de problemas. Smith e Khutoane (2009) estudaram o contexto envolvido na falta de resposta às cartas de referência na África da Sul (Pretória). Elencaram inúmeras razões, relacionadas à carga de trabalho nos hospitais, à baixa qualidade da referência em si, à percepção dos médicos com relação ao seu papel no sistema de saúde (enquanto supervisores de residentes) e ao sentimento de "futilidade" de responder tais referências, não sendo considerado o impacto educacional da composição de tais cartas (para residentes e generalistas), e desconsiderando a importância da rede (*networking*) enquanto troca de saberes.

Shaw e Berker (2007) avaliaram os pontos fortes e fracos das referências eletrônicas recebidas pelo *The Bristol Dermatology Center*, considerando a implementação do *National Programme for Information Technology*, sistema que passou a permitir o agendamento eletrônico de consultas. As cartas de referência recebidas (1031 referências eletrônicas e 129 referências manuscritas) foram avaliadas por um ou dois dermatologistas, e pontuadas de acordo com um conjunto de dados

padrão, além de dados demográficos, da queixa principal e dados da lesão. Estes últimos foram avaliados segundo uma lista de itens que deveriam constar de uma carta de referência ideal, a saber: diagnóstico provável, medicamentos utilizados, sintomas e duração dos mesmos, local e tamanho da lesão, evolução da lesão e comentários sobre a possibilidade de malignidade. Também foram considerados dados sobre tratamento em curso, tratamentos anteriores e resposta aos mesmos. Além dos dados quantitativos em relação a cada item, as referências também foram analisadas subjetivamente, considerando o quanto a referência facilitava a triagem: 0 = não auxiliava; 1 = algum detalhamento, mas inadequado; 2 = pobre em detalhes, mas permitindo alguma determinação de prioridade; 3 = bastante boa, permitindo razoável determinação de prioridade; 4 = todos os detalhes relevantes presentes e fácil determinação de prioridade. Não houve diferença estatisticamente significativa entre referências eletrônicas e manuscritas para os dados demográficos. Referências eletrônicas registraram melhores dados como telefone do paciente e prescrição atual. Para lesões, os resultados foram similares para registros eletrônicos e manuscritos no que se refere à comunicação de dados sobre a duração do problema e localização da lesão, mas as referências manuscritas foram significativamente melhores em registrar o tamanho das lesões e suspeita de malignidade. Referências eletrônicas para “não-lesões” (rashes cutâneos, principalmente) foram deficientes com respeito ao detalhamento dos sintomas, tratamento corrente, tratamento prévio e proposta de diagnóstico. Os autores destacaram o potencial das referências eletrônicas, mas apontaram para possíveis problemas com as referências eletrônicas no que se refere a registro de textos longos. Adicionalmente, ressaltaram que no Reino Unido há certa pressão sobre os generalistas para que as referências sejam feitas dentro de 24 horas após a consulta no nível primário, chamando atenção para os riscos desse processo resultar na falta de inclusão de dados relevantes à avaliação do paciente e na dificuldade posterior na determinação das prioridades de atendimento.

Para Kim et al. (2009), processos eletrônicos de referência podem melhorar o acesso a cuidados especialistas. Após a implantação de um portal de referência eletrônica no *San Francisco General Hospital* (San Francisco, CA, EUA), os autores aplicaram um questionário a generalistas, via *internet*, para avaliar o impacto da ferramenta no fluxo de trabalho e no cuidado clínico. A ferramenta eletrônica incorporou processos de triagem para especialidades, comunicação interativa com especialistas e acesso eletrônico ao prontuário do paciente. A referência

eletrônica foi considerada melhor que os métodos anteriores por 72% dos entrevistados, com relatos de melhor comunicação e diminuição nos tempos de espera para atendimento; 60% dos entrevistados relataram que houve melhora no acesso às consultas para paciente considerados não urgentes. Entre as mudanças sugeridas para melhorar o sistema, foram citadas as possibilidades de efetuar agendamento, disponibilidade de modelos de referência standardizados e a adequação da figura de um “revisor centralizado” (regulador). Um ponto relevante levantado pelos autores foi a questão do tempo necessário para submissão da referência eletrônica, tendo sido citados como problemas a falta de computadores, necessidade de cumprir múltiplos passos para acessar de forma segura os dados armazenados no portal e frequente falta de conexão de rede.

1.3.2 Diretrizes para construção de modelos de cartas de referência e contrarreferência

Alguns autores defendem a criação de diretrizes para a comunicação clínica (TATTERSALL et al., 2002; BERTA et al., 2008; CHETCUTI, FARRUGIA E CASSAR, 2009; LIN, 2012), e já há algumas iniciativas neste sentido, considerando condições específicas.

Tattersall et al. (2002) publicaram um modelo de carta de contrarreferência, que foi disponibilizada a oncologistas durante um programa de treinamento para comunicação dos mesmos com outros profissionais, após o atendimento ao paciente. Para estes autores, há claras vantagens na disponibilidade de um formato estruturado para cartas de referência e contrarreferência, incluindo o uso de cabeçalhos que permitam ao escritor facilmente identificar a informação desejada.

O *National Institute for Clinical Excellence* publicou em 2001 um guia para a referência apropriada dos generalistas para os especialistas, incluindo condições como: acne, dor lombar aguda, eczema atópico em crianças, menorragia, osteoartrite, otite média persistente em crianças, psoríase e veias varicosas. O editor de tal guia reforçou a importância do contexto educacional no qual o guia foi estruturado, visando mudanças no processo de referência, salientando que essas mudanças dependem dos níveis pessoal e institucional (organizacional).

O *National Collaborating Centre for Primary Care* (2005), uma colaboração entre o *Royal College of General Practitioners* e a Universidade de Leicester, no Reino Unido, publicou um documento apontando diretrizes para a referência de suspeitas de câncer em adultos e crianças. Neste documento, há detalhamento dos sinais e sintomas de câncer em várias regiões, dados sobre os níveis de evidência e

graduação para a referência, bem como detalhes sobre os fatores de risco relevantes na decisão de referência do paciente para diversos tipos de câncer. No tocante a cânceres que envolvem a área da Odontologia, há recomendações específicas para referência urgente de pacientes com manchas brancas e vermelhas (incluindo suspeita de líquen plano) que apresentem dor, aumento de volume ou sangramento, e não-urgente no caso de ausência desses sinais e sintomas. Ulcerações ou mobilidade dentária não explicadas persistindo por mais de três semanas, especialmente em pacientes tabagistas ou etilistas crônicos, também requereriam referência urgente. Aumentos de volume em pescoço e em regiões parotídea e submandibular igualmente recebem indicação para referência. O documento ressalta a importância do profissional de referência encaminhar dados detalhados sobre o paciente e a lesão.

A questão do tempo curto para referência de pacientes portadores de lesões específicas também fica patente no *Mouth Cancer Referral Guidelines for Dentists*, publicado pelo *Cancer Research UK* em 2005, e disponível em www.openuptomouthcancer.org.

Berta et al. (2008) apresentaram a proposta de um documento de referência para auxiliar a coordenação da atenção em saúde de profissionais envolvidos no tratamento de adultos asmáticos em Ontário (Canadá), dos níveis generalista e especialista de atenção. Após uma revisão sistemática da literatura, os autores levantaram uma lista de 74 itens importantes na transferência de informações sobre o paciente portador de asma. Dos 74 itens levantados, 24 foram considerados essenciais na confecção de cartas de referência (do generalista para o especialista). Os autores propuseram um formato de documento de referência básico, ressaltando que tal documento poderia ser facilmente modificado para se adequar à referência de outras doenças crônicas.

Chetcuti, Farrugia e Cassar (2009) relataram que no *Mater Dei Hospital* (Malta), as referências de pacientes para a clínica vascular requeriam o preenchimento de um formulário padrão fornecido pelo Departamento de Saúde. O mesmo formulário era usado para todas as clínicas e especialidades, e permanecia o mesmo há muitos anos. Os autores avaliaram a qualidade da informação fornecida pelos generalistas a partir da análise de 100 referências consecutivas à clínica vascular. Além dos dados de identificação do paciente (incluindo informações como endereço, número de identidade e telefone), foram levantadas informações clínicas relevantes para a especialidade, como fatores de risco para doenças arteriais, tabagismo, atividade física, dados de frequência cardíaca. O único dado presente em todas as referências foi o nome do paciente. Em muitos casos, não havia registro de número

de identidade (9%), endereço (13%) e contato telefônico (64%). Em 22% dos casos não havia registro do profissional que referenciava o paciente. Em 16% dos casos, a indicação da necessidade de referenciamento não estava preenchida. Informações sobre diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia e tabagismo só estavam disponíveis em 46%, 28%, 15% e 20% dos casos, respectivamente. Em 60% dos casos não havia menção a dados de frequência cardíaca periférica. Do total, 30% das referências estavam somente parcialmente legíveis. Os autores concluíram pela insuficiência no preenchimento, por generalistas, dos formulários de referência para a clínica vascular, salientando que frequentemente informações essenciais eram inexistentes ou incompletas. Ponderaram que o uso de um mesmo formulário de referência para todas as especialidades pode ter contribuído para esse resultado.

1.3.3 Relevância da comunicação entre profissionais da saúde e da formação para a comunicação escrita

A referência é o método mais inexplorado para influenciar as atitudes dos consultores.
A contrarreferência é a rota mais negligenciada para a educação dos generalistas.
(PRINGLE, 1991 apud TATTERSALL et al., 2002).

Em 1990, Westerman et al. já ressaltavam o potencial educativo – frequentemente negligenciado - de cartas de referência e contrarreferência, considerando as diferentes experiências e expertises de cada ator desse processo. Para estes autores, generalistas e especialistas têm muito a ensinar um ao outro, e quando as cartas de referência e contrarreferência são pobres em dados, esta oportunidade de aprendizado se perde.

Embora a comunicação escrita seja uma competência essencial para a comunicação clínica (LINGARD et al., 2004; NESTEL E KIDD, 2004; CHETCUTI, FARRUGIA E CASSAR, 2009; FRANÇOIS, 2011), e, atualmente, os médicos utilizarem uma significativa parcela do seu tempo de trabalho diário preenchendo formulários (TATTERSALL et al., 2002; NESTEL e KIDD, 2004), poucos são os relatos de inclusão, nos currículos acadêmicos, de atividades focando o desenvolvimento desta habilidade.

Tattersall et al. (2002) desenvolveram um curso de treinamento para oncologistas, de forma a qualificá-los para a comunicação com os

generalistas após a consulta do paciente. Os autores concluíram que o curso de treinamento melhorou significativamente o conteúdo das cartas de contrarreferência, considerando a satisfação dos profissionais que passaram a receber essas cartas.

Para Lingard et al. (2004), a conexão entre linguagem e ideias é algo fundamental: palavras modelam nossas percepções e atitudes – e as práticas a elas associadas. Considerando um contexto de efetividade na comunicação interprofissional, uma das habilidades que o profissional de saúde deveria desenvolver é a capacidade de produzir textos com informações relevantes; para tanto, precisaria desenvolver um sofisticado senso lógico que o permitisse ressaltar, dentro de um conjunto variável de dados disponíveis sobre o paciente, apenas aqueles relevantes ao contexto clínico específico. (LINGARD et al., 2004) Citando um trabalho anterior (LINGARD e HABER, 1999), os autores afirmaram que cartas de referência refletem conclusões dos escritores, expectativas (*predictions*) sobre os leitores e regulações do sistema em si. Assim, o conhecimento clínico seria apenas um elemento neste contexto biomédico, e a relevância de uma carta de referência seria determinada tanto pelo processo do raciocínio diagnóstico (relevância clínica) quanto pelo processo profissional da emissão de opinião fundamentada em grupos multiprofissionais (relevância retórica). Resumindo, cartas de referência em saúde funcionariam tanto como uma troca de informação sobre o paciente como um relatório do processo profissional. Os autores ressaltaram de forma incisiva a importância da formação no processo de desenvolvimento das habilidades de comunicação escrita quando afirmaram:

Uma abordagem casual para educar aprendizes acerca do conceito de relevância [da comunicação em saúde] incorre em risco significativo no amplo contexto do cuidado efetivo ao paciente, pois se cartas de referência forem percebidas como irrelevantes, podem frustrar ou confundir seus destinatários, o que por sua vez pode ameaçar o trânsito seguro do paciente através do sistema de saúde.

Nestel e Kidd (2004) avaliaram a viabilidade de sessões de ensino para estudantes do segundo ano de Medicina visando sensibilizá-los para a importância das comunicações por escrito no contexto dos cuidados em saúde centrados no paciente, bem como auxiliá-los no

desenvolvimento de competências e habilidades relacionadas a essa atividade. Na experiência das autoras, tais sessões foram positivas, já que, após quatro meses, os estudantes que assistiram às sessões reportaram mais habilidade para a tarefa do que aqueles que não assistiram (embora tenham alertado para o fato das sessões não serem obrigatórias, e que talvez os que compareceram já estivessem mais interessados nas habilidades comunicativas). Os estudantes que participaram das sessões identificaram os potenciais "mal-entendidos" com o uso de abreviações, bem como as implicações de registros incorretos e informações incompletas. As autoras ponderaram, ainda, que o melhor momento para essas sessões talvez seja imediatamente antes de uma experiência clínica que os permita observar, na prática, a produção de comunicações por escrito (carta de referência); no entanto, entendem que essas sessões prévias seriam apenas um momento de contextualização, ou ainda o primeiro degrau na preparação dos estudantes para "fazer" tais documentos. Atividades similares subsequentes, integradas a outros aspectos clínicos, em um ambiente real, permitiriam a completude do desenvolvimento dessa habilidade essencial para a prática profissional. As autoras finalizam ponderando que, embora a atividade tenha sido desenvolvida com estudantes de graduação, talvez também seja interessante desenvolvê-la em níveis de educação médica continuada e em outros grupos profissionais, incluindo ambientes multiprofissionais, onde o significado da comunicação em saúde se amplia.

1.4 A formação em Odontologia e as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais

Para Tortamano (1994), durante muito tempo houve grande divergência entre o desenvolvimento do ensino superior nas áreas da saúde e as necessidades do Brasil; produziu-se muito conhecimento, mas para uso de uma minoria da população, havendo um verdadeiro divórcio entre o que se ensinava e o que a comunidade necessitava.

Com a ampliação do SUS, e buscando a efetiva aproximação entre o sistema público de saúde e o sistema formador, o MS apoiou a implementação de uma nova política de educação para o SUS (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003), política essa expressa pela mudança nas DCN. (BRASIL, 2001) Essas novas Diretrizes consideram que o currículo das universidades deva abranger objetivos, seleção de conteúdos, métodos e processos de avaliação coerentes com aspectos

filosóficos, científicos, tecnológicos, sociológicos e políticos nos quais se processa a informação. (GARBIN et al., 2006)

Para a área Odontológica, as novas diretrizes curriculares propõem que o formando egresso deva apresentar um perfil de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, para atuar em todos os níveis de atenção em saúde, prestando serviços especializados à comunidade de acordo com realidade social, cultural e econômica e estabelecendo com esta uma relação de reciprocidade. (BRASIL, 2001; GARBIN et al., 2006, BUFFON et al., 2011) Destaca a importância do desenvolvimento de habilidades como colher, observar e identificar as afecções bucomaxilofaciais prevalentes, além de raciocínio lógico e análise crítica na conduta clínica; propor e executar planos de tratamentos adequados; realizar a promoção e manutenção da saúde; comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral, dentro de preceitos éticos legais; trabalhar em equipes multidisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde; planejar e administrar serviços de saúde coletiva; acompanhar e incorporar inovações tecnológicas no exercício da profissão. (BRASIL, 2001)

Garbin et al. (2006) destacaram nesse contexto de formação a importância de contemplar o sistema de saúde vigente no Brasil, o trabalho em equipe e a ação integral em saúde. Para esses autores, mais do que nunca, é preciso estar atento ao fato de que grande parte dos conhecimentos e das técnicas recomendáveis hoje estará em desuso dentro de algum tempo; assim, mais importante que transmitir conhecimento é criar hábitos e métodos que valorizem o auto-aprendizado, a abordagem crítica dos conhecimentos e a permanente inquietação. Adicionalmente, ressaltam que nesse novo contexto a universidade tem o papel de identificar corretamente os problemas de saúde, oferecendo soluções práticas e com menor custo para que sejam tomadas as medidas necessárias para sua resolução; para isso, dirigentes, docentes e discentes das áreas da saúde devem estar cientes de seus papéis na sociedade, propondo soluções que contemplem os cenários complexos e heterogêneos onde as ações em saúde se desenvolvem.

Feuerwerker e Almeida (2003) ressaltaram a oportunidade, para as universidades, de fortalecer seu papel não apenas como formadora de indivíduos, mas também enquanto produtora de conhecimento com comprometimento social, instituindo-se desta forma uma relação de reciprocidade com a comunidade. Ainda, que a produção desse conhecimento deveria caminhar junto com a formação profissional e a prestação de serviços, elementos considerados pelos autores como

indissociáveis nessa nova práxis. Garbin et al. (2006) alertaram para o fato de muitas universidades continuarem alheias às reais necessidades da população e reproduzindo em salas de aula, laboratórios e ambulatórios, realidades distantes das que efetivamente ocorrem no país. É necessário repensar a inserção desse profissional na sociedade, de forma que possa realizar o exercício eficiente do seu trabalho, aliado à participação consciente e crítica na esfera social, partindo da reflexão, questionamentos e formulação de propostas, fundamentadas na sua realidade vivencial, visando à transformação dessa realidade. (COSTA e ARAÚJO, 2011; GARBIN et al., 2006)

O novo modelo visa à formação de um profissional que não apenas reproduza as técnicas consagradas da profissão, mas assimile as reais necessidades do país (GABRIEL e TANAKA, 2011), propondo mudanças com base na reflexão crítica sobre as práticas vigentes em parceria (universidades, serviços de saúde e população), pois nenhum dos atores participantes desse processo tem todas as respostas e ferramentas necessárias à sua implementação. (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003)

1.5 A regulação dos serviços de saúde em Florianópolis

O município de Florianópolis, com a adesão ao Pacto pela Saúde, ocorrida em julho de 2007, passou a assumir gradativamente os serviços de média e alta complexidade. O acesso à assistência especializada (nível secundário) é feito a partir das unidades básicas de saúde (nível primário), que agendam os serviços, online, pelo SISREG. (BENDER, MOLINA e MELLO, 2010) Esses autores descrevem o processo de referenciamento ao nível secundário, que se inicia com uma solicitação do encaminhamento do paciente pelo profissional do nível primário; este profissional registra, nesta solicitação, os dados relevantes ao diagnóstico. Segundo os autores, conforme a apresentação da demanda – mediata ou imediata – essa solicitação entra em uma de duas filas de espera: a *normal* ou a de *regulação*. As que entram através da regulação são avaliadas por um profissional regulador do Sistema. Quando o regulador julga a demanda de modo diverso ao que está indicado, ou quando considera a descrição insuficiente, a solicitação torna-se pendente, cabendo à Unidade Básica de Saúde procurar o profissional que inicialmente fez o encaminhamento, com o objetivo de resolver a pendência referente à consulta e, posteriormente, registrar uma nova justificativa para o atendimento no nível secundário.

1.5.1 O Ambulatório de Estomatologia do HU/UFSC e a regulação das consultas para a Estomatologia

O Ambulatório de Estomatologia do HU-UFSC presta atendimento ambulatorial a pacientes portadores de lesões bucais, sendo um serviço de referência para o Estado de Santa Catarina. O serviço recebeu pacientes por livre demanda até agosto de 2010, quando foi oficialmente inserido enquanto unidade executante no SISREG. Apesar de ter suas atividades desenvolvidas no Hospital Universitário (nível terciário), faz atendimento também em nível secundário de atenção.

Em dado momento, no processo de adaptação, os profissionais do serviço foram chamados a auxiliar a Central de Regulação na determinação das prioridades de atendimento, quando foi verificado que a principal dificuldade do regulador decorria do fato de muitos pedidos de consulta não fornecerem a descrição clínica adequada das lesões. Problema semelhante foi reportado por Ferreira et al. (2010) ao avaliar a implantação do Complexo Regulador na organização do Sistema Público de Saúde na cidade de Ribeirão Preto - SP. Naquela avaliação, o problema mais importante para a ação regulatória de consultas médicas foi o dado clínico incompleto. Segundo os autores, *“quando o caso clínico era bem descrito, o trabalho dos reguladores era facilitado, além de permitir a identificação de situações que poderiam ser atendidas pela atenção básica, e não primariamente encaminhadas”*. Ressaltaram a importância dos instrumentos para regulação e seu conteúdo informacional para a prática regulatória.

Visando contribuir com a construção de mecanismos de ordenação das práticas de assistência à saúde no SUS, um grupo de professores participantes do Ambulatório de Estomatologia do HU/UFSC elaborou um roteiro de auxílio à descrição de lesões bucais, para distribuição nas Unidades Básicas de Saúde. A concepção do roteiro baseou-se em literatura na área de Estomatologia (LANGLAIS e MILLER, 1997; MARCUCCI E SILVA, 2005) e na experiência didática e clínica dos professores, também extensionistas do Ambulatório de Estomatologia do HU/UFSC. Os itens contemplados no roteiro foram: identificação da lesão, localização, características clínicas, comentários adicionais, hábitos e tratamentos prévios.

Os processos patológicos básicos exibem, clinicamente, variadas alterações morfológicas, denominadas *lesões fundamentais* ou *elementares*. Segundo Marcucci e Silva (2005) a padronização das lesões fundamentais, ainda nos dias de hoje, é polêmica, podendo ser

encontrada variação entre os autores, bem como entre diferentes especialidades (como a Dermatologia, por exemplo).

No roteiro, no item denominado “identificação da lesão” foram listadas as lesões fundamentais mais comuns em lesões bucais: mácula, mancha, placa, pápula, nódulo, fístula, vesícula, bolha, pústula, erosão, úlcera e fissura. A esse item optou-se por agregar elementos gráficos que auxiliassem na identificação de alguns aspectos descritivos (Anexo C). Elementos visuais cumprem um importante papel nos processos de ensino-aprendizagem, já que o ser humano tende a processar imagens de forma mais rápida que texto, justificando o ditado “uma imagem vale mais que mil palavras”. (LI, 2001)

No item denominado “localização” foram listadas algumas regiões da cavidade bucal, incluindo referências para estruturas de tecidos moles e tecidos duros.

No item denominado “características” foram listadas características clínicas adicionais (tamanho, cor, inserção, consistência à palpação, tempo de evolução, tipo de crescimento e dor) que podem ser acrescentadas à lesão fundamental, bem como características que permitem inferir determinados aspectos relativos ao comportamento biológico da lesão.

O item denominado “observações adicionais” refere-se à descrição de dados como a presença de próteses e/ou a possibilidade de trauma local, que podem ser relevantes para o diagnóstico diferencial de algumas lesões.

Os itens denominados “hábitos” e “tratamentos prévios” foram incluídos para incentivar os profissionais a acrescentarem tais informações, relevantes não na descrição em si, mas importantes para a Regulação na definição de prioridades.

Finalmente, foram acrescentados exemplos de descrições, de forma a fornecer ao cirurgião-dentista um parâmetro de comparação com o resultado de sua descrição seguindo o roteiro metodológico proposto.

Antes da distribuição do referido roteiro às Unidades Básicas de Saúde, decidiu-se por apresentá-lo a cirurgiões-dentistas vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, de forma a colher suas impressões sobre a adequação do mesmo. Para tanto, a metodologia que será descrita posteriormente foi construída para a coleta das percepções dos cirurgiões-dentistas, e foi idealizado um instrumento de avaliação considerando as dimensões de competência, facilidade e agilidade para a descrição de lesões bucais em situações simuladas, com auxílio ou não

de roteiro. O instrumento de avaliação das percepções dos participantes baseou-se em Carcereri (2005).

Quando do planejamento da atividade com os cirurgiões-dentistas, foi natural o questionamento quanto ao papel da UFSC no desenvolvimento de habilidades e competências dos acadêmicos de Odontologia para a descrição de lesões bucais. A capacidade de detectar essas lesões, assim como de comunicar-se com outros profissionais no encaminhamento dos pacientes para diagnóstico e tratamento, são habilidades desejáveis aos egressos dos Cursos de Graduação em Odontologia. Assim, este Trabalho de Conclusão de Curso foi desenvolvido para colher as impressões de acadêmicos do último ano do Curso de Odontologia da UFSC quanto à adequação do roteiro desenvolvido pelo Ambulatório de Estomatologia da UFSC para o apoio à descrição de lesões bucais pelos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde, já que os mesmos serão, potencialmente, os próximos profissionais a atuarem nessas unidades.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar se o roteiro para descrição de lesões bucais proposto pelo Ambulatório de Estomatologia do HU-UFSC auxilia estudantes de Odontologia para a execução dessa tarefa, considerando suas autopercepções nas dimensões de competência, facilidade e agilidade.

2.2 Objetivos Específicos

Verificar, segundo a percepção dos acadêmicos, se há variação nas dimensões de competência, facilidade e agilidade para descrição das lesões bucais, comparando as seguintes situações de descrição:

- sem auxílio de roteiro ou material bibliográfico;
- com auxílio da sequência de exame clínico intra e extrabucal publicada no Manual de Especialidades em Saúde Bucal do Ministério da Saúde;
- com auxílio do roteiro desenvolvido pelo Ambulatório de Estomatologia.

6. CONCLUSÃO

Com base nos resultados, é possível afirmar que o roteiro para descrição de lesões bucais proposto pelo Ambulatório de Estomatologia auxilia estudantes de Odontologia para a execução dessa tarefa, considerando suas autopercepções nas dimensões de competência, facilidade e agilidade.

A descrição sem auxílio de roteiro foi considerada, pelos participantes, menos efetiva que a descrição com algum tipo de roteiro, considerando as dimensões de competência, facilidade e agilidade para a execução daquela tarefa.

Entre os dois roteiros avaliados, o roteiro proposto pelo Ambulatório de Estomatologia foi considerado superior ao roteiro do Ministério da Saúde para apoio à descrição de lesões bucais, considerando as mesmas dimensões já citadas.

REFERÊNCIAS

BALDANI, M. H. FADEL, C.B., POSSAMAI, T., QUEIROZ, M.G.S. **A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2005. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000400005&lang=pt>. Acesso em 03 Mai 2011.

BENDER, Anemarie da Silveira; MOLINA, Leandro Ribeiro; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010

BERTA W., BARNSLEY J., BLOOM J., COCKERILL R., DAVIS D., JAAKKIMAINEN L., MIOR A.M., TALBOT Y., VAYDA E.

Enhancing continuity of information: essential components of a referral document. **Canadian Family Physician**, v. 54, n. 10, p. 1432e1-1433-e6, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS Doutrinas e Princípios. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 1990. p. 4-6.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS princípios e conquistas**. Brasília, 2000. 43p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em Mai 2011.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Parecer CNE/CES 1300/2001, publicado no Diário Oficial da União de 07/12/2001, seção 1, p. 25. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>. Acesso em 17 Set 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a

descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual Básico. 3ª ed. Brasília, 2003. 65p.

_____. 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. 16p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf>. Acesso em: 30 Abr 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Manual de implantação de complexos reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília, 2008. 128p.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17 Brasília, 2008. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) .

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília, 2009. 481p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BUFFON, M. C., CARVALLHO, D. S., DANIEL, E., SLOMP JUNIOR, H., PECHARKI, G. D., MARIOT, C.A., FERREIRA C.M. , SANTOS, G.B.S., MADUREIRA JUNIOR, J.S., MASSARO, D.C.C., MOSIMANN, M.C., BERGAMI, R.H., GERALDO, L.C., KAI, L.K. Contribuição do PET-saúde para a área de odontologia da UFPR na consolidação das Diretrizes Curriculares Nacionais e do SUS, nos municípios de Curitiba e Colombo-PR. **Revista Abeno**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 9-15 jan/jul. 2011.

CANCER RESEARCH UK. Mouth cancer referral guidelines for dentists. Nov 2005. Disponível em: www.openuptomouthcancer.org. Acessado em 14 Jul 2012.

CARCECERI, D.L. **Estudo prospectivo sobre a gestão de competências na área de Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde/SUS, o estado de Santa Catarina**. 2005. 217 f. (Tese Doutorado em Engenharia de Produção) - Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CHETCUTI K., FARRUGIA R., CASSAR K. GP referral letters: time for a template? **Malta Medical Journal**, v. 21, n. 2, p. 26-29, 2009. Disponível em: <http://www.um.edu.mt/umms/mmj/showpdf.php?article=246>. Acesso em: 26 Jul 2012.

CORDIOLI, O. F. G., BATISTA, N. A. A graduação em Odontologia na visão de egressos: propostas de mudanças. **Revista Abeno**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 88-95, jan./abr. 2007.

CORDON, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0182.pdf>. Acesso em: 24 Mai 2011.

COSTA, I. C. C., ARAÚJO, M. N. T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16 (supl.1), n.1, p. 1181-1189, 2011.

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA. **Revista Abeno**, São Paulo, v. 2, n. 1. p. 31-34, jan./dez. 2002.

FARUP, P.G., BLIX, I., FØRRE, S., JOHNSEN, G., LANGE, O., JOHANNESSEN, R., PETERSEN, H. What causes treatment failure – the patient, primary care, secondary care or inadequate interaction in the health services? *BMC Health Serv Res.*, v. 11, n. 111, 2011. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126699/pdf/1472-6963-11-111.pdf>. Acesso em 27 Ago 2012.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 5º. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004. 873 p.

FERREIRA, J.B.B.; MISHIMA, S.M.; SANTOS, J.S.; FORSTER, A.C.; FERRAZ, C.A. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.345-58, abr./jun. 2010.

FRATIN, J.R.G., SAUPE, R., MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65-72, Jan./Mar. 2008.

FEUERWERKER, L. C. M. , ALMEIDA, M. Educação dos profissionais de Saúde hoje- problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista Abeno**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 24-27, jan./dez. 2003.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 5, n. spe, 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000500010&lng=en&nrm=iso>.

FOOT, C., NAYLOR, C., IMISON, C. **The quality of GP [general practitioner] diagnosis and referral**. The King's Fund: London, 2010. 79p.

FRANÇOIS, J. Tool to assess the quality of consultation and referral request letters in family medicine. **Can Fam Physician**. 2011 May; 57(5): 574–575.

GARBIN, C. A. S., SALIBA, N. A., SANTOS, K. T. O papel da universidade na formação de profissionais na área da saúde. **Revista abeno**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 6-10, jan./jun. 2006.

GABRIEL. M., TANAKA. E.E. Formação profissional em Odontologia: percepção discente da interação curricular. **Revista Abeno**, São Paulo, v. 11, n. 1, p.19-22, jan/jun. 2011.

HARRIS M., FERREIRA A., MORÃES I., ANDRADE F., SOUZA D. Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. *Pan Am J Public Health*, v. 21, n. 2/3, p. 96-110, 2007.

KIM Y., CHEN A.H., KEITH E., YEE H.F. JR, KUSHEL M.B. Not perfect, but better: primary care providers' experiences with electronic referrals in a safety net health system. [J Gen Intern Med.](#), v. 24, n. 5, p. 614-619, 2009.

LANGLAIS, R.P., MILLER, C.S. Diagnostic and descriptive terminology. In: _____. **Color atlas of common oral diseases**. 2a edição, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1997, p. 10-17.

LI, W.S.W. A single picture is worth a thousand words : the effects of images on online learning content. Proceedings of the first teaching and learning symposium, Hong Kong (Dec 12, 2001), Senate Committee on Teaching and Learning Quality, and Center for Enhanced Learning and Teaching, HKUST, 2001. p. 173-180. Disponível em <<http://repository.ust.hk/dspace/handle/1783.1/951>>.

LIN, Caroline. Improving care coordination in the specialty referral process between primary and specialty care. **N. C. Med. J.**, v. 73, n. 1, p. 61-62, 2012.

LINGARD, L., HODGES, B., MAcRAE, H., FREEMAN, R. Expert and trainee determinations of rhetorical relevance in referral and consultation letters. **Medical Education**, v. 38, n. 2, p. 168-176, 2004.

LINGARD L., HABER R.J. What do we mean by relevance? A clinical and rhetorical definition. Implications for teaching and learning the case presentation format. **Acad Med.** V. 74, n. 10 (Suppl), p. 124S-127S, 1999.

MARCUCCI, G., SILVA, S.S. **Conhecendo as lesões fundamentais.** In: MARCUCCI, G. (Editor). Fundamentos de Odontologia – Estomatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 47-49.

MEDEIROS, E. **Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da Atenção Básica:** Uma Avaliação na Perspectiva da Integralidade. 2007. 157 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

NARVAI, P. C. Saúde Bucal: Assistência ou Atenção?. São Paulo: FSP; set 1992 Disponível em: <http://www.ccs.ufsc.br/spb/os3_narvai.pdf>. Acessado em 22 mai 2011.

_____. Saúde Bucal no PSF: SUS ou SUSF. **Jornal do Site Odonto**, maio 2001. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8.htm>>. Acessado em: Mai 2011.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY CARE. Referral guidelines for suspected cancer in adults and children. Royal College of General Practitioners and University of Leicester, UK. Jun 2005. 421 p.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. Referral advice – a guide to appropriate referral from general to specialist services. London, 2001. 56 p. ISBN 1-84257-144-3.

NESTEL, D., KIDD, J. Teaching and learning about written Communications in a United Kingdom Medical School. **Education for Health** (Abingdon), v. 17, n. 1, p. 27-34, 2004.

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

O'BYRNE L., DARLOW C., ROBERTS N., WILSON G., PARTRIDGE M.R. Smoothing the passage of patients from primary care to specialist respiratory opinion. **Prim Care Respir J**, v. 19, n. 3, p. 248-53, 2010.

PRINGLE M. Referral letters - ensuring quality. **Practitioner**, v. 235, n. 1503, p. 507-510, 1991.

SCULLY. C. Diagnóstico: história. In: _____. **Medicina Oral e Maxilofacial**. 2a edição, 2009, São Paulo: Elsevier. p. 3-8

SCULLY. C. Diagnóstico: exame. In: _____. **Medicina Oral e Maxilofacial**. 2a edição, 2009, São Paulo: Elsevier. p. 8-20.

SCULLY. C. Diagnóstico: Diagnóstico: exames complementares-investigação. In: _____. **Medicina Oral e Maxilofacial**. 2a edição, 2009, São Paulo: Elsevier. p. 20-35.

SHAW L.J., BERKER D.A.R. Strengths and weaknesses of electronic referral: comparison of data content and clinical value of electronic and paper referrals in Dermatology. *British Journal of General Practice*, v. 57, n. 536, p. 223-224, 2007.

SILVA, J.M.B. A gestão do fluxo assistencial regulado no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=24560&janela=2>. Acessado em: Set 2012.

SMITH S., KHUTOANE G. Why doctors do not answer referral letters. **SA Fam Pract**, v. 51, n. 1, p. 64-67, 2009.

SOUZA, T.M.S., RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007.

TATTERSALL M.H.N., BUTOW P.N., BROWN J.E., THOMPSON J.F. Improving doctors' letters. **Med J Aust**, v. 177, n. 9, p. 516-520, 2002.

TOMMASI, A.F. O processo do diagnóstico. In: _____.
Diagnóstico em Patologia Bucal. São Paulo: Pancast Editorial. 3ª edição, 2002. p. 19-24.

TOMMASI, A.F. Exame clínico. In: _____. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. São Paulo: Pancast Editorial. 3ª edição, 2002. p. 25-42.

TOMMASI, A.F. Exames complementares. In: _____.
Diagnóstico em Patologia Bucal. São Paulo: Pancast Editorial. 3ª edição, 2002. p.42-80.

TORTAMANO, N. O papel da Universidade. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v.2, n.4, p. 219, ago/set, 1994.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva**, Rio Janeiro, v. 15, p. 225- 264, 2005.

ZIMMERMANN, C. et al., Avaliação de um roteiro de apoio à referência e à regulação em estomatologia. In: Reunião Anual da Associação Brasileira de Ensino Odontológico, 47, 2012, Campinas. **Anais da 47ª Reunião Anual**. São Paulo: Revista ABENO, 2012, v.1. p. 8-131.

WESTERMAN R.F., HULL F.M., BEZEMER P.D., GORT G. A study of communication between general practitioners and specialists. **British Journal of General Practice**, v. 40, n. 340, p. 445-449, 1990.

WITT, R. R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. **Rev. Gaúcha Enf.**, v. 13, n. 1, p. 19-23, 1992.