



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Cardoso da Silva, Helbert Eustáquio; Donato Gottems, Leila Bernarda
Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de
Saúde: uma revisão sistemática integrativa
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 8, agosto, 2017, pp. 2645-2657
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63052143020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa

The interface between primary and secondary care in dentistry in the Unified Health System (SUS): an integrative systematic review

Helbert Eustáquio Cardoso da Silva¹

Leila Bernarda Donato Gottems¹

Abstract Secondary care in dentistry in Brazil has scarce and broadly underutilized resources. The challenge is to organize the interface between primary health care (PHC) and secondary care in order to consolidate the population's access to specialist dental care in the Unified Health System (SUS). This article seeks to analyze national publications in Portuguese and English on the interface between secondary health care and primary health care in dentistry from the perspective of comprehensive care in the SUS. It is an integrative review, considering the publications of the following databases: SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Latin American and Caribbean Literature) WEB OF SCIENCE, SCOPUS, PubMed (International Literature on Health Sciences) and GOOGLE SCHOLAR. The search located 966 articles, of which 12 were used in full. Coverage of the oral health teams (ESB) in the family health strategy (ESF), primary health care implementation in a structured way, access to secondary health care, counter-referral to PHC, development of indicators and socioeconomic conditions and inequalities in the distribution of dental specialist centers (CEO) are factors that influence the integrity of oral health care in the SUS.

Key words Access to health services, Primary health care, Secondary health care, Oral health services

Resumo A atenção secundária em odontologia no Brasil apresenta recursos escassos e em grande parte subutilizados. O desafio consiste em realizar a interface entre a atenção primária à saúde (APS) e a atenção secundária de forma a consolidar o acesso da população à atenção odontológica especializada no Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste artigo é analisar publicações nacionais em língua portuguesa e inglesa sobre a interface entre a atenção secundária e a APS em odontologia na perspectiva da integralidade do cuidado no âmbito do SUS. Revisão integrativa considerando as publicações dos seguintes bancos de dados: SciELO (Scientific Eletronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe), Web of Science, Scopus, PubMed (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e Google Acadêmico. Foram encontrados 966 artigos, dos quais 12 foram utilizados na íntegra. A cobertura das equipes de saúde bucal (ESB) nas estratégias de saúde da família (ESF), a implantação da APS de forma estruturada, o acesso a atenção secundária, o contrarreferenciamento para APS, os indicadores de desenvolvimento e as condições socioeconômicas e desigualdades na distribuição dos CEO's são fatores que influenciam a integralidade do cuidado em saúde bucal no SUS.

Palavras-chave Acesso aos serviços de saúde, Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Serviços de saúde bucal

¹ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. SMHN Quadra 03/Conjunto A/Bl. 1/ Edifício Fepecs. 70710-907 Brasília DF Brasil. helbertcardososilva@gmail.com

Introdução

Os serviços públicos em odontologia no Brasil apresentam-se centrados quase que exclusivamente em ações primárias, com uma elevada demanda reprimida. Dados apontam que, em 2004, no âmbito do SUS, a assistência odontológica especializada representava apenas 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. A baixa oferta da assistência odontológica em níveis de atenção mais complexos compromete a consolidação de um sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal com integração dos sistemas regionais em rede de saúde. O desenvolvimento da assistência odontológica em atenção secundária não cresceu proporcionalmente à expansão das ações e serviços na atenção primária de saúde (APS)¹.

Com o intuito de modificar essa realidade, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente. Essa proposta tem como objetivo, entre outros, aumentar a oferta e a qualificação da atenção secundária à saúde por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's). Os CEO's são constituídos por unidades de saúde que devem oferecer à população, no mínimo, serviços odontológicos de diagnóstico voltados para a identificação do câncer bucal, periodontia especializada, endodontia, cirurgia oral menor de tecidos moles e duros e atendimento a pacientes especiais².

O desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) consiste em consolidar a assistência secundária à saúde em odontologia de forma a estabelecer a integralidade no sistema como um todo. O que torna necessária a criação de redes de atenção com articulação entre os níveis de atenção por onde as informações e os usuários trafegam livremente, sem barreiras. Os impasses encontrados para a realização desse fluxo é o que dificulta a implantação da integralidade. Encontrar soluções para esses impasses pode melhorar o acesso e promover a resolução das necessidades em saúde bucal³.

Para um bom funcionamento da rede de saúde, é necessária uma elevada capacidade de resposta por parte da APS, o que determina a identificação de situações que necessitam de atendimento especializado e a garantia de acesso a todos os níveis de complexidade. Dessa forma, a articulação entre as unidades de diferentes complexidades deve assegurar não somente o acesso, como também a continuidade do cuidado, de forma que haja a contrarreferência aos serviços

de origem. Isso implica em um fluxo adequado de informações entre as unidades que constituem o sistema, não se limitando às fronteiras geográficas de estados e de municípios⁴.

Diante do aumento crescente da demanda e da procura por tratamento odontológico na rede pública de saúde, alicerçadas pelo Programa Brasil Sorridente do governo federal, faz-se necessária a análise da interação dos níveis de atenção em odontologia, de modo a verificar a sua capacidade de resolubilidade face à realidade atual no Brasil. O presente trabalho tem como objetivo analisar publicações nacionais em língua portuguesa e inglesa sobre a interface entre a atenção secundária à saúde e a atenção primária à saúde em odontologia na perspectiva da integralidade do cuidado, no âmbito do SUS.

Metodologia

Realizou-se revisão sistemática integrativa (RSI) em função do volume e da complexidade dos dados existentes na área da saúde, sendo de grande utilidade a criação de protocolos de revisão de literatura. A RSI é uma estratégia de pesquisa através da busca, da apreciação crítica e da síntese das evidências disponíveis do tema investigado, tendo como finalidade a informação mais recente sobre o conhecimento do tema estudado, a execução de ações efetivas na prática em saúde e a diminuição dos custos, além da percepção da existência de falhas que sinalizam no objetivo de realização de novas pesquisas⁵. Esse tipo de estudo permite a identificação e a análise das evidências presentes em práticas de saúde, quando o conhecimento científico existente não se apresenta devidamente consolidado⁶.

Com base na especificidade de cada nível de atenção e sua relação com a cobertura da demanda e a complexidade dos procedimentos realizados, elege-se a seguinte questão norteadora para o estudo: Quais aspectos da interface entre atenção primária e atenção secundária à saúde em odontologia influenciam a integralidade do cuidado no âmbito do SUS?

Estratégia de busca

Foi realizada busca de evidências presentes na literatura científica nas seguintes bases de dados: SciELO (Eletronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe), Scopus, Web of Science, PubMed (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e busca na literatura

não indexada (Google Acadêmico). No Google Acadêmico, foram analisadas as seiscentas primeiras referências organizadas de acordo com o nível de relevância.

Para o estudo, foram aplicados os seguintes descritores (DECs) – palavras-chave: de forma a encontrar assuntos na literatura científica – e termos livres (TL) – termos não encontrados no DECs de relevância para a pesquisa: “Acesso aos Serviços de Saúde”, “Atenção Primária à saúde”, “Atenção Secundária à Saúde” e “Avaliação de Serviços de Saúde”. Para a base de dados *PubMed*, *Scopus* e *Web of Science*, foram utilizados os mesmos descritores traduzidos em língua inglesa: “*Health Services Accessibility*”, “*Primary Health Care*”, “*Secondary Care*” e “*Dental Health Services*”.

Selecionaram-se somente trabalhos escritos sob a forma de artigos completos publicados em periódicos nacionais e internacionais em língua inglesa e em língua portuguesa. Foi abordada a legislação pertinente sobre o assunto em estudo, assim como capítulos de livros. Os descritores foram combinados de forma padronizada com o objetivo de se identificarem os trabalhos relevantes da seguinte forma: “(Acesso aos Serviços de Saúde) AND (Atenção Primária à saúde) OR (Atenção Secundária à Saúde) AND (Avaliação de Serviços de Saúde)”.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram adotados como critérios de inclusão estudos observacionais em língua portuguesa e em língua inglesa, publicados entre 2001 e 2014, que abordassem experiências no SUS com a atenção secundária e sua interface com a atenção primária à saúde no tocante à integralidade da assistência em odontologia e que apresentassem no título ou resumo os termos “Atenção Primária à Saúde”, “Atenção Secundária à Saúde” em odontologia.

Foram excluídos da RSI pesquisas cujo escopo se apresenta na forma de estudo *in vitro*, estudos de ensaios clínicos, estudo com modelos em animais, editoriais e cartas ao leitor, estudos qualitativos, estudos com objetivo não condizente para a pesquisa, estudos em outras línguas, revisões da literatura (sistemáticas e metanálises), relatos e séries de casos, estudos que apresentam no título ou resumo os termos *treatment* e *therapy*, e estudos que relacionam APS e atenção secundária à saúde com comorbidades (por ex.: doenças crônicas não transmissíveis, endocrinopatias, cardiopatias, DPOC, nefropatias, hepatopatias, doenças infecciosas agudas e HIV/aids), já

que não se adequavam aos critérios estabelecidos para a realização da RSI. Também foram excluídos os artigos que não estavam disponíveis na íntegra nas bases de dados pesquisadas.

Extração de dados

A seleção de artigos foi realizada em duas etapas. Na etapa 1, um revisor (HECS) avaliou títulos e resumos de todos os artigos, de acordo com os critérios de inclusão. Na etapa 2, dois revisores (HECS e LBDG) realizaram leitura na íntegra, excluindo os artigos que não atendiam aos critérios de inclusão adotados. Essa etapa foi realizada de forma independente pelos dois revisores (HECS e LBDG), em janeiro de 2015; e, em caso de dúvidas, era discutida por ambos até se atingir um consenso.

Resultados e discussão

Dos 966 artigos encontrados e analisados, três são estudos da literatura não indexada. Inicialmente, os textos foram avaliados com o uso do software ENDNOTE® X7.01 (*Bld 7212, Thomson Reuters*). Procedeu-se à catalogação das referências, sendo eliminadas aquelas que se apresentavam duplicadas nas diversas bases de dados, as quais perfizeram um total de 23. As referências remanescentes (940) tiveram seus resumos avaliados segundo os critérios de exclusão previamente estabelecidos, sendo que um total de 930 referências foi eliminado. A busca na literatura não indexada (Google acadêmico) encontrou três produções relevantes.

Os 13 artigos foram lidos na íntegra e aplicados os critérios de inclusão, sendo eliminado um visto que foi publicado em idioma não aceito. Assim, 12 trabalhos atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, sendo que a busca eletrônica das referências nas bases de dados e os estudos excluídos se encontram na Tabela 1.

Na Figura 1, o fluxograma da RSI mostra o processo de gerenciamento das referências da presente revisão.

Dos 12 artigos publicados sobre o tema em questão, três (25%) são do ano de 2014; três (25%) de 2013; um (8,3%) de 2012; dois (16,6%) de 2011; um (8,3%) de 2010; um (8,3%) de 2009 e um (8,3%) de 2006. Quanto ao período de publicação, os estudos apresentam um espaço temporal de oito anos. Trata-se de tema pouco explorado, com escassa produção nacional e relati-

Tabela 1. Base de dados e o número de referências de acordo com os critérios de exclusão.

Bases de dados	Número de referências
Lilacs	04
PubMed	861
SciELO	01
Scopus	77
Web of science	20
Google acadêmico	03
Critérios de exclusão	Referências
Estudos “in vitro”	02
Estudos de ensaios clínicos	12
Estudos em modelos animais	03
Editoriais e cartas ao leitor	20
Estudos qualitativos	76
Estudos com objetivo não condizentes para a pesquisa	600
Estudos em outras línguas	46
Estudos não disponíveis	07
Revisões sistemáticas e meta-análises	23
Relatos de casos e séries de casos	20
Estudos que apresentam no título ou resumo os termos <i>treatment</i> e <i>therapy</i> no resumo ou título	65
Estudos que relacionam APS e atenção secundária à saúde com comorbidades (por ex.: doenças crônicas não transmissíveis, endocrinopatias, cardiopatias, DPOC, nefropatias, hepatopatias, doenças infecciosas agudas, e HIV/aids)	56
Total	930

vamente recente na literatura, uma vez que o intervalo está entre 2006 a 2014, intensificando-se na segunda década nos anos de 2010 a 2014. Cabe ressaltar que os CEO's foram criados em 2005, contando apenas 10 anos de existência. Devido à sua importância social, há necessidade de avaliação contínua quanto à qualidade dos serviços oferecidos, como resposta dos órgãos gestores e dos profissionais de saúde à população assistida.

Os 12 artigos brasileiros foram publicados em duas línguas, sendo sete redigidos em língua portuguesa e cinco em língua inglesa. Oito artigos foram publicados em periódicos de saúde pública (*Revista de Saúde Pública*, *Cadernos de Saúde Pública* e *Ciência & Saúde Coletiva*) entre o período de 2009 a 2014. Isso demonstra o recente interesse acadêmico pelo tema, quanto à análise da interface entre os níveis de atenção no âmbito odontológico. Três artigos foram publicados em dois periódicos ligados a universidades públicas (*Revista da Faculdade de Odontologia da UPF* e

Revista de Odontologia da UNESP) e um artigo publicado em periódico da área de epidemiologia (*Revista Brasileira de Epidemiologia*).

Com relação ao delineamento da pesquisa, todos os estudos são observacionais, sendo dois artigos^{3,7} (18,6%) exploratórios, quatro⁸⁻¹¹ (33,3%) descritivos de caráter avaliativo normativo. Um estudo¹² (8,3%) é longitudinal retrospectivo. Cinco estudos¹³⁻¹⁷ (41,6%) são transversais, e um artigo¹⁶ (8,3%) apresentou uma abordagem do tipo qualitativa/quantitativa.

Quanto aos objetivos abordados, observou-se que esses estudos se dispõem a: avaliar a atenção secundária em odontologia⁸ em relação ao fluxo, à qualidade de atendimento, ao acesso⁷, à taxa de utilização^{13,16}, ao referenciamento da demanda, à resolubilidade de serviços odontológicos especializados^{3,10} e a procedimentos odontológicos considerados de atenção secundária¹¹; analisar a integralidade na assistência à saúde bucal referente à atenção secundária em odontologia^{12,15};

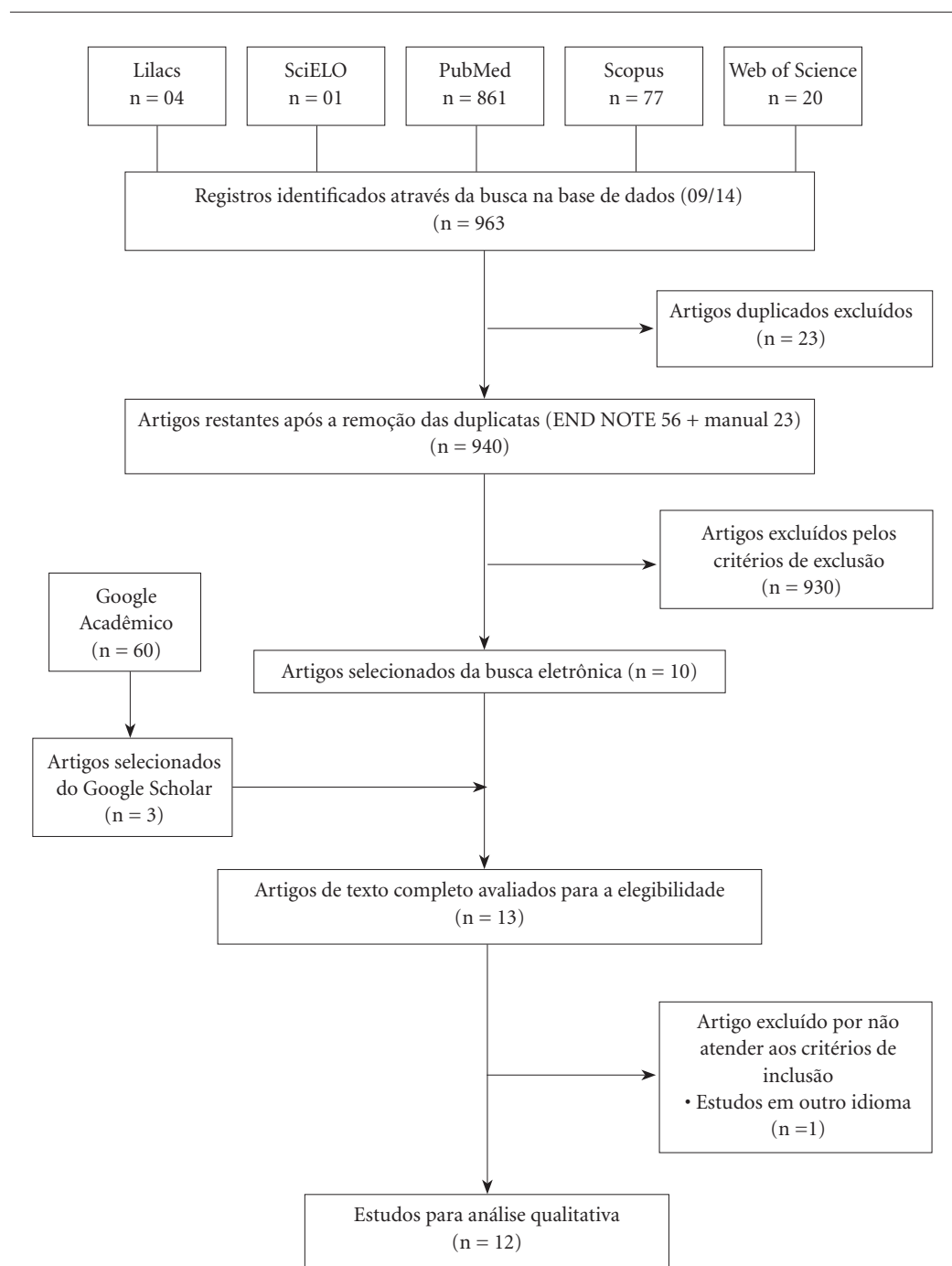


Figura 1. Fluxograma para seleção dos artigos.

investigar a influência de indicadores sociais, indicadores de saúde e variáveis socioeconômicas^{14,17} e avaliar o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas^{9,14}.

No Quadro 1 pode-se verificar a listagem dos artigos selecionados para este estudo, apresentando nome do autor e ano de publicação, país de origem, tipo de estudo e resultados das pesquisas.

Quadro 1. Distribuição dos estudos segundo autores, ano de publicação, país de origem, tipo de estudo, e resultados da pesquisa (2006-2014).

Autor / (ano)	Local	Tipo de estudo	Amostra	Resultados
Figueiredo N, et al. (2009)	(Brasil)	Descritivo	22 CEOs	<ul style="list-style-type: none"> • A cobertura de equipes de saúde bucal no ESF parece não influenciar os resultados. • Quanto menor a cidade, pior o desempenho dos CEOs. • Quanto maior o IDH municipal, melhor o desempenho dos CEOs daqueles municípios. • Receber ou não antecipação financeira parece não estar associado ao melhor desempenho dos CEOs.
Goes PSA, et al. (2012)	(Brasil)	Descritivo	613 CEOs	<ul style="list-style-type: none"> • O desempenho dos CEOs foi ruim para a maioria das regiões do país. • Indicador Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal – 64,4%. • Quanto maiores as cidades, melhores os resultados de serviços da atenção secundária em saúde bucal. • Municípios com cobertura menor que 50% de ESB no PSF - melhor cumprimento de atenção secundária em saúde bucal, não sendo identificado para dois dos serviços avaliados. • Os municípios com maior IDH lograram melhores resultados.
Chaves SCL, et al. (2012)	(Brasil)	Transversal	2.539 indivíduos	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca interface da atenção secundária com a APS. • Cobertura universal da ESF não é capaz de superar problemas de acessibilidade na APS. • Ambos os CEOs desenvolverem ações típicas de APS. • Pouca utilização de procedimentos preventivos individuais em ambos os níveis de atenção revelam o predomínio do modelo de atenção curativo. • A capacidade resolutiva da APS pode reduzir as grandes filas de espera para esse nível de atenção.
Saliba NR, et al. (2013)	(Brasil)	Descritivo	1030 prontuários	<ul style="list-style-type: none"> • Os CEOs referência, contrarreferência e atende à maioria da demanda, independentemente da especialidade. • Há muita evasão durante o tratamento odontológico. • Gestores devem desenvolver métodos de controle dos pacientes atendidos, com vistas à diminuição de gastos e ao aumento da resolutividade dos serviços, com a conclusão dos tratamentos iniciados.
Chaves SCL, et al. (2010)	(Brasil)	Transversal	611 usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Usuários com facilidade de acesso geográfico, mais jovens e necessidade de serviço endodôntico tiveram mais chance de receber assistência integral. • A implantação de CEOs em municípios nos quais a APS não esteja adequadamente estruturada não é recomendada. • Atenção secundária atendendo a livre demanda e executando procedimentos básicos não cumprindo o princípio da integralidade pretendida.
Bulgareli JV, et al. (2013)	(Brasil)	Descritivo	6 (UBS) e 11 (USF)	<ul style="list-style-type: none"> • O maior número de encaminhamentos para Endodontia foi proveniente das USF. • O percentual de faltas em consultas iniciais, o abandono de tratamento e a resolutividade na especialidade não demonstraram diferença estatística em relação ao modelo organizacional da atenção primária.

continua

Quadro 1. continuação

Autor / (ano)	Local	Tipo de estudo	Amostra	Resultados
Chaves SCL, et al. (2011)	(Brasil)	Descritivo	4 CEOs	<ul style="list-style-type: none"> • A avaliação entre a oferta e utilização dos serviços odontológicos aponta a necessidade de revisão das portarias do CEO porque nenhuma relação entre tipo de CEO, número de equipamentos odontológicos instalados e a oferta potencial proposta foi identificada. • Falta de um sistema de lista de espera automática para substituição de faltosos – implantação articulada de um sistema de gestão com a definição das metas de oferta de procedimentos por especialidade. • Falta de protocolos de referência bem definidos – melhor utilização dos serviços especializados, reduzindo a possibilidade de realização de procedimentos básicos nos CEOs.
Borghi GN, et al. (2013)	(Brasil)	Observacional exploratório	12 (USF) e 20 (UBS)	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de um fluxo de atendimento de usuários da atenção básica para a atenção secundária em saúde bucal em Piracicaba (SP) que demonstra estar em construção e tem boa aceitação pelos seus usuários. • Apresenta falhas quanto à gestão das unidades e de comunicação com os pacientes.
Campos ACV, (2011)	(Brasil)	Transversal	34 municípios	<ul style="list-style-type: none"> • Condições sócioeconômicas e de desenvolvimento podem ser decisivas para a identificação dos municípios com melhores e piores indicadores de atenção primária. • Melhoras na condição de saúde (indicadores) estão relacionadas com uma diminuição das iniquidades sociais e de desenvolvimento.
Cortellazzi KL, et al. (2014)	(Brasil)	Transversal	774 CEOs	<ul style="list-style-type: none"> • 30,75% obtiveram desempenho bom/ótimo, com melhores resultados observados no subgrupo de procedimentos da atenção básica em detrimento dos demais, principalmente endodontia e cirurgia. • Na cobertura de ESB e ESF, os municípios com maiores coberturas apresentaram maior prevalência de CEOs ruins/ regulares. • Municípios com menor densidade demográfica e menor IDH tiveram maior prevalência de desempenho ruim/regular nos CEOs. • Municípios com baixo IDHM: as variáveis educacionais e/ou relacionadas à renda devem interferir no acúmulo das necessidades odontológicas da população.
Vazquez FL et al. (2014)	(Brasil)	Observacional exploratório	02 RAS de Campinas: 331 usuários	<ul style="list-style-type: none"> • O modelo de gestão, com ou sem a instalação do CEO, não influenciou na distribuição das referências da atenção secundária em saúde bucal. • O RAS Sudoeste apresentou grande variação na distribuição por CS e nos coeficientes de procedimentos especializados totais e endodontia por grupo de habitantes. • Na Região Norte, as discrepâncias são menos evidentes, havendo uma correlação dos coeficientes de demanda atendida em relação às variáveis sócioeconômicas, com um maior compromisso com a integralidade e equidade. • Quanto à qualidade da referência e contrarreferência, o usuário das duas RAS realizou o tratamento especializado, retornou ao CS da ESB de origem, foi bem atendido. • Algumas razões para o não comparecimento ao tratamento não foram, mas deveriam ser, analisadas pelos gestores das RAS.

continua

Autor / (ano)	Local	Tipo de estudo	Amostra	Resultados
Lino, PA et al. (2014)	Brasil	Descritivo	2.547 unidades de saúde de 81% dos municípios mineiros	<ul style="list-style-type: none"> • 1.336 (52,5%) das unidades estudadas possuem alguma equipe de saúde bucal cadastrada. • 2469 (96,9%) das unidades estudadas não é CEO, 24 (0,9%) CEO's do tipo I, 53 (2,1%) do tipo II, e uma é do tipo III. • 71 (8,3%) municípios que apresentam CEO e (33,8%) microrregiões de saúde que não possuem nenhum CEO's. • Municípios com CEO - 51% gestão municipal e 49% gestão dupla • (Estado/Município) e 18,3% dos municípios são pólo de macrorregião e 63,4% são pólo de microrregião. • Municípios com CEO's - mais habitantes, mais ESB I e II, menor cobertura potencial e melhores IDH. • Maioria dos procedimentos de atenção especializada é realizada em estabelecimentos de atenção básica. • CEO's são mais eficientes do que os não CEO's, considerando-se a média de procedimentos realizados.

Legenda: centros de especialidades odontológicas (CEO's); equipe de saúde bucal (ESB); programa saúde da família (PSF); índice de desenvolvimento humano (IDH); atenção primária à saúde (APS); estratégia da saúde da família (ESF); índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM); unidade de saúde da família (USF); centro de saúde (CS); rede de atenção a saúde (RAS).

Principais contribuições dos artigos selecionados

O objetivo da RSI consiste em analisar a produção nacional sobre a interface da APS com a atenção secundária em odontologia no âmbito do SUS, publicada em línguas portuguesa e inglesa. Entretanto, faz-se necessária a contextualização com o cenário internacional no intuito de entender a necessidade de reformas organizacionais dos serviços de saúde, a partir de experiências em outros países, com o objetivo de promover a integração dos serviços prestados entre os diversos níveis de atenção, o que resulta em novos arranjos organizacionais em sistemas de saúde universal.

De forma geral, a atenção primária à saúde expressa o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada, sendo ofertada em unidades de saúde de um sistema, caracterizada por um conjunto diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, contemplando serviços e ações de saúde pública¹⁸.

O relacionamento da APS com a atenção secundária à saúde não deve estar limitado a fluxos, mas sim envolver processos, sendo pautado por aspectos dinâmicos, democráticos e alicerçados na integralidade do acesso ao atendimento. Não deve existir uma sobreposição dos níveis de atenção, mas uma interface, para a implantação da atenção secundária em saúde bucal, consolidada

na oferta de procedimentos de acordo com as necessidades da população, observando-se o porte populacional e os fatores socioeconômicos envolvidos³. Nesse contexto, um artigo⁸ demonstra que, a partir da avaliação da atenção secundária pela operacionalização do indicador “Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal”, em relação à cobertura das equipes de saúde bucal (ESB) na equipe de saúde da família (ESF), os municípios com maiores coberturas apresentaram maior prevalência de CEO's classificados como ruins e/ou regulares. Resultado semelhante foi encontrado em outro artigo¹⁴, sobre o cumprimento global das metas (CGM), no qual municípios com maiores coberturas de ESB/ESF, menor densidade demográfica e menor índice de desenvolvimento humano (IDH) apresentaram maior prevalência de CEO's ruins e/ou regulares.

Por outro lado, em um estudo⁹ no qual se analisou a cobertura de equipes de saúde bucal na ESF em relação ao desempenho dos CEO's quanto ao cumprimento global das metas propostas para cada tipo de CEO, aparentemente, esse fato não influenciou no desempenho dessas unidades. Existe uma correlação positiva entre o porte, IDH e o desempenho do CEO, pois, quanto menor a cidade, menores são o IDH e o desempenho, exceto nos municípios com menores coberturas de ESF.

Em um estudo¹¹ recente sobre o atendimento especializado em odontologia no Estado de Minas Gerais, a partir dos dados secundários dos

procedimentos executados nos estabelecimentos de saúde e registrados no Sistema de Informação do SUS, conclui-se que poucos municípios possuem CEO's, e estes apresentam maior população, maior número de ESB, menor cobertura potencial da atenção primária em saúde bucal e melhores IDH se comparados aos municípios que não os possuem.

Esses resultados podem ser explicados em parte pelo impacto gerado pelos aspectos educacional (falta de conhecimento do cuidado básico com os dentes) e cultural (não valorização do cuidado) na saúde bucal da população. A falta de conhecimento de educação em saúde aliada à inexistência da importância da saúde bucal para a maioria das pessoas com um grau baixo de educação interfere significativamente na saúde oral e também no estado geral de saúde.

O IDH, a densidade demográfica, a desigualdade na localização regional e o tempo de implantação dos CEO's são aspectos relevantes no desempenho de produtividade dos CEO's, devendo ser observados quando do planejamento desses serviços. Além disso, um número reduzido de serviços apresenta-se fundamentado nos dados epidemiológicos regionais para sua implantação. Por conseguinte, os CEO's não conseguem suprir a real necessidade de saúde da população, sendo que serviços ligados à atenção básica apresentam um maior cumprimento das metas, se comparados com outras especialidades como cirurgia oral menor. Dessa forma, há necessidade de revisão de adequação das especialidades ofertadas pelo CEO's e revisão das especialidades segundo o tipo de CEO's, de modo a assegurar aquelas de maior demanda, de acordo com a morbidade da população brasileira e alicerçada em estudo epidemiológico da situação locorregional.

Destaca-se ainda que aspectos como procedimentos especializados realizados em unidades básicas em municípios onde não há CEO's implantados, poucos recursos financeiros para manter centros especializados, profissionais especializados concentrados nos grandes centros urbanos e um sistema de remuneração fixa que não incentiva os profissionais a cumprirem metas mínimas de oferta de serviços estão entre as causas da baixa expansão do atendimento secundário em odontologia¹¹.

Esses resultados^{8,9,14} mostram que onde a cobertura de ESB na ESF é insuficiente, observa-se falta de estrutura da APS e, consequentemente, uma sobrecarga na atenção secundária à saúde, que realiza as atividades típicas da APS, de modo a compensar sua falta de produção. Nos municí-

pios com menor cobertura, a atenção secundária à saúde realiza também atividades de APS, podendo apresentar bom desempenho.

Nos municípios que possuem uma menor cobertura de equipe de saúde bucal na ESF, os CEO's poderiam ser transformados em equipamentos capazes de diminuir as barreiras ao acesso e à oferta de ações básicas, com revisão do critério de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas^{8,9,14}. Essa mudança de finalidade desvia a real função do propósito do CEO, sendo que o fortalecimento da APS teria um resultado prático mais concreto.

Entretanto, no estudo de Chaves et al.¹⁵, observa-se que os usuários com mais chances de finalizar o tratamento odontológico foram aqueles que residiam em cidades com cobertura de ESF igual ou maior que 50% (RP = 2,03, IC 95%: 1,33; 3,09) em relação àqueles que viviam em localidades com uma cobertura menor. No caso do acesso à atenção secundária à saúde, os usuários encaminhados pela APS tiveram 5,97 vezes mais chances de concluir o tratamento básico do que aqueles provenientes de livre demanda, pronto-socorro ou hospital (RP = 5,97, IC 95%: 3,47; 10,27). É recomendável uma revisão nos requisitos para implantação dos CEO's, sendo que as propostas do PNSB devem estar articuladas com a APS, de forma a efetivar a integralidade com a oferta de procedimentos, conforme as necessidades da população e a redução de entraves dos serviços odontológicos, com boa taxa de utilização pelos usuários.

Fica evidente a necessidade de revisão do critério "cobertura de ESF" como único requisito para implantação dos CEO's, a partir da utilização do SIA-SUS, devido à existência de muitos fatores que podem influenciar nos registros de procedimentos, não se configurando, muitas vezes, a realidade local¹⁹. Aliada a isso, há uma diferença entre a real oferta de procedimentos por especialidade e o que é preconizado em portarias oficiais, as quais se baseiam no tipo de CEO. Assim, é necessário conciliar a relação da oferta e da taxa de utilização dos serviços.

O desenvolvimento do atendimento integral da atenção secundária à saúde está relacionado com um efetivo trabalho realizado pela APS. A porta de entrada no SUS, por meio da ESF, apresenta dificuldades em garantir acesso adequado para o encaminhamento à atenção secundária à saúde. A implantação de CEO's em locais onde a APS não está estruturada expõe a atenção secundária à saúde a pressões da livre demanda e a realização de procedimentos típicos da APS²⁰.

Isso modifica a meta central do serviço, que é garantir a integralidade do atendimento da saúde bucal com a disponibilidade de procedimentos de maior complexidade e densidade tecnológica.

Chaves et al.¹⁵ destacaram o uso do serviço especializado para realizar procedimentos de atenção básica (14,9%). Esse resultado também foi encontrado em outros artigos^{7,21}, sendo que a atenção secundária realizava funções típicas da APS, como restauração dentária, limpeza e raspagem supragengival e alisamento corono-radicular, além do predomínio na APS de atendimentos curativos em detrimento a procedimentos preventivos.

A avaliação da natureza da interface entre a APS e a atenção secundária no sistema de saúde do Reino Unido revela que a taxa de utilização dos serviços secundários sofre influência do papel desempenhado pela APS, como porta de entrada do sistema de saúde, cuja função é filtrar e gerenciar as demandas inapropriadas²¹.

As taxas de encaminhamento por profissionais apresentam variações de acordo com as necessidades dos usuários e as habilidades técnicas dos mesmos, sendo que quanto maior a capacidade técnica do profissional da APS, maior a sua capacidade de diagnóstico e menor a taxa de encaminhamento. Fatores relacionados à localização do atendimento especializado influenciam a sua utilização e o acesso aos serviços. Já os fatores individuais do usuário – como problemas de comunicação, medo do tratamento, e baixa expectativa de resolubilidade – resultam nas diferenças nas taxas de encaminhamento entre profissionais. Entretanto, o excesso de confiança no profissional por parte do usuário também é um fator que influencia a taxa de encaminhamento a um profissional, de acordo com o procedimento previsto.

A partir da observação do panorama internacional, destacam-se as modificações nas configurações institucionais da APS e as reformas organizacionais que ocorreram em países europeus, na década de 1990. A assistência ambulatorial na APS era prestada com diversidade de arranjos institucionais, com diferentes mecanismos de financiamento, inúmeros profissionais e serviços clínicos oferecidos além da centralização na figura do médico da APS no sistema de saúde. Com as reformas da última década, aconteceram modificações na organização da atenção ambulatorial com aumento das funções clínicas, gerenciais e financeiras dos profissionais de atenção primária, o que evidencia uma transição com reestruturação das funções do clínico geral como vetor dos cuidados ao usuário²².

Nesses países que apresentam um sistema de saúde universal mais elaborado, a atenção secundária em odontologia efetiva-se por meio de programas de atendimento compartilhado entre especialidades e profissionais da rede básica²³, oferta de tratamentos especializados e pela criação de protocolos e planejamento de tratamento especializado aos usuários referenciados, onde o tratamento é realizado na APS após o contrarreferenciamento, sendo que a atenção secundária em odontologia atua como uma consultoria clínica^{24,25}.

Os municípios com IDH mais elevados apresentam um melhor desempenho dos CEO's⁹. Assim, quanto maiores as cidades, melhores são os resultados para incremento nos serviços da atenção secundária em saúde bucal, salvo no caso de municípios com menores coberturas das equipes de saúde bucal na ESF, onde o desempenho do CEO's foi maior. Percebe-se a necessidade de efetivar o cumprimento dos planos diretores de saúde, com reforço e fiscalização dos órgãos gestores estaduais e colegiados intermunicipais, e incentivo à criação de consórcios municipais, de forma que vários municípios tenham acesso à atenção secundária em saúde em odontologia, de forma regional^{8,9}.

A má distribuição dos CEO's entre as cinco regiões do Brasil, com uma desigualdade regional na implantação dos serviços, aliada à baixa oferta de serviços especializados, tem o potencial de prejudicar a formação de sistemas de referência e contrarreferência eficientes em saúde bucal na área de abrangência regional, com influência deletéria no perfil epidemiológico, comprometendo a integralidade dos níveis de atenção. Os municípios com uma maior densidade populacional e que apresentam uma cobertura insuficiente de ESB/PSF possuem uma demanda espontânea da APS para o CEO. Esse fato prejudica o relacionamento entre a atenção secundária à saúde e a APS, com um desvio da finalidade de atendimento especializado. Portanto, percebe-se a necessidade de ajustes quanto à demanda de oferta de especialidades do CEO que possibilitem acesso a procedimentos de todas as especialidades oferecidas^{15,16}.

O estudo realizado por Chaves et al.¹³, no qual se avaliaram as características de acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte, revela que a cobertura universal da ESF não assegura a superação de problemas de acessibilidade na APS, demonstrando problemas nesse nível de atenção. A consequência desse processo consiste na baixa utilização dos serviços odontológicos especializados, revelando que as

barreiras se encontram na APS e não na atenção secundária à saúde. Os autores recomendam mudanças na forma de marcação de consultas na APS, substituição de faltosos e eliminação de filas evitáveis, além da criação de um protocolo que garanta a continuidade e a longitudinalidade do cuidado nesse nível de atenção.

Outros artigos^{7,15} corroboram esses dados, ratificando que a falta de acesso à APS prejudica a integralidade entre os níveis de atenção. A dificuldade de acesso para ter o tratamento finalizado na APS gera o abandono por parte dos usuários, e tem como consequência a perda da qualidade e da efetividade do procedimento realizado e desperdícios de recursos. Isso pode culminar na perda do elemento dental no caso da endodontia e em complicações pós-operatórias, no caso da cirurgia²⁶.

Para se atingir a integralidade, deve haver uma cobertura da APS eficiente, de modo a permitir a interface (integração) e a utilização dos serviços de saúde bucal. Os fatores que estão relacionados à maior utilização dos serviços são a oferta destes associada às necessidades da população, à acessibilidade geográfica e organizacional^{3,15} e à presença de um profissional de saúde que faça o direcionamento do caso, principalmente nos serviços especializados. Dessa forma, a atribuição da responsabilidade do paciente a um profissional da APS potencializa o acesso do mesmo à atenção secundária à saúde, tornando-se uma referência no percurso pelo fluxo do cuidado¹⁵.

No Reino Unido, a partir da avaliação da qualidade do acesso de crianças ao tratamento odontológico básico, observou-se que existem desigualdades no acesso ao tratamento odontológico no sistema de saúde inglês. Crianças que vivem em bairros carentes têm menos acesso à consulta odontológica que aquelas que moram nos mais abastados. Fatores como a localização geográfica das unidades odontológicas, tipo de contratação de serviços e investimento do Estado em programas de redução de desigualdade interferem na dinâmica do acesso à saúde bucal²⁷.

Ao se analisar a interface entre a atenção secundária à saúde e a APS no sistema de saúde inglês para a odontologia, percebe-se a preocupação com o acesso aos serviços odontológicos e sua relação com a distância geográfica do usuário, devido à necessidade de várias visitas ao profissional. Além disso, há dificuldade também na regulação da linha de cuidado, uma vez que a atenção secundária à saúde e a APS são financiados de maneiras diferentes, trabalham com regras diferentes, e os cuidados são normalmente fornecidos em locais diferentes²⁸.

Ocorrem problemas também no contrarreferenciamento por especialistas no atendimento de volta para tratamento odontológico na APS após a finalização do tratamento especializado, na qualidade do referenciamento pela APS para a atenção secundária à saúde e com o não comparecimento do usuário à consulta na atenção secundária. Como soluções para essas dificuldades, sugerem-se a realização do cuidado especializado dentro de uma estrutura de atendimento primário, embora com ressalvas óbvias, como o não faturamento desses procedimentos em nível primário de assistência e o desvio da finalidade do atendimento²⁸.

Outra sugestão é o impacto da melhoria da qualidade do referenciamento da APS de acordo com o uso de guias em sistemas baseados no uso do papel ou de forma eletrônica. Da mesma forma, o uso de índices de avaliação da necessidade de tratamento cria critérios explícitos de aceitação de usuários que realmente necessitam de cuidados especializados, evitando o uso indevido dos serviços.

O potencial do direcionamento do caso é confirmado quando se compara o modelo tradicional com aquele embasado na ESF quanto ao acesso à atenção secundária em saúde, através do acesso ao tratamento endodôntico¹². O modelo pautado na ESF é mais efetivo quanto ao acesso, atendendo comunidades mais vulneráveis e com demandas reprimidas em saúde. A ESB deve ter a responsabilidade de criar e manter o vínculo entre a comunidade e os profissionais de saúde, garantindo, assim, a longitudinalidade do cuidado.

Os indicadores de desenvolvimento apresentaram maior significância estatística em cidades com baixa cobertura ESF ($p = 0,022$), enquanto que os indicadores de saúde têm mais força estatística em municípios com alta cobertura ESF. As condições socioeconômicas são favoráveis em municípios com alta cobertura de primeira consulta odontológica ($p = 0,030$). A comparação entre a cobertura da ESF e a de primeira consulta odontológica mostrou valores semelhantes entre cidades com baixa e alta cobertura ($10,72 \pm 2,00$ e $10,34 \pm 2,06$), respectivamente. No entanto, os municípios com menor cobertura da ESF apresentaram maior cobertura de primeira consulta odontológica¹⁷.

Com base no perfil do usuário da atenção secundária em odontologia no SUS, o sexo feminino é o que mais utiliza os serviços especializados em odontologia^{10,13,15,16}. A especialidade mais procurada é a endodontia, com diversidade de acessos para periodontia, cirurgia oral e prótese e o tempo

para agendamento variou aproximadamente de 15 a 30 dias. Apesar do encaminhamento pela APS, observa-se a existência de atendimento de demanda livre pela atenção secundária à saúde. Destaca-se também a dificuldade de contrarreferência do usuário para a finalização do tratamento. Os dados referentes a PNSB (SB 2003)²⁹ revelam uma maior utilização dos serviços odontológicos pelas mulheres e uma maior proporção de utilização de serviços odontológicos no último ano, de 34,8%, entre os adultos jovens (35-44 anos).

Considerações finais

Os artigos analisados mostraram que a articulação entre a atenção odontológica secundária e a APS possui fragilidades no âmbito do SUS. Entretanto, os estudos, em sua maioria, apresentam metodologias de abordagem descritiva, nas quais o nível de evidência não favorece a generalização dos resultados e a sistematização de evidências capazes de subsidiar mudanças práticas.

O grau de cobertura das ESB nos ESF, a implantação da APS de forma estruturada, o acesso a atenção secundária à saúde ou por encaminhamento pela APS ou proveniente de livre demanda, pronto-socorro ou hospital, o contrarreferen-

ciamento para APS, o IDH dos municípios e as desigualdades na distribuição dos CEO's pelas regiões do país são fatores que influenciam a integralidade do cuidado em saúde bucal no âmbito do SUS. Seus efeitos interferem no desempenho das atividades dos CEO's, devido à sobrecarga pelo uso indevido de serviços especializados, desvio da finalidade com a realização de procedimentos típicos da APS, baixa taxa de utilização dos serviços da atenção secundária à saúde e alta taxa de abandono para finalização do tratamento na APS devido à localização geográfica das unidades de saúde, oferta de serviços de acordo com a necessidade da população atendida e aspectos organizacionais do atendimento.

Os critérios de implantação dos CEO's devem ser revistos e modificados para melhor adequação às diferentes realidades em saúde, de forma articulada com a APS, associados com o perfil epidemiológico da população atendida e com bases nos indicadores sociais.

A partir da RSI realizada, infere-se que há necessidade de que novos ensaios e protocolos sejam produzidos, de forma a compreender e a operacionalizar o acesso aos diversos níveis de atenção em odontologia, com uma melhor interação da interface entre a APS e atenção secundária à saúde.

Colaboradores

HEC Silva trabalhou na pesquisa, elaboração e metodologia. LBD Gottens trabalhou na revisão e metodologia do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2004. [acessado 2014 maio 25]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
2. Brasil. Portaria nº 599/GM/MS de 23 de Março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar.
3. Vazquez FL, Guerra ML, Vitor ESA, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC, Pereira AC. Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em campinas, SP, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):245-255.
4. Gondim R, Graboys V, Mendes W, organizadores. *Qualificação de gestores do SUS*. 2ª ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2011. [acessado 2014 set 23]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/92174603/Livro-Qualificacao-de-gestores-do-SUS-EAD-ENSP>
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4):758-764.
6. Benefield LE. Implementing evidence-based practice in home care. *Home Healthc Nurse* 2003; 21(12):804-809.
7. Borghi GN, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Guerra LM, Bulgareli JV, Pereira AC. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. *RFO/UPF* 2013; 18(2):154-159.
8. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.):S81-S89.
9. Figueiredo N, Goes PS. Development of secondary dental care: a study on specialized dental clinics in Pernambuco State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2):259-267.
10. Saliba NR, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin, CAS. Organização da demanda de um centro de especialidades odontológicas. *Rev. Odontol. UNESP* 2013; 42(5):317-323.
11. Lino PA, Werneck MAF, Lucas SD, Nogueira MH, Abreu G. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(9):879-888.
12. Bulgareli JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC. Informações da atenção secundária em odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. *Rev. Odontol. UNESP* 2013; 42(4):229-236.
13. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, Cury PR. Characteristics of the access and utilization of public dental services in medium-sized cities. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3115-3124.
14. Cortellazzi KL, Balbino EC, Guerra LM, Vazquez FL, Bulgareli JV, Ambrosano GM, Pereira AC, Mialhe FL. Variables associated with the performance of centers for dental specialties in Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(4):978-988.
15. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Brazilian oral health policy: factors associated with comprehensiveness in health care. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6):1005-1013.
16. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(1):143-154.
17. Campos ACV, Borges CM, Vargas AM, Leles CR, Ferreira EF. Social and health indicators as a measure of access to primary healthcare in Brazil. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4349-4355.
18. Carmen Lavras. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc* 2011; 20(4):867-874.
19. Barros SG, Chaves SLA. Utilização do Sistema de informações Ambulatoriais (SIA-SUS) com instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saude* 2003; 12(1):41-51.
20. Brasil. Portaria nº 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 2010; 30 dez.
21. Morris AJ, Burke FJ. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *Br Dent J* 2001; 191(12):666-670.
22. Giovanella, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saude Publica* 2006; 22(5):951-63.
23. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ, Sharp D. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53(496):872-84.
24. Fairbrother KJ, Nohl FSA. Perceptions of general dental practitioners of a local secondary care service in restorative dentistry. *Br Dent J* 2000; 188(2):99-102.
25. Starfield B. Coordenação da atenção: juntando tudo. In: Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2004. p. 365-415.
26. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2753-2762.
27. Maunders P, Landes DP, Steen N. The equity of access to primary dental care for children in the North East of England. *Community dental health* 2006; 23(2):116-119.
28. Morris AJ, Burke FJ. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J* 2001; 191(12):660-664.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais*. Brasília-DF [acessado 2002 abr 10]. Disponível em: <http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/textocompleto/005164>.

Artigo apresentado em 27/07/2015

Aprovado em 20/01/2016

Versão final apresentada em 22/01/2016