

Artigo Original de Pesquisa
Original Research Article

Análise do impacto da implementação de um guia de descrição de lesões estomatológicas em Unidades Básicas de Saúde de Curitiba

Analysis of the impact of implementing a guide for describing stomatological lesions in Basic Health Units in Curitiba

Ana Christina Bernert¹
Caroline Zimmermann²
Melissa Rodrigues de Araújo³
Ana Cristina Vidal Allegretti⁴
Ana Paula Ribeiro Braosi¹

Autor para correspondência:

Ana Paula Ribeiro Braosi
Rua Manoel Valdomiro de Macedo, n. 2460
CEP 81020-490 – Curitiba – PR – Brasil
E-mail: anapaula.estomato@gmail.com

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; Residência Multiprofissional em Saúde da Família – Curitiba – PR – Brasil.

² Estomatologista – Prática clínica privada.

³ Curso de Odontologia e Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal do Paraná – Curitiba – PR – Brasil.

⁴ Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba – Curitiba – PR – Brasil.

Palavras-chave:

atenção primária à saúde; atenção secundária à saúde; guia; medicina bucal; referência e consulta.

Resumo

Introdução: Documentos de referência e contrarreferência detalhados são essenciais para a troca de informações entre profissionais da saúde de diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Objetivo:** Avaliar o desempenho de um roteiro para descrição de lesões bucais como instrumento de apoio aos cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS Curitiba), com vistas ao aprimoramento desses documentos e estabelecer um padrão de encaminhamento. **Material e métodos:** A amostra intencional foi composta por 49 cirurgiões-dentistas atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) da SMS Curitiba. A coleta de dados foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no ano de 2021, e o estudo foi composto de três etapas: I – elaboração da descrição das lesões sem roteiro e com roteiro de descrição de lesões (OralDESC); II – análise comparativa das descrições realizadas e III – análise comparativa de dados de anamnese. **Resultados:** Observou-se discreta melhoria na

qualidade dos registros de lesões bucais e de informações relevantes de anamnese com o auxílio do roteiro. **Conclusão:** Embora tenha havido impacto positivo com o uso do roteiro de descrição, ele deverá ser aprimorado para ser aplicado na rede pública da SMS Curitiba.

Keywords:

primary health care;
secondary health care;
guide; oral medicine;
reference and
consultation.

Abstract

Introduction: Detailed reference and counter-reference documents are essential for the exchange of information between health professionals from different levels of care in the Unified Health System in Brazil. **Objective:** To evaluate the performance of a script for the description of oral lesions, as a support instrument for dentists of the Municipal Health Department of Curitiba (SMS Curitiba), with a view to improving these documents and establishing a referral pattern. **Material and methods:** The intentional sample consisted of 49 Dental Surgeons working in Primary Health Care (PHC) at SMS Curitiba. Data collection was carried out at the Basic Health Units (UBS) in 2021 and the study was composed of 3 (three) steps: I – elaboration of the description of injuries without a script and with a script of description of injuries (OralDESC); II – comparative analysis of the descriptions performed and III – comparative analysis of anamnesis data. **Results:** A slight improvement was observed in the quality of records of oral lesions and of relevant anamnesis information with the help of the script. **Conclusion:** It is concluded that there was a positive impact with the use of the description script, but that it will have to be improved to be applied in the public network of SMS Curitiba.

Introdução

No Brasil, o conceito de integralidade começa a ser discutido a partir do Movimento pela Reforma Sanitária, iniciado na década de 1980. Tornou-se um princípio somente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, por meio da Lei n.º 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) [4]. O termo “integralidade” tem sido usado sob diversos matizes, como articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde, integração entre os setores públicos e privados, diretriz na gestão dos serviços e proposta de modelo de atenção [12]. O termo, juntamente com o conceito de continuidade do cuidado do paciente, carrega em si a ideia da interdependência entre os profissionais da saúde, envolvendo os conceitos interdisciplinar e multiprofissional [20]. Tais princípios são aplicados na prática pelo estabelecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), modelo brasileiro de atenção à saúde essencialmente colaborativo, em que serviços e sistemas de saúde se articulam. A RAS é um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas

de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. É composta por relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas configuram o primeiro nível de atenção, com função resolutive dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir dos quais se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção [6]. Nesse contexto, o cirurgião-dentista que compõe a equipe de saúde bucal de uma UBS constitui o elo inicial na detecção de lesões orais, uma vez que é de sua competência o exame minucioso da cavidade bucal mediante observação para além dos dentes, avaliando o aspecto dos tecidos e das estruturas bucais adjacentes. Tal inspeção representa um recurso semiotécnico para avaliação da necessidade de encaminhamento para pontos de atenção à saúde de nível secundário [14]. É exemplo de ponto de atenção à saúde bucal o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que compõe a atenção secundária à saúde em odontologia [2, 7].

Considerando esses conceitos, constata-se que a comunicação e a troca de informações entre os pontos de atenção à saúde envolvidas em cada caso são essenciais [11] e acontecem de diversas formas, como por contato telefônico, conversas informais, registros administrativos e no formato mais comum, que são os documentos de referência e contrarreferência [3, 22]. Esses documentos são elaborados com base no modelo contido no sistema de prontuário eletrônico chamado E-Saúde, no caso do serviço de saúde da SMS Curitiba. Documentos de referência deveriam ser suficientemente completos e acurados para assegurar um sistema efetivo; informações deveriam ser fornecidas de forma consistente por diferentes generalistas em diferentes regiões, independentemente do sistema de referência utilizado [19]. No âmbito da saúde bucal, a qualidade desses documentos é essencial para garantir a resolutividade e integralidade do atendimento [10], visto que seu conteúdo permite avaliar o prognóstico da lesão e a prioridade que deve ser dada a cada usuário do Sistema de Saúde [10, 16]. No entanto o conteúdo dos documentos de referência frequentemente é superficial e não inclui as informações necessárias [9, 16, 17, 22], possivelmente em virtude de inseguranças ou desconhecimento técnico no processo de descrições das lesões bucais. Diante disso, verificam-se encaminhamentos e priorizações inadequados [24], como em um estudo no qual, de 140 pacientes atendidos num CEO regional, as lesões mais comumente encontradas foram as que poderiam ter resolutividade na atenção primária [13], além de repetição desnecessária de exames [22] e atraso no diagnóstico e tratamento de doenças bucais, entre elas o câncer bucal, cujo prognóstico depende da agilidade no diagnóstico precoce e da rapidez no processo de referência e contrarreferência [5, 7]. Uma das estratégias destinadas a melhorar o conteúdo dos documentos de referência é a implementação de um instrumento de apoio (guia de descrição de lesões estomatológicas).

Por meio da observação de uma descontinuidade no sistema de referência e contrarreferência dos casos que necessitam de atendimento na atenção secundária (em estomatologia, oncologia e cirurgia de cabeça e pescoço), considerando a escassez de estudos que mensurem a qualidade de documentos de referência e contrarreferência no âmbito específico da estomatologia e a relevância que uma boa descrição clínica tem no prognóstico de uma doença bucal em investigação, justifica-se o estudo do impacto da implementação de um roteiro para descrição de lesões bucais com vistas a qualificar

e padronizar os relatos elaborados por cirurgiões-dentistas e à inserção do roteiro nos Documentos Orientativos do prontuário eletrônico E-saúde da SMS de Curitiba.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva e analítica, com coleta e análise de dados, de caráter qualiquantitativo, aprovado pelo Comitê de Ética da SMS de Curitiba, sob parecer n.º 4.654.421, de 16 de abril de 2021.

A amostra intencional foi composta por 49 cirurgiões-dentistas atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) da SMS Curitiba que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu conforme a disponibilidade de tempo dos participantes, nos seus locais de trabalho (UBSs), para evitar aglomerações, por causa da pandemia de covid-19. Os procedimentos para a realização da pesquisa, feitos durante o ano de 2021, foram compostos de três etapas: elaboração da descrição das lesões, análise comparativa das descrições realizadas e análise comparativa de dados de anamnese.

Elaboração da descrição das lesões

As pesquisadoras elaboraram dois quadros clínicos contendo duas lesões distintas, projetadas em *slides* de PowerPoint Office365®.

A primeira delas era de uma lesão já diagnosticada em padrão-ouro como sendo uma leucoplasia, ou seja, uma placa branca em borda lateral da língua, lado direito, com aproximadamente 2 cm no maior diâmetro, não raspável, superfície rugosa ou áspera, assintomática, com possível etiologia advinda do hábito de tabagismo, associado ou não ao alcoolismo, e não associada a nenhuma outra patologia bucal. A segunda lesão era de um adenoma pleomórfico, já diagnosticado, que se caracterizava por ser um nódulo na região de transição entre palato duro e palato mole, lado esquerdo, com tamanho aproximado de 3 cm, superfície lisa, assintomático, mole à palpação. As duas imagens foram projetadas em tela de multimídia ou mesmo na tela do computador da UBS.

Aos participantes da pesquisa solicitou-se que elaborassem uma descrição para cada uma das duas lesões bucais diferentes projetadas em tela de computador ou em aparelho multimídia, de modo a permitir que visualizassem e descrevessem as

lesões simultaneamente. Os participantes tiveram cinco minutos para a descrição de cada uma das duas imagens de lesões, considerando que o tempo disponível nas Unidades de Saúde para a referência de pacientes é exíguo. O tempo foi controlado pela pesquisadora.

A primeira lesão (lesão A) foi, então, descrita em duas situações sequenciais: (S1) descrição livre, sem auxílio de material de apoio, e (S2) descrição suportada pelo roteiro de descrição de lesões OralDESC (figura 1). Na S1, o formulário 1 foi entregue aos participantes e recolhido assim que eles encerraram o preenchimento no tempo determinado. Na sequência, o formulário 2 (referente à S2) foi distribuído, juntamente com o roteiro de descrição das lesões (OralDESC – figura 1), sendo ambos recolhidos após a conclusão da descrição ou finalização do tempo determinado. Na sequência, o processo foi repetido para a segunda imagem de lesão (lesão B). Os formulários para as descrições utilizados pelos participantes tiveram a mesma estrutura para todas as lesões e nas duas situações da pesquisa.

Em cada uma das duas situações, os participantes foram orientados a registrar, em locais específicos para tal fim, perguntas de anamnese que julgariam relevantes para uma lesão com as mesmas características das apresentadas.

As imagens usadas de lesões bucais fazem parte do acervo didático da orientadora deste trabalho, estando vinculadas a pacientes que permitiram sua exposição, sem que houvesse identificação deles.

Análise comparativa das descrições realizadas

a) Procedimentos para a análise comparativa inicial

Organizaram-se os dados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2010[®]. Cada formulário correspondeu a um número de 1-49. Tabularam-se todas as respostas completas de cada participante para cada formulário das lesões A e B sem o uso do roteiro (S1) e com o uso do roteiro (S2). Após essa organização, foram estabelecidos parâmetros para pontuação da qualidade de cada resposta sem o roteiro e com o roteiro. Os sete parâmetros avaliados foram os seguintes: lesão fundamental, localização, coloração, inserção, superfície, contorno e tamanho. A cada parâmetro presente na descrição do participante conferiu-se 1 ponto, sendo o máximo 7 pontos (correspondentes ao padrão-ouro de resposta). Na sequência, foram comparadas as pontuações de S1 com S2.

b) Elaboração de uma descrição “padrão-ouro”

Para cada lesão apresentada, elaborou-se uma descrição ideal por um especialista em Estomatologia com 9 anos de experiência clínica.

c) Procedimentos para análise comparativa com o padrão-ouro

Todos os itens das descrições foram comparados aos itens descritos no padrão-ouro para cada uma das lesões, atribuindo-se o escore C para as descrições concordantes (escore 1) e D para as descrições discordantes (escore 0) do padrão-ouro.

d) Análise estatística

Para a análise da qualidade das descrições, os resultados da pontuação foram descritos por média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Para a comparação das pontuações com e sem roteiro, recorreu-se ao teste não paramétrico de Wilcoxon. Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.28.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Análise comparativa de dados de anamnese

Nesta etapa da pesquisa, compararam-se as pontuações dos registros de cada participante de perguntas de anamnese que julgariam relevantes.

a) Procedimentos para a análise comparativa baseada em parâmetros

Os dados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2010[®]. Cada ficha de cada cirurgião-dentista correspondeu a um número de 1-49. Foram tabuladas todas as respostas completas escritas no formulário para as lesões A e B sem o uso do roteiro (S1) e com o uso do roteiro (S2). Após essa organização, estabeleceram-se parâmetros para pontuação da qualidade de cada resposta sem o roteiro e com o roteiro. Os 17 parâmetros avaliados foram os seguintes: tempo de evolução, sintomatologia, tipo de crescimento, tabagismo, etilismo, uso de drogas, uso de prótese, trauma local, condições sistêmicas presentes, uso contínuo de medicamentos, tratamentos previamente realizados, recidiva, ocupação/profissão, idade, histórico familiar, remoção à raspagem e informação sobre linfonodos. A cada parâmetro presente na descrição do participante conferiu-se um 1 ponto. Sendo assim, a pontuação máxima foi de 17 pontos. Na sequência, foi comparada a pontuação em S1 e S2.

OralDESC

1ª) Lesão Fundamental (ver figuras)

- **Superficial**
Mácula/ Mancha/ Placa
- **Conteúdo Sólido:**
1. Pápula/ Nódulo
- **Conteúdo Líquido:**
1. Fistula
2. Vesícula
3. Bolha
4. Pústula
- **Com Perda Tecidual:**
1. Erosão
2. Úlcera
3. Fissura

2ª) Localização

- Estrutura afetada (mucosa jugal, língua, gengiva, lábios...)
- Lado afetado (direito, esquerdo, bilateral)
- Arcada afetada (superior, inferior, ambas)
- Região afetada (anterior, média, posterior)

3ª) Características

- **Tamanho** (mm ou cm, Altura X Largura)
- **Cor**
- **Inserção (ver figuras)**
- **Superfície (ver figuras)**
- **Palpação** (ósseo, fibroso, mole, flutuante)
- **Tempo de evolução** (há quantos dias, semanas, meses ou anos apareceu a lesão?)
- **Tipo de crescimento** (contínuo, aumenta e diminui) (aumenta em um período específico?)
- **Dor** (localizada/difusa) (espontânea/provocada) (leve/moderada/intensa) (paroxística/pulsátil/queimação)

4ª) Observações adicionais da região da lesão, se pertinente:

- Paciente usuário de próteses? (nova/antiga, total/parcial)
- Lesão sai à raspagem?
- Possibilidade de trauma local (mordedura? prótese mal adaptada?)

5ª) Hábitos (especialmente lesões vermelhas ulceradas ou lesões brancas)

- **Fumo:**
1. Há quanto tempo?
2. Tipo de fumo (cigarro? charuto? cachimbo?)
3. Quantos cigarros/dia?
- **Álcool:**
1. Há quanto tempo?
2. Tipo de bebida (cerveja? cachaça? vinho?)
3. Frequência de consumo?
- **Drogas ilícitas:**
1. Tipo?
2. Há quanto tempo?

6ª) Tratamentos Prévios (se houve)

- Qual tratamento/medicação?
- Surtiu efeito?

Exemplos de Descrições

EXEMPLO 1: Nódulo em mucosa jugal direita, terço anterior, medindo 1,2 X 2,0 cm, róseo, sésstil, de superfície lisa e consistência fibrosa, evolução de 3 anos, crescimento contínuo, sem dor. Não há aparente fator traumático local. Nega consumo de fumo ou álcool.

EXEMPLO 2: Úlcera em bordo de língua esquerdo, medindo 0,5 X 1,0 cm, vermelha com bordos esbranquiçados, superfície irregular, fibrosa à palpação, presente há 4 meses (crescimento contínuo). Nega dor, associa a trauma local (mordida). Fumante há 30 anos (cigarro de palha, 8 por dia). Bebe cerveja diariamente. Tratado com Omcilon A por 1 mês, sem regressão.

EXEMPLO 3: Placa branca em gengiva de incisivos inferiores (0,2 X 0,5 cm) e linhas brancas em mucosa jugal bilateral (área de mais ou menos 1 X 2 cm), superfície irregular, apareceu há 3 anos. Às vezes tem dor e sangramento, quando lesão cresce. Não sai à raspagem. Sem trauma. Nega fumo e álcool.

Legenda: Epitélio (amarelo) Conjuntivo (rosa)

Lesão Fundamental

Inserção

Superfície

Figura 1 - OralDESC - roteiro descritivo de lesões já validado pela equipe da Pós-graduação em Estomatologia da UFSC no qual este trabalho está baseado

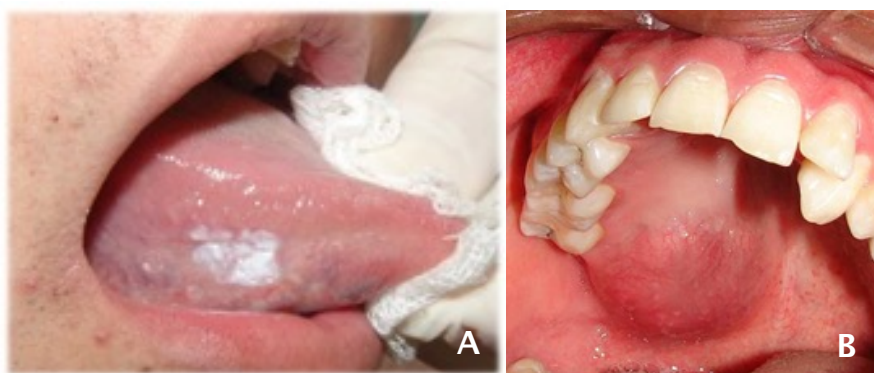


Figura 2 - Lesões descritas pelos participantes nas duas etapas da pesquisa. Lesão A: leucoplasia em borda lateral da língua; lesão B: adenoma pleomórfico na região palatina

Resultados

Para cada uma das lesões, testou-se a hipótese nula de que as pontuações são iguais para a descrição com e sem roteiro *versus* a hipótese alternativa de que as pontuações são diferentes. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Nas tabelas e gráficos a seguir são apresentados os resultados obtidos.

Tabela I - Comparação dos resultados obtidos com a observação da descrição da lesão A

	n	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	p*
A - Pontuação_sem_roteiro	49	3,7	1,0	3	2	6	
A -Pontuação_com_roteiro	49	4,8	1,2	5	3	7	<0,001
Padrão-ouro	12						

Na tabela I, nota-se-se um incremento de 3,7 para 4,8 pontos de acertos nos parâmetros desejados para a descrição correta da lesão, conforme o padrão-ouro determinado, com um $p < 0,001$. Essa representação pode ser vista na figura 3.

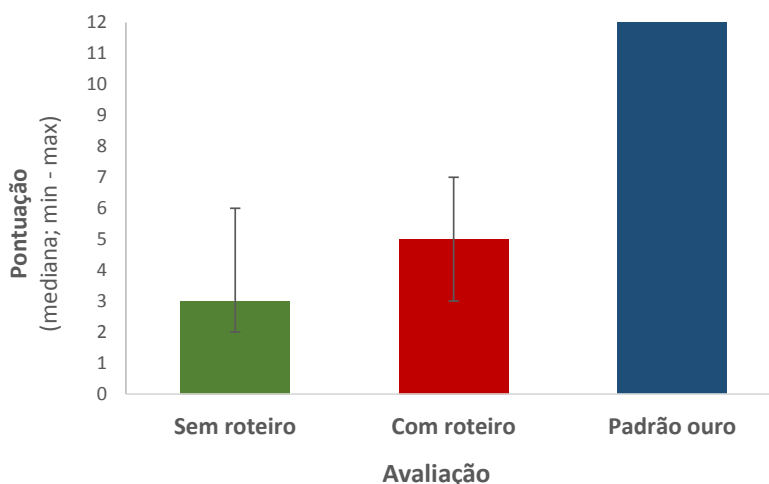


Figura 3 - Gráfico que mostra os resultados obtidos com a observação da lesão A

Tabela II - Comparação dos resultados obtidos com a observação da descrição da lesão B

	n	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	p*
B -Pontuação_sem_roteiro	49	3,4	1,3	3	1	7	
B -Pontuação_com_roteiro	49	4,6	1,2	5	2	7	<0,001
Padrão-ouro	11						

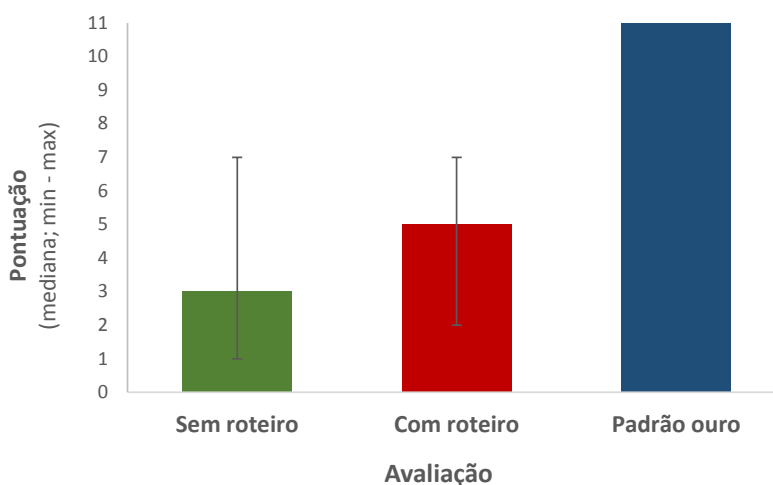


Figura 4 - Gráfico que mostra os resultados obtidos com a observação da lesão B

Considerando a pontuação obtida na descrição das lesões A e B, sem o uso e com o uso do roteiro, percebeu-se que a utilização do roteiro para descrição de lesões OralDESC acarretou um aumento na pontuação obtida pelos participantes nas duas situações ($p < 0,001$) (tabela II e figura 4).

Da mesma forma, quando foi considerada a pontuação obtida no campo dados importantes para anamnese, em lesão A (tabela III) sem o uso e com o uso do roteiro, para descrição de lesões, o emprego do roteiro OralDESC provocou aumento discreto na pontuação dos participantes no quesito dados de anamnese.

Tabela III - Anamnese lesão A

	n	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	p*
A -Pontuação_sem_roteiro	44	5,1	2,0	5	1	9	
A -Pontuação_com_roteiro	44	7,6	2,3	7	4	12	<0,001
A - Padrão-ouro	17						

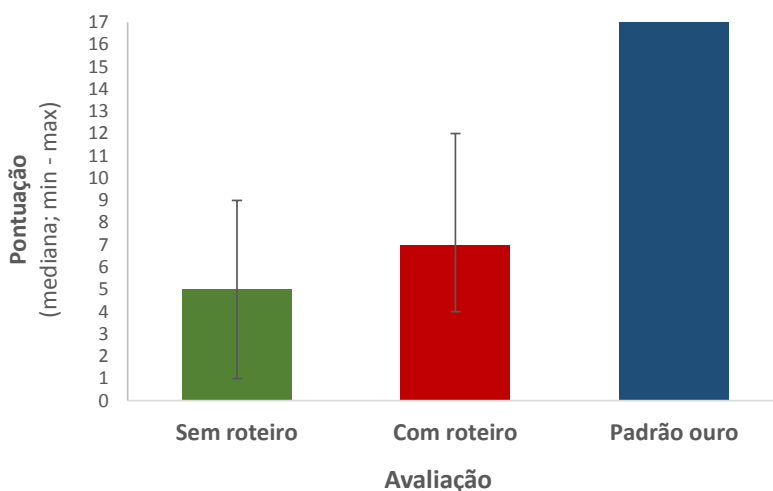


Figura 5 - Gráfico que mostra os resultados obtidos com a descrição da anamnese da lesão A

Tabela IV - Anamnese lesão B

	n	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	p*
B -Pontuação_semroteiro	42	3,9	2,1	4	1	10	
B -Pontuação_comroteiro	42	6,2	2,6	6	2	12	<0.001
B - Padrão-ouro	16						

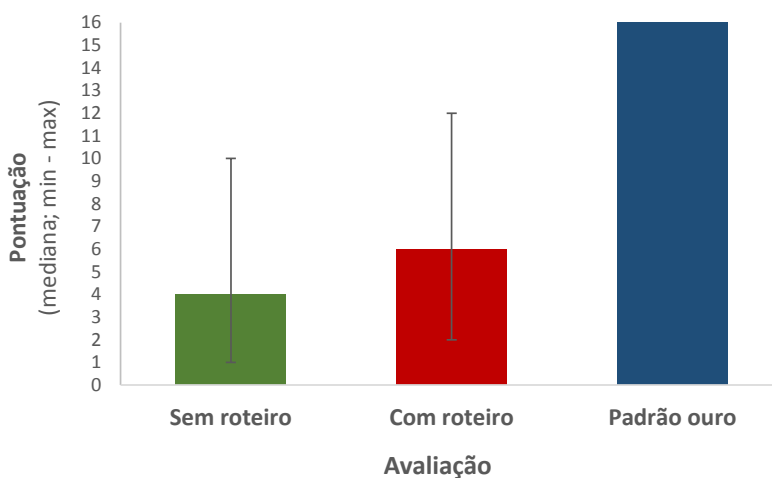


Figura 6 - Gráfico que mostra os resultados obtidos com a descrição da anamnese da lesão B

Concordância com o padrão-ouro

Nas tabelas a seguir são apresentados os resultados da concordância/discordância da avaliação “com roteiro” com o padrão-ouro.

Tabela V - Concordância da descrição da lesão A com a descrição feita com auxílio do roteiro

Avaliação da lesão A	n	%
Discordante	24	49,0
Concordante	25	51,0
Total	49	100,0

Para a lesão A, considerando-se a avaliação “com roteiro”, o percentual de concordância com o padrão-ouro está estimado em 51%, com intervalo de confiança de 95%, dado por 37% a 65%, conforme observado na figura 7.

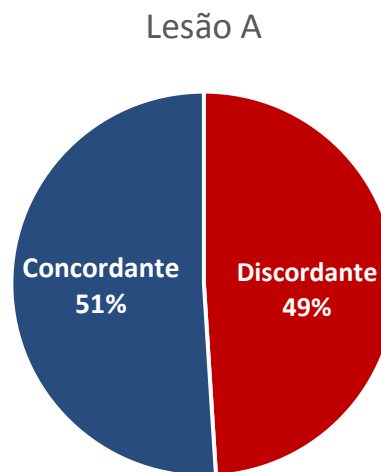
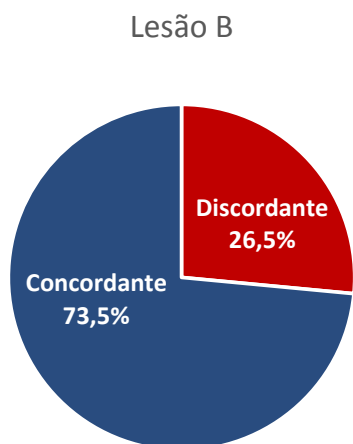


Figura 7 - Gráfico com os resultados relativos à concordância da descrição da lesão A com o padrão-ouro

Tabela VI - Concordância da descrição da lesão B com a descrição feita com auxílio do roteiro

Avaliação da lesão B	n	%
Discordante	13	26,5
Concordante	36	73,5
Total	49	100,0

Para a lesão B, levando-se em conta a avaliação “com roteiro”, o percentual de concordância com o padrão-ouro está estimado em 73,5%, com intervalo de confiança de 95%, dado por 61,1% a 85,5%.

**Figura 8** - Gráfico com os resultados relativos à concordância da descrição da lesão B com o padrão-ouro

Discussão

O conteúdo das guias de referência e contrarreferência é a matéria-prima da ação regulatória. É com base nelas que as patologias são analisadas e a opção terapêutica e priorização para cada caso são definidas. Tem-se clara a importância desses instrumentos e, conseqüentemente, o papel das equipes de saúde responsáveis pela elaboração deles para que o processo seja resolutivo [8]. Isso porque cerca de 11% dos pacientes diagnosticados com câncer não foram priorizados em decorrência de documentos de referência inadequadamente formulados [21]. O uso de roteiros auxiliares à elaboração desses documentos é relatado em alguns estudos como facilitador da inclusão de maior detalhamento nos documentos de referência, o que traz benefícios [1, 16, 23]. Porém autores ponderam que o emprego deles parece não melhorar a qualidade dos documentos de referência [18]. Poucos estudos avaliaram a qualidade de formulários de

referência e contrarreferência no âmbito específico da área de Estomatologia. Todavia, tratando-se do uso de roteiros na área médica, Clarke *et al.* [8] fizeram uma revisão sistemática para analisar se eles melhoravam a qualidade da referência para cirurgias eletivas. Os estudos foram contraditórios a respeito do efeito no aprendizado dos generalistas, mas todos aqueles que avaliaram seu uso na realização do diagnóstico relataram melhora. No entanto, em um dos poucos estudos que aferiram o impacto de um roteiro descritor de lesões bucais [15], o qual foi base para este estudo, o roteiro demonstrou ter potencial para que os cirurgiões-dentistas desenvolvessem melhores descrições estomatológicas, em comparação à descrição livre. Porém a pesquisa afirma que ainda há necessidade de desenvolvimento de mais estudos sobre a efetividade do instrumento, tanto no que se refere à qualificação das descrições quanto ao impacto na comunicação interprofissional. Considerando o exposto nos dados referenciados e no presente estudo, deduz-se que o roteiro para descrição de lesões bucais utilizado neste estudo e no de Meurer *et al.* [15], OralDESC, obteve refinamento das descrições quando comparadas às escritas livres de apoio padronizante, concordando assim com o obtido em outras investigações [1, 16, 23].

Conclusão

Com os resultados obtidos, infere-se que o uso do roteiro para descrição de lesões OralDESC obteve uma significativa melhoria nas descrições redigidas pelos cirurgiões-dentistas. Entretanto necessita de um aperfeiçoamento aplicado à realidade dos profissionais da SMS Curitiba, os quais já têm um excelente sistema de prontuário eletrônico; este merece um aprimoramento de seu *layout*, com relação à inserção do roteiro de descrição de lesões bucais. Propõe-se, portanto, um novo estudo para que seja desenvolvido o próprio roteiro descritivo a ser inserido no sistema E-Saúde.

Referências

- Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;2008(4): CD005471 [cited 2022 Jan 11]. Available from: URL:<https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005471.pub2>.

2. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1026-35.
3. Berta W, Barnsley J, Bloom J, Cockerill R, Davis D, Jaakkimainen L et al. Enhancing continuity of information. *Can Fam Physician*. 2009;55(6).
4. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Available from: URL:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.270 e n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Available from: URL:https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília; 2018. 350 p.
8. Clarke A, Blundell N, Forde I, Musila N, Spitzer D, Naqvi S et al. Can guidelines improve referral to elective surgical specialties for adults? A systematic review. *Qual Safety Health Care*. 2010;19(3):187-94.
9. Ferreira JBB, Caldas DC, Santos LL, Ribeiro LC, Chaves LDP. Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;11(38):1-12.
10. Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1005-13.
11. François J. Tool to assess the quality of consultation and referral request letters in family medicine. *Can Fam Physician*. 2011;57(5):574-5.
12. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008;7(1):65-72.
13. Kniest G, Stramandinoli RT. Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). *RSBO*. 2011;8(1):
14. Leôncio LL, Batista ÉPC, Queiroz FS, Nóbrega BC, Costa LED. Diagnóstico e encaminhamento de pacientes com doenças bucais no serviço público de saúde de Patos – PB: atuação do cirurgião-dentista na referência e contrarreferência. *Arq Odontol*. 2016;51(4).
15. Meurer MI, Zimmermann C, Grando LJ. Proposta de um roteiro de apoio à descrição de lesões bucais como instrumentalização para a comunicação profissional. *Rev ABENO*. 2016;15(3):2-15.
16. Moloney J, Stassen LF. An audit of the quality of referral letters received by the department of oral and maxillofacial surgery, Dublin dental school and hospital. *J Ir Dent Assoc*. 2010;56(5):221-3.
17. Navarro CM, Miranda ÍAN, Onofre MA, Sposto MR. Referral letters in oral medicine: standard versus non-standard letters. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2002;31(5):537-43.
18. O'Brien K, Wright J, Conboy F, Bagley L, Lewis D, Read M et al. The effect of orthodontic referral guidelines: a randomised controlled trial. *Br Dent J*. 2000;188(7):6.
19. O'Byrne L, Darlow C, Roberts N, Wilson G, Partridge MR. Smoothing the passage of patients from primary care to specialist respiratory opinion. *Prim Care Respir J*. 2010;19(3):248-53.
20. Piterman L, Koritsas S. Part I. General practitioner-specialist relationship: general practitioner-specialist relationship. *Intern Med J*. 2005;35(7):430-4.
21. Souza GCA, Lopes MLDS, Roncalli AG, Medeiros Júnior A, Costa IDCC. Referência e contrarreferência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev Salud Pública*. 2015;17(3):416-28.
22. Tattersall MHN, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors' letters. *Med J Aust*. 2002;177(9):516-20.
23. White DA, Morris AJ, Burgess L, Hamburger J, Hamburger R. Facilitators and barriers to improving the quality of referrals for potential oral cancer. *Br Dent J*. 2004;197(9):537-40.
24. White P, Singleton A, Jones R. Copying referral letters to patients: the views of patients, patient representatives and doctors. *Patient Educ Couns*. 2004;55(1):94-8.