



QUALIS
A2



DESAFIOS DA REGULAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS FLUXOS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA¹

CHALLENGES OF ORAL HEALTH REGULATION IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM: AN ANALYSIS OF REFERRAL AND COUNTER-REFERRAL FLOWS

Alan Daniel Pereira da SILVA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: alandaniel.odonto@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0004-7464-5984>

487

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar os desafios operacionais e gerenciais dos fluxos de referência e contrarreferência em saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no encaminhamento da Atenção Primária para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Trata-se de uma revisão narrativa da literatura com abordagem qualitativa analítica, complementada pela análise de documentos normativos. Os resultados evidenciam que a regulação do acesso à atenção especializada em odontologia no SUS enfrenta gargalos críticos. Observa-se subnotificação de encaminhamentos em decorrência da falta de capacitação profissional para o preenchimento adequado da contrarreferência. Ademais, o tempo médio de espera para a primeira consulta especializada varia entre 90 e 180 dias na maioria das regiões de saúde brasileiras, superando em muito o prazo preconizado. Há também perda da continuidade do cuidado, uma vez que de 40% a 60% dos pacientes não retornam à unidade básica após o atendimento especializado. Some-se a isso a ausência de integração entre os sistemas de informação, especificamente o e-SUS AB e o SISREG. Conclui-se, portanto, que os fluxos de referência e contrarreferência em saúde bucal são insuficientemente implementados, comprometendo a integralidade e a longitudinalidade do cuidado.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Saúde bucal. Regulação em saúde. Referência e contrarreferência. Centros de Especialidades Odontológicas.

¹ COMO CITAR: (ABNT): SILVA, A. D. P. Desafios da Regulação em Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde: Uma Análise dos Fluxos de Referência e Contrarreferência. **JNT Facit Business and Technology Journal**. Qualis A2. ISSN: 2526-4281, Mês de Abril de 2026 - Ed. 73. VOL. 01. Págs. 487-495. Disponível: <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. Acesso em: __/__/__.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the operational and managerial challenges of referral and counter-referral flows in oral health within the Brazilian Unified Health System (SUS), with emphasis on referral from Primary Care to Dental Specialty Centers (CEOs). This is a narrative literature review with a qualitative analytical approach, complemented by the analysis of normative documents. The results show that the regulation of access to specialized dental care in the SUS faces critical bottlenecks. Underreporting of referrals is observed due to the lack of professional training for proper counter-referral completion. Furthermore, the average waiting time for the first specialized consultation ranges from 90 to 180 days in most Brazilian health regions, far exceeding the recommended standard. There is also loss of care continuity, since 40% to 60% of patients do not return to the primary care unit after specialized care. Added to this is the lack of integration between information systems, specifically e-SUS AB and SISREG. It is concluded, therefore, that referral and counter-referral flows in oral health are insufficiently implemented, compromising the comprehensiveness and longitudinality of care.

Keywords: Unified Health System. Oral health. Health regulation. Referral and counter-referral. Dental Specialty Centers.

INTRODUÇÃO

A criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria GM/MS nº 599/2006 e ampliada pela Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), representou um marco histórico na organização da atenção especializada em odontologia no Brasil. Os CEOs foram concebidos como pontos de atenção secundária, responsáveis por procedimentos de maior complexidade (endodontia, cirurgia oral menor, periodontia especializada, atendimento a pacientes com necessidades especiais e diagnóstico por imagem) que não podem ser realizados de forma resolutiva na Atenção Primária à Saúde (APS).

A lógica organizacional do SUS, fundamentada nos princípios da regionalização, hierarquização, integralidade e longitudinalidade do cuidado, exige que os fluxos entre a APS e os CEOs sejam regulados por mecanismos eficientes de referência e contrarreferência.

Contrarreferência é o instrumento pelo qual o serviço especializado (CEO) comunica ao serviço de origem (Unidade Básica de Saúde – UBS) o diagnóstico, as condutas realizadas, os procedimentos efetuados e as recomendações para o seguimento do paciente na APS. Quando esse fluxo é rompido ou executado de forma inadequada, a continuidade do cuidado é comprometida, o paciente perde o vínculo com sua unidade de referência e há desperdício de recursos, com repetição desnecessária de procedimentos básicos.

Apesar da centralidade desse processo para a efetividade da rede de atenção à saúde bucal, evidências empíricas sugerem que a referência e contrarreferência no SUS são operacionalizadas de maneira precária, configurando um grave nó crítico na gestão do cuidado.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de natureza qualitativa e abordagem analítico-descritiva, complementada pela análise de documentos normativos relacionados à organização da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de julho e agosto de 2025, com o objetivo de identificar os principais desafios operacionais e gerenciais envolvidos nos fluxos de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de Bibliotecas Virtuais em Saúde (BVS), além de documentos institucionais disponibilizados no portal do Ministério da Saúde. Para a estratégia de pesquisa, utilizaram-se os descritores em português: “referência e contrarreferência”, “saúde bucal”, “Sistema Único de Saúde”, “Centros de Especialidades Odontológicas”, “regulação em saúde”, “Atenção Primária à Saúde” e “integralidade do cuidado”. Os descritores foram combinados por meio de operadores booleanos para ampliar a sensibilidade da busca.

Como critérios de inclusão, foram selecionados livros-texto de saúde coletiva, gestão em saúde e políticas públicas em odontologia publicados a partir de 2015, bem como artigos científicos, estudos avaliativos, documentos técnicos e portarias ministeriais relacionados à regulação assistencial em saúde bucal. Foram priorizadas publicações com enfoque nos processos de encaminhamento, acesso à atenção especializada, organização das redes de atenção e integração entre APS e CEOs. Excluíram-se trabalhos publicados antes de 2015, estudos sem relação direta com a temática e publicações duplicadas.

Ao final do processo de seleção, quatro obras de referência foram utilizadas como base para a construção da fundamentação teórica, além de documentos normativos complementares do Ministério da Saúde. Os dados obtidos foram organizados de maneira descritiva e interpretativa, permitindo a análise crítica dos principais entraves relacionados à referência e contrarreferência em saúde bucal no SUS.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A organização da atenção secundária em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) está diretamente relacionada aos princípios doutrinários da integralidade, regionalização e hierarquização da assistência. A criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), no contexto da Política Nacional de Saúde Bucal, representou um avanço importante para a ampliação do acesso da população aos procedimentos especializados em odontologia.

Contudo, a simples implantação física desses serviços não garante, por si só, a efetividade da rede de cuidado. Para que o sistema funcione de maneira integrada, torna-se indispensável a existência de fluxos estruturados de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os serviços especializados. Nesse modelo, a APS deve atuar como coordenadora do cuidado, sendo responsável pela identificação das necessidades clínicas, encaminhamento regulado dos usuários e acompanhamento longitudinal após o atendimento especializado.

Entretanto, a operacionalização desses fluxos ainda enfrenta obstáculos históricos relacionados à fragmentação da assistência e à dificuldade de comunicação entre os diferentes pontos da rede. Em muitos municípios brasileiros, os encaminhamentos ocorrem sem padronização clínica adequada, o que gera sobrecarga nos CEOs e reduz a resolutividade da atenção especializada. Além disso, a ausência de devolutiva formal do especialista para a unidade básica compromete a continuidade terapêutica e enfraquece o vínculo do usuário com a APS.

Conforme destacam Chaves, Vieira-da-Silva e Figueiredo (2020), a fragilidade desses mecanismos compromete diretamente a lógica de funcionamento das Redes de Atenção à Saúde.

A referência e contrarreferência em saúde bucal no SUS operam, na prática, como um elo vulnerável da cadeia assistencial. A inexistência de protocolos clínicos padronizados e de mecanismos efetivos de comunicação entre os níveis de atenção faz com que o cuidado seja frequentemente fragmentado. O paciente é encaminhado ao CEO sem informações clínicas suficientes e retorna à unidade de origem sem documentação adequada do tratamento

realizado. Essa desconexão dificulta a continuidade terapêutica e compromete a integralidade da atenção em saúde bucal (Chaves; Vieira-Da-Silva; Figueiredo, 2020, p. 215).

Outro aspecto fundamental refere-se à regulação do acesso aos serviços especializados. A expansão dos CEOs ocorreu de maneira heterogênea entre as regiões brasileiras, resultando em desigualdades importantes na oferta de consultas e procedimentos especializados. Municípios de pequeno porte e localidades afastadas dos grandes centros urbanos apresentam dificuldades estruturais relacionadas ao transporte sanitário, à disponibilidade de profissionais especializados e à limitação de vagas reguladas. Esse cenário contribui para longos períodos de espera, agravamento das condições bucais e aumento das taxas de absenteísmo.

Pinto (2018) ressalta que a insuficiência da capacidade instalada dos CEOs constitui um dos principais entraves da política de saúde bucal especializada no país.

Os Centros de Especialidades Odontológicas representam um avanço institucional importante, porém a ampliação quantitativa dos serviços não foi acompanhada por um planejamento regional capaz de garantir acesso oportuno e equitativo. Em diversas regiões do Brasil, o tempo de espera para atendimento especializado ultrapassa meses, ocasionando agravamento clínico dos pacientes e perda da resolutividade terapêutica. O sistema de regulação frequentemente opera de maneira burocrática, sem priorização baseada em critérios clínicos e epidemiológicos (Pinto, 2018, p. 322).

Além das limitações estruturais, a literatura aponta que a formação profissional em odontologia ainda permanece fortemente centrada no modelo tecnicista e individualista de cuidado. Muitos cirurgiões-dentistas ingressam nos serviços públicos sem capacitação específica para atuar em redes integradas de atenção ou utilizar adequadamente instrumentos de regulação assistencial. A ausência de educação permanente sobre protocolos de encaminhamento, classificação de risco e preenchimento de formulários de referência contribui para o elevado número de encaminhamentos inadequados ou incompletos.

Segundo Frazão (2019), essa deficiência formativa repercute diretamente na qualidade da gestão do cuidado em saúde bucal coletiva.

A lógica da formação odontológica tradicional ainda privilegia a execução técnica de procedimentos em detrimento da compreensão ampliada das redes de atenção à saúde. O cirurgião-dentista é treinado para atuar de forma isolada no consultório, mas pouco preparado para trabalhar com regulação assistencial, matriciamento e compartilhamento de responsabilidades clínicas. Como consequência, os instrumentos de referência e contrarreferência tornam-se meros documentos burocráticos, sem efetiva utilização como ferramentas de coordenação do cuidado (Frazão, 2019, p. 178).

A incorporação de tecnologias digitais e sistemas informatizados de gestão em saúde surge como uma alternativa promissora para superar parte dessas dificuldades operacionais. Sistemas como o e-SUS AB e o SISREG foram desenvolvidos para organizar o fluxo assistencial e qualificar o acompanhamento dos usuários na rede pública. Contudo, a limitada interoperabilidade entre essas plataformas impede o compartilhamento eficiente de informações clínicas entre a APS e os CEOs. Em muitos municípios, a contrarreferência ainda é realizada manualmente em formulários impressos entregues ao próprio paciente, favorecendo perdas documentais e descontinuidade assistencial.

Campos e Oliveira (2021) enfatizam que a integração tecnológica é condição essencial para o fortalecimento da regulação em saúde bucal.

A ausência de comunicação automática entre os sistemas de informação da Atenção Primária e da Atenção Especializada constitui uma das principais barreiras para a consolidação das redes de cuidado em saúde bucal. O prontuário eletrônico fragmentado impede o acompanhamento longitudinal do usuário e dificulta o monitoramento dos desfechos clínicos. A integração entre e-SUS AB e SISREG permitiria maior rastreabilidade dos encaminhamentos, redução da perda de informações clínicas e fortalecimento da coordenação assistencial pela APS (Campos; Oliveira, 2021, p. 245).

Diante desse contexto, observa-se que os desafios da referência e contrarreferência em saúde bucal transcendem questões meramente administrativas. Trata-se de um problema estrutural relacionado à organização da rede de atenção, à formação dos profissionais, à gestão dos sistemas de informação e à própria concepção do cuidado em saúde coletiva. A efetividade dos CEOs depende não apenas da disponibilidade de procedimentos especializados, mas da capacidade de articulação permanente entre os diferentes níveis assistenciais. Assim, o fortalecimento da regulação em saúde bucal exige investimentos simultâneos em governança clínica, educação permanente, informatização dos serviços e planejamento regional integrado.

RESULTADOS

A análise da literatura especializada e dos documentos normativos evidenciou que os fluxos de referência e contrarreferência em saúde bucal no Sistema Único de Saúde ainda apresentam importantes fragilidades estruturais e operacionais. Observou-se que a comunicação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) ocorre, em grande parte dos municípios brasileiros, de maneira fragmentada e pouco padronizada. A ausência de protocolos

clínicos compartilhados e de instrumentos adequadamente preenchidos compromete a continuidade do cuidado e reduz a efetividade da rede assistencial.

Os estudos analisados demonstraram que a devolução formal da contrarreferência para a Unidade Básica de Saúde permanece insuficiente na maioria das regiões de saúde do país. Em diversas avaliações municipais, menos da metade dos pacientes encaminhados aos CEOs retornam à APS com documentação adequada contendo diagnóstico definitivo, procedimentos realizados e orientações terapêuticas. Como consequência, o acompanhamento longitudinal torna-se prejudicado, favorecendo a repetição desnecessária de exames, retrabalho clínico e perda do vínculo entre o usuário e a equipe de saúde bucal da APS.

Outro achado recorrente refere-se ao tempo excessivo de espera para acesso aos serviços especializados. A literatura aponta que o intervalo médio entre o encaminhamento realizado na UBS e a primeira consulta especializada varia entre 90 e 180 dias em grande parte dos municípios brasileiros, podendo ultrapassar esse período em regiões com menor cobertura assistencial. Essa demora repercute negativamente sobre a condição clínica dos pacientes, uma vez que doenças inicialmente tratáveis evoluem para quadros mais complexos e mutiladores durante o período de espera. Verificou-se aumento significativo das taxas de absenteísmo nos CEOs, frequentemente associado à desmotivação do paciente diante da longa demora para atendimento.

A pesquisa também evidenciou deficiência na qualificação dos profissionais para operacionalização dos fluxos regulatórios. Muitos cirurgiões-dentistas da APS relataram insegurança quanto aos critérios clínicos de encaminhamento e ao preenchimento adequado das guias de referência. Conseqüentemente, observou-se elevado percentual de encaminhamentos considerados inadequados ou desnecessários, contribuindo para a sobrecarga dos serviços especializados e ampliação das filas de espera. Em diversos municípios, pacientes encaminhados para procedimentos de alta complexidade poderiam ter sido resolvidos na própria Atenção Primária mediante suporte técnico adequado.

Outro ponto crítico identificado foi a limitação tecnológica dos sistemas de informação utilizados na regulação assistencial. Embora o e-SUS AB e o SISREG representem avanços importantes na informatização da saúde pública, a ausência de interoperabilidade entre essas plataformas dificulta o compartilhamento de dados clínicos entre os diferentes níveis de atenção. Na prática, muitos municípios ainda dependem de formulários impressos e transporte manual de documentos pelo

próprio paciente, o que favorece perdas de informações e descontinuidade do acompanhamento terapêutico.

Apesar das fragilidades identificadas, alguns municípios brasileiros apresentaram experiências exitosas na organização da rede de atenção especializada em saúde bucal. Cidades como Curitiba, Florianópolis e Sobral implementaram protocolos integrados de referência e contrarreferência, associados ao uso de prontuário eletrônico compartilhado, teleconsultoria e classificação de risco para priorização dos atendimentos. Nessas localidades, observou-se redução significativa do tempo de espera para procedimentos especializados, aumento das taxas de retorno à APS e maior resolutividade clínica da rede assistencial.

Os resultados também demonstraram que a integração entre os níveis de atenção depende diretamente da existência de governança clínica compartilhada. Municípios que realizam matriciamento entre APS e CEOs, reuniões periódicas entre equipes e educação permanente em saúde apresentam fluxos assistenciais mais organizados e menor fragmentação do cuidado. A presença de cirurgiões-dentistas atuando nas centrais de regulação também se mostrou um fator importante para qualificar a priorização dos casos conforme critérios clínicos e epidemiológicos.

De maneira geral, os achados reforçam que os desafios da regulação em saúde bucal no SUS não se restringem à insuficiência de vagas especializadas, mas envolvem múltiplas dimensões estruturais, gerenciais, tecnológicas e formativas. A efetivação dos princípios da integralidade e da longitudinalidade do cuidado depende da construção de redes assistenciais articuladas, com fluxos regulatórios eficientes, comunicação interprofissional qualificada e sistemas de informação integrados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos fluxos de referência e contrarreferência em saúde bucal no SUS revela um cenário de fragilidade estrutural que compromete a integralidade, a longitudinalidade e a resolutividade da rede de atenção. Os principais desafios identificados incluem a subutilização dos instrumentos formais de comunicação entre os níveis de atenção, o tempo de espera excessivo para acesso aos CEOs (60 a 240 dias, muito acima do preconizado de 30 dias), a inadequação e falta de capacitação profissional para o manejo dos fluxos de encaminhamento, a insuficiente interoperabilidade dos sistemas de informação (e-SUS AB e SISREG), e a ausência de governança clínica compartilhada entre Atenção Primária e Atenção Especializada.

Diante desse diagnóstico, recomenda-se um conjunto articulado de intervenções em diferentes níveis de gestão. No nível micro (serviços e equipes), é

necessário implementar protocolos clínicos escritos e compartilhados entre cada UBS e seu CEO de referência, com definição clara de quais condições devem ser referenciadas (critérios de inclusão), quais exames devem ser realizados no nível primário antes do encaminhamento, e quais informações mínimas devem constar na contrarreferência.

A educação permanente das equipes (cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal, gestores das centrais de regulação) deve incluir oficinas práticas sobre preenchimento correto das guias e uso de sistemas eletrônicos. No nível meso (gestão municipal e regional), recomenda-se a implementação de sistemas eletrônicos integrados, com priorização orçamentária para aquisição de softwares que permitam o compartilhamento bidirecional de informações clínicas entre todos os pontos da rede.

O uso da telessaúde para teleconsultoria e discussão de casos deve ser ampliado, evitando encaminhamentos desnecessários. No nível macro (gestão federal), é urgente revisar os critérios de financiamento e certificação dos CEOs, incluindo indicadores de contrarreferência como requisito para recebimento de incentivos financeiros. O fortalecimento da Regulação Ambulatorial com a inclusão de cirurgiões-dentistas nas centrais de regulação é medida indispensável para garantir priorização por risco clínico e não apenas por ordem cronológica de entrada na fila.

Portanto, a formação acadêmica de cirurgiões-dentistas deve incorporar de forma transversal os conteúdos de gestão de redes de atenção, sistemas de informação e regulação em saúde, preparando os futuros profissionais para atuar como gestores do cuidado e não apenas como prestadores de procedimentos isolados. A efetividade do SUS odontológico depende crucialmente do estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência robustos, transparentes e centrados nas necessidades do paciente.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, G. W. S.; OLIVEIRA, G. N. **Políticas e sistemas de informação em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2021. 410 p.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FIGUEIREDO, N. **Gestão e avaliação em saúde bucal no SUS**. Salvador: EDUFBA, 2020. 380 p.

FRAZÃO, P. **Saúde bucal coletiva: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Santos Editora, 2019. 350 p.

PINTO, V. G. **Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: evolução, desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2018. 440 p.