



Carlos Eduardo da Costa Duarte

**Alternativas para a diminuição do aprazamento da Clínica de Endodontia da
Odontoclínica Central da Marinha**

Rio de Janeiro

2023

Carlos Eduardo da Costa Duarte

**Alternativas para a diminuição do aprazamento da Clínica de Endodontia da
Odontoclínica Central da Marinha**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Helena Seidl

Rio de Janeiro

2023

Refleta sobre as suas bênçãos presentes, as quais todo homem tem bastante; e não sobre os infortúnios passados, os quais todos homens têm alguns.

Charles Dickens

RESUMO

O tratamento endodôntico, chamado corriqueiramente de “tratamento de canal”, tem como objetivo o reestabelecimento da função do elemento dentário acometido por cárie, perda estrutura, trauma, indicação protética, e, por uma série de razões, à despeito dos avanços tecnológicos e científicos, ainda faz parte do rol dos procedimentos odontológicos mais realizados na prática clínica. No Sistema de Saúde da Marinha (SSM), o atendimento especializado de endodontia e o tratamento restaurador de elementos submetidos ao tratamento endodôntico, salvo poucas indicações, devem ser referenciados à Odontoclínica Central da Marinha (OCM). Neste contexto, a Clínica de Endodontia da OCM, tem a missão de executar, de acordo com as possibilidades de indicações referenciadas, 96 procedimentos por usuário. Já a atenção básica, fica responsável por 12 procedimentos endodônticos por usuário. Isto é, do total de procedimentos essenciais à prática endodôntica contemplados pelo SSM, 88,9% estão sob a responsabilidade da Clínica de Endodontia da OCM. A situação-problema destacada neste projeto é o longo aprazamento para a primeira consulta eletiva na Clínica de Endodontia, tendo como o descritor o aprazamento real médio da Clínica de Endodontia da OCM de 55 dias. Nesta condição, o tempo de espera, como visto no referencial teórico, pode influenciar negativamente a evolução do caso. Para o enfrentamento da situação-problema, este projeto propõe ações tendo como base a intervenção no tempo de espera. O objetivo geral deste trabalho é aperfeiçoar a sequência de atendimentos por oportunidade, integrando clínicas diferentes a fim de diminuir o aprazamento da Clínica de Endodontia da OCM. Como objetivo específico a expectativa é intervir na triagem e agendamento de casos eletivos que necessitem de tratamento endodôntico e/ou restaurador que possam receber alta clínica em um dia. Ao possibilitar ao usuário a utilização do mesmo período de espera em clínicas diferentes, há uma significativa diminuição das possíveis intercorrências causadas pelo tempo de exposição do elemento dentário não tratado definitivamente.

Palavras-chave: atenção secundária à saúde, endodontia, serviços de saúde bucal, fila de espera.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	6
1.1 – Objetivo geral e específico.....	8
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 – Saúde geral e o tratamento endodôntico.....	8
2.2 – O tratamento endodôntico e o tratamento restaurador.....	9
2.3 – O acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil, a oferta do tratamento endodôntico em nível secundário e a gestão do agendamento.....	12
3 – O PROJETO DE INTERVENÇÃO	16
3.1 – Descrição e análise da situação-problema.....	17
3.2 – Programação das ações.....	18
3.3 – Gestão do projeto.....	21
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
4.1 – Competências gerenciais importantes para o projeto de intervenção.....	23
4.2 – Desafios do projeto.....	24
5 – REFERÊNCIAS	25

1 – INTRODUÇÃO

O tratamento endodôntico, chamado corriqueiramente de “tratamento de canal”, tem como objetivo o reestabelecimento da função do elemento dentário acometido por cárie, perda estrutura, trauma, indicação protética, e , por uma série de razões, à despeito dos avanços tecnológicos e científicos, ainda faz parte do rol dos procedimentos odontológicos mais realizados na prática clínica. Desta forma, a demanda pelo tratamento endodôntico, e da especialidade endodontia, normalmente, acompanha a demanda do serviço de saúde que fornece o tratamento odontológico. Porém, a alta do tratamento endodôntico não denota alta clínica, já que todo elemento dentário submetido a este procedimento, obrigatoriamente, deverá ser restaurado. Assim, a demanda atendida na clínica de endodontia será, também, obrigatoriamente, distribuída às clínicas restauradoras.

No Sistema de Saúde da Marinha (SSM), o atendimento especializado de endodontia e o tratamento restaurador de elementos submetidos ao tratamento endodôntico, salvo poucas indicações, devem ser referenciados à Odontoclínica Central da Marinha (OCM), externamente pelas unidades da atenção primária e operativas e, internamente, por suas clínicas e serviços, de acordo com as publicações DGPM-401 (BRASIL, 2012) e DSM-2006 (BRASIL 2021). Não há fila de espera para agendamento, mas o aprazamento é medido pela quantidade de dias que o usuário deverá aguardar até a consulta agendada em cada clínica. Nesta dinâmica, e levando em consideração a sequência dos tratamentos, endodôntico e depois o restaurador, o aprazamento total para alta clínica de um elemento dentário é representado pela soma dos aprazamentos de, pelo menos, duas clínicas.

Após a realização do tratamento endodôntico, o elemento dentário não restaurado permanecerá frágil até o término do tratamento restaurador. Logo, quanto maior o tempo de espera, maior será a probabilidade de haver intercorrências, dentre elas, o próprio comprometimento do tratamento endodôntico já realizado. Caso ocorra, o paciente já atendido pela clínica de endodontia retorna com uma nova demanda de reintervenção endodôntica, seja no Pronto Atendimento (PA) seja em novo agendamento.

A situação-problema identificada que inspirou este Trabalho de Conclusão de Curso é o longo aprazamento para a primeira consulta eletiva na clínica de endodontia

da OCM. Uma vez indicado o tratamento endodôntico, o paciente terá um aprazamento médio de, aproximadamente, 55 dias para a primeira consulta, somando automaticamente este tempo ao tempo de espera para o inevitável tratamento restaurador. Assim, o tratamento executado exclusivamente na clínica de endodontia represa demandas, sobretudo, de três outras clínicas: dentística, prótese dentária e odontogeriatrics.

De acordo com uma publicação da American Association of Endodontists, 2002, o selamento coronário conferido pela restauração definitiva será um fator decisivo na manutenção do dente já tratado endodonticamente. Caso contrário, a possibilidade de recontaminação aumenta e a necessidade de um retratamento endodôntico também. E como a história natural da doença progride quando não tratada, neste caso, o elemento não tratado, as demandas represadas nestas outras clínicas também podem evoluir para a indicação do tratamento endodôntico antes não indicado. Em ambos os casos teremos o efeito da “porta giratória”, devolvendo o usuário ao SSM, aumentando assim o aprazamento.

Assim, é preciso desenvolver e aplicar ações que contribuam para a diminuição do aprazamento do atendimento especializado ofertado pela Clínica de Endodontia da OCM.

De acordo com SOUZA e CHAVEZ, 2010, a análise da oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal é fundamental para o planejamento das ações, de forma a adequá-los em seus aspectos organizacionais e geográficos, para que possam garantir a longitudinalidade e integralidade da assistência em saúde bucal. E a percepção desta integralidade está, em parte, associada à disponibilidade, entendida, como “a existência de um serviço específico de saúde ao alcance do potencial usuário, no momento certo e em local adequado”, de acordo com ESPOSTI et al. (p.03, 2019).

Avaliando a acessibilidade de pacientes à clínica de endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR), ZAITTER *et al.*, 2009, observaram uma significativa redução no total de inscritos para a referida especialidade nas unidades que sofreram intervenção na fila de espera e afirmam que, a intervenção na fila de espera deverá ser adotada como forma de conhecê-la, de buscar soluções e de dimensioná-la, condicionando-a a recursos para a redução do tempo de espera e intensificando seu controle a indicações de intervenção.

1.1 – Objetivo geral e específico

O objetivo geral deste trabalho é maximizar a integração entre diferentes clínicas a fim de diminuir o aprazamento da Clínica de Endodontia da OCM.

Como objetivos específicos a expectativa é intervir na triagem e agendamento dos pacientes, na interação multidisciplinar e no fluxo de casos eletivos que necessitem de tratamento endodôntico e/ou restaurador que possam receber alta clínica em um dia.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – Saúde geral e o tratamento endodôntico.

Em 1900, o médico William Hunter associou pela primeira vez doenças sistêmicas à infecção de origem endodôntica, teorizando que microorganismos presentes na cavidade oral poderiam disseminar pelo corpo (HUNTER, 1900). Esta teoria, posteriormente nomeada Teoria da Infecção Focal, foi relacionada por diversos autores a doenças cardíacas, reumáticas, septicemias e meningites (MURRAY & SAUNDERS, 2000).

A periodontite apical, provocada por uma infecção de origem endodôntica, não é apenas um fenômeno local. Na sua fase aguda, a propagação da infecção e do processo inflamatório para compartimentos teciduais próximos é possível e pode resultar em condições inflamatórias fatais graves, mas felizmente raras. Numerosos estudos epidemiológicos sugeriram a associação entre periodontite apical ou tratamento de canal radicular e condições sistêmicas, como diabetes, tabagismo, doença coronariana, baixa densidade mineral óssea em mulheres na pós-menopausa, doença inflamatória intestinal, doença hepática crônica e distúrbios hereditários de coagulação (JUAN, EGEA & MARTIN-GONZALES, 2022).

A importância do tratamento endodôntico vai além das expectativas e das indicações clínicas em si. Há um impacto na qualidade de vida dos pacientes (DUGAS et al., 2002).

2.2 – O tratamento endodôntico e o tratamento restaurador.

Todo elemento dentário submetido ao tratamento endodôntico, obrigatoriamente, deve ser submetido ao tratamento restaurador. Entretanto, estes procedimentos, na OCM, são realizados em clínicas diferentes e há um tempo de espera entre uma coisa e outra.

Um estudo randomizado demonstrou que tal tempo de espera influencia na manutenção do elemento dentário e concluiu que o tratamento restaurador definitivo não deve ser adiado devido ao impacto negativo na sobrevivência dos elementos tratados endodonticamente (SADAF, 2020)

Se a colocação definitiva da restauração for adiada e o paciente exercer forças excessivas sobre o dente ou sofrer trauma direto, o dente pode fraturar. Em muitos casos, a decisão deve ser tomada sobre a consolidação óssea completa versus a probabilidade de fratura da coroa. Além disso, a maioria dos estudos mostra que as restaurações totais são um fator principal na determinação do sucesso a longo prazo da terapia endodôntica (IKRAN & FROUM, 2023).

Dentes tratados endodonticamente são propensos à extração principalmente por fraturas radiculares verticais e por motivos protéticos, como falha na restauração ou fratura de restaurações coronárias. É do interesse do paciente colocar a restauração coronária definitiva o mais rápido possível após a conclusão do tratamento endodôntico (AHMAD & SADAF, 2018).

O melhor período para realizar a restauração de dentes tratados endodonticamente é um assunto bastante controverso, principalmente aqueles que apresentam lesão periapical. Portanto, nesses casos, o tratamento restaurador pode ser realizado imediatamente após o término do tratamento endodôntico ou após determinado período de tempo para aguardar a regressão das lesões periapicais. Estudos que avaliaram a influência do tempo nas restaurações definitivas de dentes tratados endodonticamente mostraram que o prognóstico de dentes com restaurações permanentes (restaurações diretas de amálgama ou resina composta e restaurações indiretas com ou sem pino intrarradicular e núcleo) colocadas imediatamente após o término do tratamento endodôntico foi melhor do que receber restaurações provisórias (cimentos de óxido de zinco e eugenol e cimentos à base de gesso). A literatura também relata que a microinfiltração marginal de dentes com restaurações temporárias é maior do que dentes com restaurações definitivas, sugerindo que a restauração

definitiva deve ser realizada o mais rápido possível após a conclusão da terapia endodôntica (GONZAGA, CAMPOS & BARATTO-FILHO, 2011).

Estudos *in vitro* demonstram uma relação direta entre o tempo de infiltração coronária e a reinfecção completa do canal radicular tratado. Assim, o tratamento restaurador deve ser realizado por oportunidade, preferencialmente logo após o tratamento endodôntico. Adiar a restauração de um dente tratado endodonticamente pode comprometer o resultado do tratamento (AAE, 2002).

Materiais restauradores temporários utilizados entre as sessões do término do tratamento endodôntico e o tratamento restaurador são manipulados em quantidades menores e devem manter sua resistência em pequenas quantidades. A capacidade de selamento pode ser afetada pela deformação desse material sob carregamento cíclico e pela capacidade do material de resistir à ruptura marginal e/ou infiltração. Assim, a restauração definitiva deve ser colocada o mais rápido possível após a conclusão do tratamento de canal (ELIYAS, JALILI & MARTIN, 2015).

Dentes tratados endodonticamente podem ser perdidos devido à doença endodôntica pós-tratamento, cárie não restaurável, falha restauradora, fratura irrecuperável de cúspide ou coroa, fratura vertical de raiz, doença periodontal ou outras causas menos comuns. Embora grande parte da pesquisa relacionada ao fracasso pós-tratamento de dentes obturados se concentre nos fatores que levam à persistência e ao surgimento da doença endodôntica, numerosos estudos demonstraram claramente que as complicações restauradoras são a razão mais comum para a extração de dentes (BHUVA *et al.*, 2020).

Um dos princípios para o sucesso do tratamento endodôntico é a prevenção de microorganismos e toxinas da flora oral que penetram através do sistema de canais radiculares nos tecidos periapicais. Isto é conseguido, obturando completamente o sistema de canais radiculares, incluindo as extremidades coronal e apical. Sabe-se que a obturação inadequada do sistema de canais radiculares é a causa mais frequente de falha após o tratamento endodôntico. Porém, vários estudos indicam que a infiltração, seja na direção coronal ou apical, afeta negativamente o sucesso do tratamento do canal radicular. A importância do selamento coronal tem sido cada vez mais reconhecida na literatura odontológica e, mais recentemente, tem sido sugerido que a infiltração apical pode não ser o fator mais importante que leva ao fracasso do tratamento endodôntico (SRITHARAN, 2010).

A restauração é essencial após a conclusão da obturação dos canais radiculares, pois impediria a entrada de quaisquer microorganismos presentes na cavidade oral. A infiltração coronária deve ser considerada como um fator potencial que resultará em falha do tratamento endodôntico. Um selamento impermeável na área coronária é vital para um prognóstico bem-sucedido do tratamento endodôntico e a taxa de sucesso agrupada para dentes que recebem restaurações satisfatórias são maiores do que aqueles dentes que têm restaurações de baixa qualidade (TABASSUM & KHAN, 2016).

Dependendo do tempo em que as bactérias entraram no canal radicular, a infecção intrarradicular pode ser persistente ou secundária. A infecção persistente é causada por bactérias presentes no momento do primeiro tratamento, que não foram eliminadas ou controladas com sucesso. A infecção secundária é causada por bactérias não presentes no canal antes do tratamento, mas introduzidas no canal após uma violação das condições assépticas durante o tratamento ou uma falha no selamento coronário após conclusão do tratamento. Um bom exemplo é a doença emergente, como aquela que se desenvolve em dentes que eram vitais no momento do tratamento, mas que desenvolveram uma lesão de periodontite apical no período seguinte à conclusão do tratamento. Estudos transversais indicam que o melhor resultado é alcançado em dentes com obturações adequadas do canal radicular associadas a restaurações coronárias adequadas. É aconselhável tratar o dente como um continuum, colocando uma restauração coronária permanente bem adaptada o mais rápido possível após terminar o tratamento de canal radicular (SIQUEIRA JR *et al.*, 2014).

A integralidade dos serviços ofertados ainda é um desafio para o sistema público de saúde. No caso dos dentes tratados endodonticamente, eles só terão sua função efetivamente reestabelecida na cavidade bucal quando o tratamento restaurador for finalizado. Assim, o desfecho favorável dos dentes tratados endodonticamente acontece quando esse volta a fazer parte da oclusão do paciente, tendo a sua função mastigatória restabelecida. Para que isso ocorra é necessário que a restauração definitiva seja realizada em um menor tempo possível, para que se consiga preservar os elementos dentais (MAGALHÃES *et al.*, 2019).

2.3 – O acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil, a oferta do tratamento endodôntico em nível secundário e a gestão do agendamento.

No contexto de crise econômica, social e política em que se encontra o Brasil, não há dúvidas de que são enormes os desafios da luta pelo direito à saúde no país. Para enfrentá-los, é preciso analisar criteriosamente a história, o momento presente e as tendências que se anunciam. Esse esforço analítico deve ser empreendido em debates públicos e diversificados, que enriqueçam a participação social e a compreensão da realidade, de modo a produzir acordos e consensos que contribuam para mobilização e atuação estratégica das forças sociais comprometidas com a defesa da saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA *et al.*, 2019).

O acesso aos serviços de saúde trata-se de um tema amplo e que abrange diversas dimensões, como disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. É determinado por fatores políticos, econômicos, sociais, organizacionais, técnicos e simbólicos. A garantia do direito à saúde e dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, que doutrinam o SUS brasileiro, dependerá do acesso que os usuários têm aos serviços de saúde e de recursos. Portanto, para a interpretação da expressão “acesso universal e igualitário”, esse deverá ser assegurado tanto na assistência preventiva e curativa para todos, de modo que não existam privilégios ou discriminação, não se permitindo instituir políticas públicas baseadas na hipossuficiência, visto que o Estado deve garantir a saúde à população. Não obstante, é preciso ofertar ações de forma integral à população adscrita, de acordo com as necessidades de cada um e da coletividade, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. O foco ainda é biomédico e com ações intramuros (CHAVÉZ *et al.*, 2020).

O acesso ao tratamento odontológico no Brasil é desigual, menos frequente entre pessoas com menor escolaridade e renda e que residem em áreas rurais. Uma das hipóteses para justificar esse resultado diz respeito a não consolidação dos serviços odontológicos no país, sendo que essa implantação ocorreu apenas há 20 anos, ainda que a expansão da saúde bucal na atenção primária à saúde tenha sido importante desde a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal. Outra hipótese que justifica esse achado são as evidentes desigualdades sociais e regionais no uso dos serviços odontológicos. As barreiras na utilização deles são um exemplo de tais desigualdades, mesmo quando consideradas as condições individuais de vulnerabilidade social (TEIXEIRA *et al.*, 2023).

No setor de saúde bucal coletiva, inúmeros estudos têm versado sobre a associação entre agravos bucais de saúde e condição social. Estudos realizados individualmente demonstram que os fatores de risco sociais, como: baixa escolaridade materna e baixa renda familiar constituem fatores predisponentes ao desenvolvimento da cárie dentária e de outras doenças. Em estudos ecológicos esta relação também está presente e agravos bucais têm influência de desigualdades sociodemográficas e geográficas, sugerindo a ocorrência de iniquidades em saúde bucal. As iniquidades têm repercussão também no acesso e na utilização dos serviços de saúde, que são observadas em estudos internacionais e em nosso país (SPEZZIA, CARVALHEIRO & TRINDADE, 2015).

Estudos evidenciam que os serviços de saúde não são os principais determinantes no processo saúde-doença, porém a existência de serviços e a garantia de acesso da população a eles podem determinar algum impacto na saúde da população. Isso é válido na saúde geral e também exerce influência na saúde bucal. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) podem ser exemplos de serviços que promovam a prevenção secundária e terciária da atenção em saúde, por meio de ações de diagnóstico precoce e tratamento imediato, além de limitação do dano e reabilitação de casos, gerando melhores condições de saúde (GOES *et al.*, 2012).

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) definiu as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal com ações de promoção, proteção e recuperação de saúde. Nesta política, previu-se a criação dos CEO e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), visando a construção da rede de atenção à saúde bucal. O CEO funciona como referência, nas atividades de média complexidade (atenção secundária), ofertando inicialmente as especialidades de periodontia, endodontia, cuidados de pacientes com necessidades especiais, estomatologia com ênfase no diagnóstico de câncer bucal e cirurgia oral menor. Posteriormente foram incluídas as especialidades de ortodontia/ortopedia e a implantodontia (MAGALHÃES *et al.*, 2019).

O atendimento especializado em endodontia faz parte da atenção secundária e é realizado nos CEO. A principal queixa é a dor aguda, edema decorrente de uma cárie extensa que atinge a polpa. O tratamento endodôntico tem o objetivo de sanificar, modelar e obturar os canais radiculares, dessa forma, retira-se o foco de inflamação e infecção, promovendo a desinfecção e a medicação intracanal, e posterior obturação. O sucesso da endodontia, em casos como necrose pulpar e lesão perirradicular, depende de um bom preparo químico-mecânico e selamento tridimensional. A

contaminação causada pelos microrganismos no canal radicular, quando demorada para o atendimento especializado, é propícia para o desenvolvimento de abscessos (ROSA, 2021).

Assim, reduzir os tempos de espera pelos cuidados de saúde é um dos principais desafios dos gestores e formuladores de políticas públicas no Brasil. Mesmo que a maioria das necessidades em saúde possa ser satisfatoriamente resolvida pela equipe da atenção primária, são necessários aparatos especializados para garantir a continuidade do cuidado para efetivar o princípio da integralidade no nível de atenção secundária. Além disso, torna-se um desafio sobretudo para um sistema de políticas universais, tanto em sua capacidade de responder às demandas e necessidades atuais quanto na sua necessária sustentabilidade no futuro (FARIAS *et al.*, 2019)

As filas são processos rotineiros e causam insatisfação do usuário. O custo para a manutenção das filas é alto e podem causar absenteísmo do usuário, devido a demora, reincidência dos episódios de agudização e conseqüentemente, prejuízos para a saúde geral do usuário (SILVA; MORITZ & PEREIRA, 2013).

Devido a grande demanda por parte das unidades básicas de saúde e a pequena quantidade de oferta da atenção secundária há a formação de longas filas de espera. O gerenciamento desta fila tanto por parte da atenção primária como da atenção secundária se faz necessário e é de suma importância para o controle desta fila. Aos centros de especialidade caberia o controle das agendas, aumentar a resolubilidade, e gerir a fila, produzindo indicadores para que se possa adotar medidas mais resolutivas para a diminuição deste fila de espera (MOLETTA, 2016).

Ao se tratar de endodontia o ponto negativo de destaque é a demora para o atendimento, que pode durar meses. É de extrema importância ser avaliado esse tempo para que o indicador de qualidade aumente, de modo comparativo a outros centros e a outras especialidades. Outro fator que pode influenciar o tempo de espera é que o tratamento endodôntico geralmente não é realizado na atenção primária, além de ter alto custo nos serviços particulares (ALBERTON *et al.*, 2021).

Conforme estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS, a Regulação da Atenção está relacionada à execução das ações que definem, articulam e pactuam referências e contrarreferências nos diferentes níveis da atenção à saúde, que elaboram o planejamento e a programação das ações de saúde, inclusive as que complementam a oferta dos serviços públicos, dentre outras. A Regulação do Acesso, por sua vez, em articulação com as ações executadas na Atenção Primária e na

Atenção Especializada deve focar, quando exercida, a busca pela melhor opção assistencial a ser direcionada em tempo oportuno, ao usuário. Para que ocorra o acesso equitativo aos serviços de saúde, a inserção do usuário na fila não deve ser somente por ordem de solicitação, e nem tampouco de forma aleatória. A organização da fila de espera é essencial para o adequado gerenciamento, e deve ser baseada em critérios técnicos/científicos, realizada por tipo de procedimento, por nível de atenção à saúde, por região ou território e como única forma de acesso ao recurso assistencial solicitado. Assim, a fila de espera se torna relevante instrumento gerencial para auxiliar o gestor na aplicação dos recursos assistenciais disponíveis com qualidade e equidade (BRASIL, 2022).

É difícil quantificar exatamente o tempo que o usuário deve permanecer na fila de espera aguardando agendamento da consulta com o especialista. Em linhas gerais, quanto antes ele for atendido, maior será sua satisfação e menores serão as possibilidades de complicações clínicas decorrentes do seu processo de adoecimento. A intervenção na fila de espera se faz necessária como uma alternativa determinante para sua redução e a priorização do atendimento pode reduzir a fila de espera. A ordenação por necessidade clínica dos pacientes que aguardam um determinado atendimento, contribui para uma maior equidade ao acesso e à satisfação do usuário (ZAITTER, 2009).

É claro que o excesso da demanda tem custos sociais e que as estimativas da espera ajudam na compreensão da magnitude de ambos (do excedente e dos seus custos), mas não se sabe até que ponto o racionamento não determinado pelo preço é confiável como mecanismo de ajuste do mercado quando sinalizado pelas listas de espera. Pode haver um ponto a partir do qual maiores tempos de espera aumentariam os custos, devido aos custos de gerenciamento da própria fila de espera (BARBOSA, 2018).

As estratégias para enfrentamento das listas coincidem com esse elenco de problemas. Para aumento da oferta, são medidas frequentes: ampliação de leitos públicos, do quantitativo de especialistas e a compra de serviços ao setor privado. Medidas para aumento da produtividade do setor público incluem financiamento de atividades extras e remuneração por desempenho de médicos e hospitais, com bônus e sanções acoplados às metas de produção e/ou redução de tempos. Outras iniciativas buscam tornar mais eficiente o uso da capacidade instalada, pois, às vezes, esperas e atrasos relacionam-se mais aos problemas organizacionais do que à falta de recursos.

Juntar listas, definir trajetórias para pacientes, maximizar o uso dos recursos humanos, cirurgias/dia, melhorar o sistema de agendamento dos centros cirúrgicos com comitês de gestão são algumas das medidas citadas (CONILL; GIOVANELLA & ALMEIDA, 2011).

3 – O PROJETO DE INTERVENÇÃO

Dentro do SSM, a única clínica que realiza atendimento especializado para tratamentos endodônticos é a Clínica de Endodontia da OCM. A Clínica de Endodontia está subordinada à Divisão de Clínicas e esta ao Departamento Odontológico da OCM. A cada mês, uma média de 900 pacientes são atendidos entre consultas agendadas e atendimentos no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) da Clínica de Endodontia.

A equipe é composta por 19 membros, incluindo 14 Cirurgiões-Dentistas (CD) e 5 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB). Do total, apenas um CD é Servidor Civil (SC). Todos os outros membros são militares e todos os CD são especialistas em endodontia.

De acordo com a publicação DGPM-401, que versa sobre Normas para Assistência Médico-Hospitalar, o eixo de Atenção Especializada consiste no atendimento à parcela de usuários com tratamento indicado que exige atendimento tecnicamente complexo, necessitando de pessoal especializado para a consecução das ações. Estabelece ainda que a unidade da Atenção Especializada no atendimento odontológico deve prover tratamento endodôntico em dentes multirradiculares, clareamento em dentes desvitalizados, remoção de retentores intrarradiculares e retratamentos endodônticos (BRASIL, 2012).

Neste contexto, a Clínica de Endodontia da OCM, responsável pela atenção especializada, tem a missão de executar, de acordo com as possibilidades de indicações referenciadas, 96 procedimentos por usuário. Já a atenção básica, fica responsável por 12 procedimentos endodônticos por usuário. Isto é, do total de procedimentos essenciais à prática endodôntica contemplados pelo SSM, 88,9% estão sob a responsabilidade da Clínica de Endodontia da OCM.

O percentual acima descrito está de acordo com a especificidade do tratamento, mas há uma clara discrepância entre oferta e demanda. A área do Comando do

Primeiro Distrito Naval, área de responsabilidade da OCM, possui a maior concentração de usuários do SSM, cerca de 201 mil.

3.1 – Descrição e análise da situação-problema

A situação-problema destacada neste projeto é o longo aprazamento para a primeira consulta eletiva na Clínica de Endodontia, tendo como o descritor o aprazamento real médio da Clínica de Endodontia da OCM de 55 dias. Nesta condição, o tempo de espera, como visto no referencial teórico, pode influenciar negativamente a evolução do caso.

Dentre as possibilidades de impacto negativo, o retorno do usuário ao SSM e, especificamente na Clínica de Endodontia, aumenta a demanda numa oferta contínua. Assim, o aumento do tempo de espera e as repercussões no aprazamento da clínica são inevitáveis.

O presente trabalho elencou as possíveis causas para a situação-problema trabalhada:

- Alta demanda para tratamento endodôntico dos usuários do SSM;
- Diluição dos especialistas em endodontia em Organizações Militares com pouca capacidade de atendimento e/ou com atribuições de atendimento reduzidas pelas Normas DGPM-401 e DSM-2006;
- Desvio de funções dos especialistas em atividades administrativas;
- Quantidade de especialistas em endodontia na atenção especializada incompatível com a demanda;
- Erros cometidos na referência e contrarreferência;
- Erros cometidos na triagem e no agendamento dos pacientes na atenção especializada;
- Ausência de linhas de cuidados que encurtem o caminho a ser percorrido pelo usuário;

- Pouca interação multidisciplinar para dirimir dúvidas e divergências no plano de tratamento;
- Pouca abrangência do Serviço de Prevenção;
- Pouca participação do usuário e dos especialistas a tomada de decisões.

Dentre elas, as causas críticas são:

- Ausência de linhas de cuidados que encurtem o caminho a ser percorrido pelo usuário;
- Pouca interação multidisciplinar para dirimir dúvidas e divergências no plano de tratamento.

3.2 – Programação das ações

Para o enfrentamento da situação-problema, este projeto propõe ações nas causas críticas destacadas, tendo como base a intervenção no tempo de espera. Ao possibilitar ao usuário a utilização do mesmo período de espera em clínicas diferentes, há uma significativa diminuição das possíveis intercorrências causadas pelo tempo de exposição do elemento dentário não tratado definitivamente.

A concepção de uma linha de cuidado que contemple um caminho contínuo de tratamento, desde do tratamento endodôntico até a última indicação restauradora, traz possibilidades reais de diminuição do tempo de espera, bem como aumento da resolutividade e da satisfação do usuário.

Entretanto, este não é um desafio somente ancorado no atendimento propriamente dito, mas também nas relações pessoais estabelecidas entre o paciente e os profissionais envolvidos. Estes, sobretudo, devem interagir para o desenvolvimento de uma nova cultura organizacional.

Matriz de Programação das Ações:

Situação-problema:	Longo aprazamento para a primeira consulta eletiva na Clínica de Endodontia
Descritor:	O aprazamento real médio da Clínica de Endodontia da Odontoclínica Central da Marinha é de 55 dias.
Indicador:	Porcentagem da diminuição do aprazamento real médio da Clínica de Endodontia a cada 3 meses, obtida pela diferença entre o número original e o número novo, dividido pelo número original e multiplicado por 100. Fonte de verificação: Mapa digital de produção mensal da Clínica de Endodontia preenchido diariamente pelo chefe da clínica.
Meta:	Diminuir 25% o aprazamento da primeira consulta eletiva disponibilizada pela Clínica de Endodontia em 6 meses.
Resultado esperado:	Reduzir o tempo de espera para a primeira consulta eletiva na Clínica de Endodontia.

Causa crítica 1: Ausência de linhas de cuidados que encurtem o caminho a ser percorrido pelo usuário.

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Elaborar proposta para o encaminhamento interclínicas na Odontoclínica Central da Marinha para a alta clínica em 1 dia de casos eletivos.	Cognitivo e organizativo.	Proposta elaborada.	14/10/2023	CC (CD) Carlos Eduardo
Realizar reunião com a chefia da Clínica de Endodontia	Cognitivo e organizativo.	Reunião realizada.	19/10/2023	CC (CD) Carlos Eduardo
Realizar reunião com a chefia dos Serviços do Departamento	Cognitivo e organizativo.	Reunião realizada.	21/10/2023	CC (CD) Carlos Eduardo

Odontológico				
Realizar reunião com a chefia das Clínicas do Departamento Odontológico	Cognitivo e organizativo.	Reunião realizada.	21/10/2023	CC (CD) Carlos Eduardo
Realizar reunião com a Direção	Cognitivo e organizativo.	Reunião realizada.	28/10/2023	CC (CD) Carlos Eduardo

Causa crítica 2: Pouca interação multidisciplinar para dirimir dúvidas e divergências no plano de tratamento.

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Realizar reunião com a chefia da Clínica de Semiologia	Cognitivo e organizativo.	Reunião realizada.	24/10/2023	CC (CD) Carlos Eduardo
Realizar reunião com a chefia da Clínica de Dentística	Cognitivo e organizativo.	Reunião realizada.	28/10/2023	CC (CD) Carlos Eduardo
Realizar reunião com a chefia da Clínica de Prótese	Cognitivo e organizativo.	Reunião realizada.	01/11/2023	CC (CD) Carlos Eduardo

3.3 – Gestão do projeto

A gestão deste projeto de intervenção visa a aplicação das ações na prática de encaminhamento interclínicas na OCM. Esta interação deve nortear toda dinâmica do projeto, desde a entrada do usuário até o objetivo proposto.

Como a proposta do projeto, como veremos a seguir, prevê múltiplas intervenções no mesmo dia, com um tempo mínimo de atendimento de 3 horas, haverá envolvimento das clínicas de Endodontia, Dentística e Prótese Dentária. Como o “tempo de cadeira” é alto, incompatível com o atendimento ao idoso, a Clínica de Odontogeriatrics, neste momento, não foi incluída.

Atualmente, o usuário chega à Clínica de Endodontia por dois caminhos. Ou ingressa pela emergência, sendo atendido pelo SPA, ou é referenciado à OCM pela

Atenção Básica ou Operativa. Nas duas situações o caso será avaliado e, permanecendo a indicação para tratamento endodôntico, haverá um agendamento de acordo com o aprazamento da clínica de, aproximadamente, 55 dias. Após a realização do tratamento endodôntico, o paciente será obrigatoriamente encaminhado às clínicas restauradoras. Dentre as possibilidades, não havendo nenhuma indicação cirúrgica pré-protética, o paciente será atendido por uma ou duas clínicas restauradoras. Assim, levando em consideração que os aprazamentos destas clínicas se equivalem, para tratar apenas 1 elemento dentário o paciente pode aguardar por um período de quase 6 meses.

A cinemática do exposto acima é a seguinte:

Na primeira situação o usuário procura diretamente a OCM e a Clínica de Endodontia por indicação interclínicas, fratura do elemento dentário, trauma, perda de curativo entre consultas e, mais comumente, por dor. Nesta condição, o paciente será atendido, avaliado e, havendo indicação, será agendado para tratamento endodôntico do ponto algógeno, o elemento dentário associado à demanda. Após o período do aprazamento, finalizado o tratamento endodôntico, este paciente será encaminhado para a Clínica de Dentística para confecção de núcleo de preenchimento com ou sem retentor intrarradicular, e desta para a Clínica de Prótese Dentária para a confecção de uma restauração indireta, caso haja indicação. Outra possibilidade, no caso de haver pouca estrutura dentária, o paciente poderá ser encaminhado da Clínica de Endodontia diretamente para a Clínica de Prótese Dentária.

Na segunda situação o paciente chega à OCM referenciado de alguma Unidade da Atenção Básica ou Operativa, passa pela Clínica de Semiologia e de lá será encaminhado à Clínica de Endodontia. As causas, indicações e fluxo são os mesmos descritos acima.

Vale salientar que, uma vez indicado o tratamento endodôntico, a alta clínica do elemento dentário seguirá o mesmo fluxo. Começando na Clínica de Endodontia, terminando em alguma clínica restauradora. Todo elemento tratado na Clínica de Endodontia sempre será restaurado na OCM. A partir deste momento o usuário não retorna para a Atenção Básica ou Operativa.

No modelo atual, cada clínica trabalha sozinha, realizando o procedimento que lhe cabe sem interação alguma além do encaminhamento. Não há comunicação ou acompanhamento da evolução do caso. O usuário segue o fluxo de acordo com a relação demanda/oferta de cada setor.

A gestão deste presente projeto propõe a mudança deste paradigma. Muitos casos podem receber o tratamento endodôntico e restaurador no mesmo dia, de forma sequenciada. Há contra-indicações também, como casos agudos, crônicos com drenagem de exsudato ou que necessitem de mais de uma intervenção pela Clínica de Endodontia. Mas os outros, deixam de ser priorizados. O gerenciamento da fila, do agendamento, nesta situação, é primordial como meio de redução do tempo de espera, à despeito de outros benefícios já mencionados no referencial teórico.

O tempo de atendimento reservado para uma consulta endodôntica é de 2 horas. Para uma consulta restauradora o tempo médio é de 1 hora. Na Clínica de Endodontia os atendimentos são realizados em horários diários pré estabelecidos, quais sejam: 7 horas, 9 horas, 11 horas, 12 horas, 14 horas e 16 horas. Há uma oferta de 6 consultas por especialista, excetuando aqueles que estão escalados para o SPA. Nas clínicas restauradoras a oferta é maior, de acordo com o tempo de atendimento. Entretanto, não há impedimentos para que a clínica restauradora planeje um atendimento sequenciado ao tratamento endodôntico. Basta haver interação entre as clínicas.

Já definido nas reuniões realizadas, em cada clínica, um CD será escalado dois turnos na semana e ficará encarregado pelos atendimentos dos pacientes selecionados pelo projeto. Primeiramente, seja por encaminhamento interno ou externo, o paciente será avaliado pela Clínica de Endodontia e, não havendo contra-indicações e de acordo com proposta de tratamento em 1 dia, será marcado nesta agenda específica. A partir deste momento, dá-se início a interação entre as clínicas. Cada caso será avaliado conjuntamente e o tipo de tratamento restaurador será definido. Desta forma, o fluxo se estabelece e já haverá o ordenamento dos procedimentos a serem realizados, concretizando a segunda interação interclínicas. Por exemplo, o paciente que estiver agendado na Clínica de Endodontia às 7 horas será atendido às 9 horas pela Clínica de Dentística, com a possibilidade de um terceiro atendimento na Clínica de Prótese Dentária, todos sequenciados.

O acompanhamento dos resultados alcançados é fundamental para reiterar ou retificar as mudanças estabelecidas. Não há gestão sem meta e sem verificação dos resultados. O que se espera é que haja diminuição de 25% no aprazamento da primeira consulta eletiva disponibilizada pela Clínica de Endodontia em 6 meses. Para tal, os indicadores serão mensurados a partir da porcentagem da diminuição do aprazamento real médio da Clínica de Endodontia a cada 3 meses, obtida pela

diferença entre o número original e o número novo, dividido pelo número original e multiplicado por 100. A fonte de verificação será o mapa digital de produção mensal da Clínica de Endodontia preenchido diariamente pelo chefe da clínica.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.1 – Competências gerenciais importantes para o projeto de intervenção

O alinhamento de competências transversais de gestão ao objetivo do projeto deve valorizar os conceitos e as ferramentas atuais de gestão, invertendo a lógica, a racionalidade e a centralização definidas no início do século XX como meios da máxima precisão. Neste contexto, as relações de trabalho e suas implicações são fundamentais para a gestão do trabalho em saúde. Significa o estabelecimento de uma nova postura gerencial focada no gerenciamento de interações.

O pilar deste projeto se baseia nas interações interclínicas. Estas, alinhadas estrategicamente, devem produzir o cuidado por atos, efeitos e objetos, representados, respectivamente, pela triagem, pela indicação clínica e pelo tratamento realizado. Porém, além do alinhamento estratégico, há que se investir na gestão da mudança e da mobilização da força humana.

4.2 – Desafios do projeto

Atualmente, o paciente que necessita de um tratamento dentário é avaliado separadamente nas clínicas competentes, isto é, após passar pela triagem no Serviço de Semiologia da OCM, será encaminhado de acordo com a primeira indicação clínica de cada elemento dentário. Por exemplo, se um paciente necessita de um tratamento de canal, será encaminhado apenas para a Clínica de Endodontia. Porém, todo elemento dentário submetido a tratamento endodôntico, obrigatoriamente, necessita de um tratamento restaurador. No modelo atual, para tratar o mesmo dente, o paciente deverá entrar em duas filas de espera: uma na clínica de Endodontia, para o tratamento de canal, e só quando este estiver concluído, será encaminhado para outra fila de espera em uma clínica restauradora. Este considerável aumento do tempo de tratamento expõe o elemento dentário a vários riscos e, não raramente, por causa

disso, novas intervenções são indicadas para procedimentos não indicados anteriormente ou retrabalhos. Assim, com o efeito da “porta giratória”, o paciente retorna ao SSM.

O projeto de intervenção proposto tem como objetivos a triagem e agendamento dos pacientes, o aumento da interação multidisciplinar e estabelecer um fluxo de casos eletivos que necessitem de tratamento endodôntico e/ou restaurador que possam receber alta clínica em um dia, a fim de diminuir o aprazamento da Clínica de Endodontia da OCM. Para tal, atos, efeitos e objetos devem estar alinhados.

A organização dos serviços, a redução do tempo de espera, o aumento da resolutividade dos problemas de saúde e a melhoria da vida das pessoas devem estar vinculados ao alinhamento do desempenho humano ao organizacional. Entretanto, é preciso entender que o desafio da gestão neste sentido, inevitavelmente, passa pela mudança e que tal mudança não pode ser vista como um fenômeno pontual e isolado. Uma cultura organizacional permeável à mudança permite um ciclo constante de realimentação cumulativo entre inovação e uso e a melhor maneira de assimilar a mudança é com a participação de todos.

Para possibilitar ao paciente o tratamento restaurador no mesmo dia do tratamento endodôntico, clínicas diferentes, com concepções diferentes, produtos de saúde diferentes e tempos de atendimentos diferentes deverão interagir. Desta forma, conflitos devem ser mediados, laços de confiança devem ser estabelecidos e, assim, haverá uma mobilização da força humana que gere sinergia.

O abandono do sistema cartesiano e horizontalizado de gestão e o incremento de relações participativas, éticas e descentralizadas representa o aumento da negociação entre gestores e trabalhadores, estimulando a flexibilidade, o aprendizado contínuo, a autonomia e a habilidade para lidar com as diferenças.

5 – Referências

AHMAD, M. Z., SADAF, D. Effects of waiting time for definitive restorations after completion of root canal treatment (RCT). Medical Forum Monthly. 29. 106-108. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326466490_Effects_of_waiting_time_for_definitive_restorations_after_completion_of_root_canal_treatment_RCT. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

ALBERTON, C. S.; MIRÓ, G. B.; DIAS MORAIS, N.; ROCHA, J. S.; PIZZATTO, E.; LEÃO-GABARDO, M. C. Perfil do usuário e tempo de espera para tratamento endodôntico público em um município brasileiro. *Rev. salud pública*; 23(2): e206, Mar.-Apr. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v23n2/0124-0064-rsap-23-02-1j.pdf>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS. Coronal Leakage: Clinical and Biological Implications in Endodontic Success. *Endodontics: Colleagues for Excellence*, 2002. Disponível em: <https://www.aae.org/specialty/wp-content/uploads/sites/2/2017/07/fw02ecfe.pdf>. Acessado em: 3 de agosto de 2023.

BARBOSA, M. G. Gerenciamento da fila de espera para cirurgia ginecológica em hospital municipal da Zona Sul de São Paulo: como garantir acesso e otimizar a utilização de recursos. FGV EAESP - MPGC: Mestrado Profissional em Gestão para a Competitividade. 2018. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/24122/TA%20MarianaGB%20v.final%2012062018%20com%20ref%20e%20ficha%20corrig.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

BRASIL, Ministério da Defesa, Marinha do Brasil, DGPM-401 - Normas para Assistência Médico-Hospitalar, 3ª Revisão, 2012.

BRASIL, Ministério da Defesa, Marinha do Brasil, DSM-2006 – Manual dos Programas de Saúde da Marinha , 1ª Revisão, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde, Política Nacional de Regulação do SUS, Orientações para Gestão da Fila de Espera, 2022. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/regulacao/index.php/Orienta%C3%A7%C3%B5es_para_Gest%C3%A3o_da_Fila_de_Espera. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

BHUVA, B., GIOVARRUSCIO, M., RAHIM, N., BITTER, K., MANNOCCI, F. The restoration of root filled teeth: a review of the clinical literature. *International Endodontic Journal*, 54(4), 509-535. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iej.13438>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

CHÁVEZ, G. M.; VIEGAS, S. M. F, ROQUINI, G. R.;SANTOS, T. R.Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery Rev. Enferm; 24(4): e20190331, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0331>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.6, p.2783-2794, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600017>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

DUGAS, N. N., LAWRENCE, H. P., TEPLITSKY, P., FRIEDMAN, S. Quality of life and satisfaction outcomes of endodontic treatment. Journal of endodontics, 28(12), 819-827. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00004770-200212000-00007>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

ELIYAS, S., JALILI, J., MARTIN, N. Restoration of the root canal treated tooth. British dental journal, 218(2), 53-62. 2015. Disponível em: <https://hodsollhousedental.co.uk/wp-content/uploads/2014/10/Restoration-of-the-rcted-tooth-Eliyas-2014.pdf>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

ESPOSTI C.D.D., CAVACA A.G., CÔCO L.S.A., SANTOS NETO E.T., OLIVEIRA A.E. As dimensões do acesso aos serviços de saúde bucal na mídia impressa. Saúde Soc; 25(1):19-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00019.pdf>. Acessado em: 3 de agosto de 2023.

FARIAS, C. M. L.; GIOVANELLA, L. ; OLIVEIRA, A. E.; SANTOS NETO, E. T. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. Saúde debate ; 43(spe5): 190-204, Dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

GOES,P. S. A., FIGUEIREDO,N., NEVES,J. C., SILVEIRA, F. M. M, COSTA, J.F.R., PUCCA JÚNIOR, G.A., ROSALES,M.S. Avaliação Da Atenção Secundária Em Saúde Bucal: Uma Investigação Nos Centros De Especialidades Do Brasil. 2012. Cadernos de Saúde Pública. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

GONZAGA, C. C.; CAMPOS, E. A.; BARATTO-FILHO, F. Restoration of endodontically treated teeth. RSBO (Online), vol.8, no.3, Joinville Jul./Set. 2011. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1984568520110003002. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

HUNTER, W. Oral sepsis as a cause of disease. British medical journal, 2(2065), 215. 1900. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.2.2065.215>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

IKRAM, O, FROUM, S. Healing after root canal therapy: When should you get a crown placed? Restorative Dentistry. Feb. 7, 2023. Disponível em: <https://www.perioimplantadvisory.com/restorative-dentistry/article/14289427/healing-after-root-canal-therapy-when-should-you-get-a-crown-placed>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

MAGALHÃES, M.B. P.; OLIVEIRA, D; V.; LIMA, R. F.; FERREIRA, E. F.; MARTINS, R. C. Avaliação da atenção secundária em endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Ciênc. Saúde Colet. (Impr.); 24(12): 4643-4654, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jfgCY8tYR3hYb9CsrQYSTbP/?format=pdf>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

MOLETTA, L.B. Avaliação das filas de espera na especialidade de endodontia no Centro de Especialidades Professor Sylvio Gevaerd. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Curso de Especialização em Gestão em Saúde. 2016. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/56353/R%20-%20E%20-%20LETICIA%20BRANDALISE%20MOLETTA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

MURRAY, C. A., SAUNDERS, W. P. Root canal treatment and general health: a review of the literature. International Endodontic Journal, 33(1), 1-18. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2591.2000.00293.x> Acessado em: 28 de outubro de 2023.

ROSA, M. D. S. A. Endodontia no Sistema Único de Saúde: revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia como

requisito parcial à conclusão do Curso de Odontologia do Centro Universitário AGES. Pirapiranga.2021.Disponível em:<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/14490/1/TCC%20%20Maria%20do%20Socorro%20Abreu-%20RUNNA.pdf>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

SADAF, D. Survival Rates of Endodontically Treated Teeth After Placement of Definitive Coronal Restoration: 8-Year Retrospective Study. *Therapeutics & Clinical Risk Management* . Feb, Vol. 16, p125-131. 7p. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7041432/pdf/tcrm-16-125.pdf>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

SEGURA-EGEA, J. J., CABANILLAS-BALSERA, D., MARTÍN-GONZÁLEZ, J., CINTRA, L. T. Impact of systemic health on treatment outcomes in endodontics. *International endodontic journal*, 56, 219-235. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781119553939.ch7>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

SIQUEIRA JR, S. F., RÔÇAS, I. N., RICUCCI, D., HÜLSMANN, M. Causes and management of post-treatment apical periodontitis. *Br Dent J*; 2014 Mar;216(6):305-12. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2014.200>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

SILVA, F. H. D., MORITZ, G. O., PEREIRA, J. Teoria das filas aplicada ao atendimento na média complexidade no sistema único de saúde com enfoque na especialidade endodontia. *Gestão da Saúde Pública*, v. 7, Florianópolis, p. 61-77, 2013.

SOUZA, L. E. P. F., PAIM, J. S., TEIXEIRA, C. F., BAHIA, L., GUIMARÃES, R., ALMEIDA-FILHO, N., MACHADO, C. V., CAMPOS, G. W.; Azevedo-e-Silva, G. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* (Impr.); 24(8): 2783-2792, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

SOUZA L.F., CHAVEZ S.C.L. Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2010;34(2):371-87. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n2/a1814.pdf>. Acessado em: 3 de agosto de 2023.

SPEZZIA, S.; CARVALHEIRO, E.M.; TRINDADE, L.L. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. Rev. Bras. Odontol. Vol.72 no.1-2. Rio de Janeiro. Jan./Jun. 2015. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v72n1-2/a21v72n1-2.pdf>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

SRITHARAN, A. Discuss that the coronal seal is more important than the apical seal for endodontic success. Australian Endodontic Journal, 28(3), 112-115. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1747-4477.2002.tb00404.x>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

TABASSUM, S., KHAN, F. R.. Failure of endodontic treatment: The usual suspects. Jan Mar; 10(1):144-147. 2016. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.4103/13057456.175682.pdf>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

TEIXEIRA C.N.G, PEREIRA, S.M.S, HILGERT, J.B., OLIVEIRA N.M.A, RIBEIRO, C.C.C., NEVES, M, THOMAZ, E.B.A.F., HUGO, F.N., ALVES, C.M.C. O uso serviços odontológicos no último ano na população brasileira: revisão sistemática com metanálise . Ciênc. Saúde Colet. (Impr.); 28(4): 1087-1100, abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.11452022>. Acessado em: 28 de outubro de 2023.

ZAITTER W.M., DA SILVA M., BIAZEVIC M.G.H., CROSATO E., PIZZATO E., MICHEL-CROSATO E. Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR). Revista Sul-Brasileira de Odontologia, 6(4), 413–21, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.21726/rsbo.v6i4.1247>. Acessado em: 3 de agosto de 2023.