

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ESPECIALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE NA BAHIA

Luciana Farias Souza^a
Sônia Cristina Lima Chaves^b

Resumo

A atual Política de Saúde Bucal no Brasil tem ampliado a oferta de ações especializadas em odontologia. O presente estudo avaliou a oferta, utilização e acesso dos usuários a esse serviço em um município de médio porte na Bahia. Este foi um estudo de corte transversal por meio de entrevista estruturada junto aos usuários e análise de dados secundários. O estudo revelou que a maioria dos usuários fez/está fazendo tratamento odontológico na atenção básica (61,0%). A análise bivariada apontou para diferenças significantes entre o tipo de procedimento especializado e a integralidade na atenção básica ($p=0,009$), entre o tipo de procedimento e o tempo para agendamento ($p=0,004$) e a faixa etária do usuário ($p=0,000$), sendo a integralidade menor entre adultos em busca de prótese. O tempo de agendamento da primeira consulta variou entre as especialidades, mas 44,5% dos usuários conseguiram agendar para até 15 dias. A taxa de utilização do serviço foi muito baixa para a endodontia e a cirurgia oral menor (16,1% e 26,5%, respectivamente). Recomenda-se a adoção de um sistema de gestão de metas por especialidade para aumentar a taxa de utilização do serviço e reduzir a principal barreira organizacional identificada, que foi a dissociação entre a oferta potencial e a utilização.

Palavras-chave: Assistência odontológica. Avaliação dos serviços de saúde. Política de saúde. Acessibilidade.

THE BRAZILIAN DENTAL HEALTH POLICY: ACCESSIBILITY, OFFERING AND UTILIZATION OF PUBLIC SPECIALIZED DENTAL CARE IN A CITY AT BAHIA, BRAZIL

Abstract

The current National Dental Health Policy accessibility has broaden the offer of specialized dental care actions in Brazil. The present study evaluated the offer, use and access to

^a Secretaria de Saúde de Vitória da Conquista. Vitória da Conquista – Bahia. lufasoodonto@hotmail.com

^b Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Departamento de Odontologia Social e Pediátrica.
Endereço para correspondência: Avenida Araújo Pinho, 62, 6º andar, Canela, Salvador, BA. CEP: 40 110-912.
schaves@ufba.br.

the service by users in a in a medium-sized municipality in Bahia. It was a cross-sectional study was carried out by means of a structured interview of 148 users and the analysis of secondary databases. The study revealed that most users had or are having dental care in the primary healthcare (61.0%). Bivariate analysis showed relevant differences between this specialized type of treatment and the integrality in primary health care ($p=0,009$), between the type of procedure and the time for scheduling ($p=0,004$) and the age range of the user ($p=0,000$), the integrality being smaller among adults looking for a prosthesis. The time of scheduling varied greatly among the specialties, but 44.5% of the users managed to schedule within 15 days. The service use rate of the was very low for endodontic procedure and minor oral surgery (16.1% and 26.5%, respectively). It is recommended a goals management system to increase the dental health service use rate of utilization and to reduce the main organizational barrier identified.

Key words: Dental health care. Health services evaluation. Health policy. Accessibility.

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD BUCO-DENTAL: ACCESIBILIDAD, Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DENTARIOS ESPECIALIZADOS EN UNA CIUDAD DE TAMAÑO MEDIO EN LA BAHÍA

Resumen

La política actual de la salud buco-dental en Brasil ha ampliado la oferta de acciones especializadas en odontología. Esta investigación evaluó la oferta, el uso y el acceso de los usuarios a este servicio en una ciudad de medio porte en la Bahía. Fue un estudio de corte transversal a través de entrevista semiestructurada con los usuarios y análisis de datos secundarios. El estudio reveló que la mayoría de los usuarios hacía tratamiento odontológico en la atención básica (61.0%). El análisis bivariado indicó diferencias significativas entre el tipo de procedimiento especializado y el tratamiento completo en la atención básica ($p=0,009$), entre el tipo de procedimiento y el tiempo para el agendamiento ($p=0,004$) y la edad del usuario ($p=0,000$), siendo muy baja la integralidad entre los adultos en busca de prótesis. El tiempo para agendamiento de la primera consulta varió entre las especialidades, pero 44.5% de los usuarios consiguieron agendar la primera consulta dentro de 15 días. La tasa de utilización del servicio fue muy baja para la endodoncia y la cirugía oral menor (16.1% y 26.5%, respectivamente). Se recomienda la adopción de un sistema de gestión por metas por especialidades para aumentar la tasa de uso y reducir la principal barrera organizacional identificada, o sea, la disociación entre la oferta potencial y el uso del servicio especializado.

Palabras clave: Asistencia odontológica. Evaluación de los servicios de salud. Política de salud. Accesibilidad.

INTRODUÇÃO

Inquéritos Epidemiológicos relativos à saúde bucal têm apontado um quadro preocupante para os adultos jovens e idosos, com uma alta proporção de dentes perdidos e uma grande necessidade de tratamento protético e outros procedimentos especializados.¹ A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) aponta que a utilização de serviços odontológicos pela população brasileira é baixa, e reduz com a idade.² As razões para a baixa utilização podem estar associadas à disponibilidade, barreiras de acesso a serviços odontológicos e às características dos sistemas municipais de saúde.³

Em 2004, foi formulada na agenda política brasileira a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB),¹ que visa, entre outros objetivos, viabilizar a oferta da atenção especializada por meio, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

Estudos sobre a formulação da PNSB que discutem como a saúde bucal passou a fazer parte da agenda política do governo federal apontam que sua centralidade na agenda do governo Lula foi resultado da ação estratégica de um grupo de atores, envolvidos com o movimento sanitário.^{4,5} Essa formulação constituiu-se em relevante iniciativa na medida em que, pela primeira vez, se caracteriza uma política com vista à integralidade da atenção no âmbito odontológico, haja vista que estudos apontam que os componentes da integralidade na saúde bucal ainda estão pouco implantados.^{6,7}

A análise da implementação dessa política aponta que até 2008 havia mais de 600 CEOs implantados, dos quais 51 localizam-se na Bahia e outros 228 estão em fase de implementação em todo o país.⁸

Embora as políticas atuais representadas pela PNSB pareçam estar na direção correta, seus resultados ainda são preliminares, ainda não há consolidação política para enfrentar as dimensões estruturais e particulares que determinam as iniquidades em saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos nos vários níveis de complexidade do sistema de saúde.⁹

Estudos sobre a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde têm sido considerados como preliminares para avaliação das intervenções em saúde.¹⁰ Portanto, a utilização dos serviços de saúde encontra-se no centro do funcionamento dos sistemas de saúde, e seu processo é resultante da interação do comportamento dos usuários que procuram os cuidados e dos profissionais que os conduzem dentro deste sistema de saúde. A utilização dos serviços estaria relacionada aos fatores de acesso (ato de ingressar, entrada) e acessibilidade (caráter ou qualidade do que é acessível). Não obstante a polissemia e abrangência aplicada nos conceitos de utilização e acesso de serviços de saúde, a preferência por diversos autores têm se concentrado no termo acessibilidade.¹¹

A acessibilidade é definida por aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população.¹² A acessibilidade está relacionada aos recursos de poder de utilização dos usuários e aos obstáculos colocados pelos serviços de saúde à sua utilização segundo as dimensões geográficas, organizacionais e econômicas.¹³ O poder de utilização dos usuários relaciona-se com o poder de tempo e transporte, poder econômico e o poder estabelecido na relação com a organização.

A articulação entre acessibilidade, oferta e utilização é evidente, logo pesquisas integradoras, evidenciando diferentes dimensões de uma mesma problemática, devem ser estimuladas. Assim, o presente estudo visou avaliar a oferta, utilização e acesso aos serviços do Centro de Especialidades Odontológicas em um município de médio porte no estado da Bahia.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal por meio de entrevistas estruturadas junto aos usuários do serviço, bem como análise de dados secundários de produção ambulatorial de um Centro de Especialidades Odontológicas, em um município baiano de médio porte.

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO EM ESTUDO

O município encontra-se, desde 1999, habilitado na gestão plena no sistema de saúde e tem buscado organizar a rede de serviços priorizando a atenção básica. A rede de atenção básica de serviços de saúde é composta por 7 Unidades Básicas Tradicionais (UBT) e 27 Unidades de Saúde da Família (USF), onde estão implantadas 38 Equipes de Saúde da Família e 29 Equipes de Saúde Bucal (ESBs), o que corresponde a 51,6% de cobertura.

Em estudos anteriores, o município foi apontado como exitoso na implantação da gestão descentralizada do SUS.¹⁴ No ano de 2006, o município realizou a I Conferência Municipal de Saúde Bucal para construção compartilhada entre profissionais e gestão das Diretrizes da Atenção à Saúde Bucal.

PRINCIPAIS CONCEITOS E VARIÁVEIS UTILIZADAS

O conceito de *integralidade* aqui utilizado refere-se à garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde.¹⁵

A *oferta* refere-se à capacidade de produção de procedimentos dos serviços, considerando a carga horária disponível dos profissionais. A *utilização*, por sua vez, está relacionada à produção ambulatorial dos serviços de todos os procedimentos demandados,

retratando a utilização do serviço odontológicos pelos usuários.¹⁶ A taxa de utilização refere-se à relação entre a oferta de serviços e a utilização dos mesmos pelos usuários, com a seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Utilização} = \frac{\text{Utilização (produção ambulatorial)}}{\text{Oferta (capacidade de produção)}} \times 100$$

A acessibilidade neste estudo refere-se à facilidade no uso dos serviços analisada como uma relação entre as barreiras decorrentes das características dos serviços de saúde (organização e localização) e os recursos de poder dos usuários para superá-las.^{12,13} Assim, na *acessibilidade*, foram observadas:

- a) as barreiras organizacionais quanto à forma de marcação de consulta, origem do usuário (atenção básica, livre demanda e outros), horário de marcação, existência de filas, atendimento com hora marcada, tempo de espera para marcar, tempo entre o dia da marcação da consulta e o dia da primeira consulta e tempo para consulta de retorno;
- b) as barreiras geográficas quanto ao meio de transporte utilizado e o tempo de deslocamento;
- c) as barreiras socioeconômicas e sociais como a escolaridade e renda desse usuário.

No que se refere à *utilização* dos serviços, foi observado:

- a) *integralidade* do cuidado, relacionada à condução horizontal (tipos de procedimentos realizados na atenção básica) e vertical (relação estabelecida entre os demais níveis de complexidade);
- b) *motivo que originou a busca* pelo serviço conforme a necessidade de tratamento quanto às seguintes especialidades: endodontia, periodontia, tratamento em pacientes especiais, ortodontia, cirurgia, prótese, cirurgia oral menor e lesão de mucosa.

PLANO AMOSTRAL DOS USUÁRIOS

Foi definida uma amostra de demanda dos usuários a serem entrevistados no CEO deste município segundo os dados de utilização dos serviços de média complexidade no ano de 2007, por meio do SIA-SUS.

O cálculo da amostra aleatória foi simples, sem reposição para os usuários ($P=0,50$; $d=0,08$ e nível de confiança de 95%). Como a frequência do evento em estudo é desconhecida (proporção da população que utiliza o serviço), utilizou-se, para estimar a variabilidade, a proporção máxima ($P= 0,50$) sob o nível de confiança de 95%, admitindo-se um erro máximo de 8% ($d=0,08$) entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional. O tamanho da amostra foi calculado conforme a seguinte expressão:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P) * N / [d^2 (N-1) + z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)]$$

Onde,

P =proporção máxima de indivíduos que utilizaram o serviço ($P=0,50$, desconhecida);

N =total de usuários que utilizaram os serviços do CEO pelo SIA-SUS (N);

d =erro amostral ($d=0,08$);

$z_{1-\alpha/2} = 1,64$ – percentil da distribuição gaussiana que corresponde ao nível de confiança $1 - \alpha$, para hipótese bilateral.

Um total de 148 indivíduos foi entrevistado na sala de espera do CEO enquanto aguardavam o atendimento. Foi realizado um pré-teste para validar o instrumento. Três pesquisadores treinados realizaram as entrevistas entre abril e junho de 2008. Os dados foram digitados no programa Epi-Info, versão 6.04b; para a análise, foi utilizado o pacote estatístico Stata versão 8, com análise exploratória univariada e bivariada. Para verificar as possíveis discrepâncias entre as proporções, foi utilizado o teste de Pearson e também o teste exato de Fisher para amostras menores ou iguais a cinco por categoria. O projeto obteve aprovação do Conselho de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

FONTE DE DADOS

Para o cálculo da utilização, recorreu-se aos dados secundários da produção do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) desse serviço no período de junho de 2007 a maio de 2008. Foram incluídos todos os procedimentos definidos em cada código por especialidade, exceto a consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada, código inserido na tabela unificada de 2008.

Para o cálculo da oferta, foi considerada uma carga horária de vinte horas semanais por profissional, durante quatro semanas por mês, durante onze meses ao ano (um mês para férias). O padrão de produção ambulatorial utilizado para a especialidade de endodontia e periodontia foi de dois procedimentos por hora, inferior ao proposto para a atenção básica

odontológica, pela Portaria nº. 1.101/GM, de 12 de junho de 2002. Para a cirurgia oral menor, o padrão proposto foi de três procedimentos por hora, o mesmo sugerido por esta portaria.¹⁷ A oferta potencial seria de 1.760 procedimentos por ano para periodontia e endodontia e 2.640 procedimentos para cirurgia oral menor. Foi excluído da análise da taxa de utilização (relação oferta/utilização) o procedimento de prótese, que, embora ativo, não possuía a habilitação do LRPD.

RESULTADOS

As características dos usuários do Centro de Especialidades Odontológicas apontam que de um total de 148 pessoas entrevistadas, 74,3% eram mulheres e 25,7% homens. A idade variou entre 3 e 75 anos, e um número significativo dos entrevistados tinha idade acima dos 36 anos (41,2%). A baixa escolaridade esteve presente com 12,3% dos entrevistados analfabetos e 32,8% com ensino básico incompleto e completo. Chamou a atenção que grande parte dos usuários (70,2%) não possuía emprego formal, dos quais 18,2% diziam ser estudantes ou estagiários. A maioria dos usuários possui rendimento familiar de até um salário mínimo (SM) (58,1%).

Quanto ao acesso organizacional, a maioria chegou ao serviço via atenção básica. As USF foram responsáveis por 71,7% dos encaminhamentos, seguindo-se da UBT com 23,7%. A forma de agendamento predominante no município foi por meio da central de marcação, representando 89,1% dos casos, o que explica a ausência das filas para marcação.

Cerca de 30% dos usuários apontaram que o tempo para a primeira consulta chegou a mais de 31 dias (**Tabela 1**). Chamou a atenção que a maioria dos usuários relatou um tempo médio para a consulta de retorno de até 30 dias (79,7%), mas há um número importante que alcança 90 dias para retorno (15,2%).

Tabela 1. Distribuição das características do acesso dos usuários ao Centro de Especialidades Odontológicas (n=148). Município de médio porte. Bahia – 2008

Variáveis	N(%)
(continua)	
Forma de acesso ao CEO	
Livre demanda	5(3,3)
Referência da Unidade Básica tradicional	35(23,7)
Referência da USF	106(71,7)
Outros	2(1,3)
Forma de marcação	
Marcou presencialmente na recepção	7(4,8)
Marcou via Central de Marcação	132(89,1)
Outros	9(6,1)

Tabela 1. Distribuição das características do acesso dos usuários ao Centro de Especialidades Odontológicas (n=148). Município de médio porte. Bahia – 2008

Variáveis	(conclusão) N(%)
Fila para marcar	
Sim	4(2,7)
Não	144(97,3)
Tempo entre a marcação e a consulta	
Até 15 dias	68(46,0)
Entre 16 dias e 30 dias	41(27,7)
Entre 31 dias e 90 dias	29(19,6)
Mais que 90 dias	10(6,7)
Tempo entre o encaminhamento pelo CD e a consulta (n=146)	
Até 15 dias	66(45,2)
Entre 16 dias e 30 dias	41(28,0)
Entre 31 dias e 90 dias	29(20,0)
Mais que 90 dias	10(6,8)
Tempo para consulta de retorno (n=79)	
Até 15 dias	31(39,2)
Entre 16 dias e 30 dias	32(40,5)
Entre 31 dias e 90 dias	12(15,2)
Mais que 90 dias	4(5,1)
Consulta com hora marcada	
Sim	0(0,0)
Não	148(100,0)
Meio de transporte utilizado	
Ônibus	131(88,5)
Caminhando	2(1,4)
Outros (bicicleta, carro, moto)	15(10,1)
Tempo de deslocamento (n=147)	
Até 15 minutos	13(8,8)
Entre 16 e 40 minutos	66(44,6)
Mais que 40 minutos	69(46,6)

Os procedimentos especializados mais buscados por esse grupo de usuários foi o tratamento endodôntico e protético, com 35,1% e 25%, respectivamente. Destacaram-se o pequeno número de usuários entrevistados para o tratamento periodontal e pacientes especiais (6,8%).

O tempo para a consulta de retorno não apontou significativa diferença entre as especialidades (**Tabela 2**). A totalidade dos usuários afirmou que a consulta não foi com hora marcada (**Tabela 1**). No componente acesso geográfico, pôde-se observar que o meio mais utilizado foi o transporte público, representando 88,5%. Um obstáculo percebido refere-se ao tempo de deslocamento, que chegou a mais de 40 minutos, fato referido por 46,6% dos usuários. Para 44,6% dos usuários, o tempo variou entre 16 e 40 minutos. Isso pode estar relacionado à localização desse CEO, fora do centro da cidade, principalmente por se tratar de um município com extensa área territorial (**Tabela 1**).

Tabela 2. Número e percentual de usuários segundo o tempo para agendamento da consulta, tempo de encaminhamento para o CEO e tempo para a consulta de retorno por tipo de procedimento demandado no Centro de Especialidades Odontológicas (n=128), exceto Ortodontia. Município de médio porte. Bahia – 2008

Covariáveis	Tipo de procedimento				Chi ²	P Valor
	Endodontia	Periodontia e cirurgia	Prótese	Total		
Tempo para agendamento da consulta (n=128)						
Até 15 dias	30(57,7)	15(38,5)	12(32,4)	57(44,5)	14,4130	0,004**
Entre 16 e 30 dias	17(32,7)	9(23,1)	10(27,0)	36(28,1)		
Mais que 30 dias	5(9,6)	15(38,4)	15(40,6)	35(27,4)		
Tempo entre o encaminhamento do dentista e a consulta (n=126)						
Até 30 dias	46(90,2)	24(61,5)	21(58,3)	91(72,2)	14,8058	0,001**
Entre 31 e 40 dias	0(0,00)	1(2,6)	2(5,6)	3(2,4)		
Superior a 40 dias	5(9,8)	14(35,9)	13(36,1)	32(25,4)		
Tempo para a consulta de retorno (n=73)						
Até 10 dias	14(50,0)	5(27,8)	11(40,7)	30(41,1)	4,5849	0,346**
Entre 15 e 60 dias	12(42,9)	8(44,4)	10(37,1)	30(41,1)		
Superior a 60 dias	2(7,1)	5(27,8)	6(22,2)	13(17,8)		

* P valor obtido pelo teste qui-quadrado de Pearson.

** P valor obtido pelo teste exato de Fisher.

No componente da integralidade, observou-se que 61% dos usuários relataram estar em tratamento odontológico ou tiveram seu tratamento concluído na atenção básica. Contudo, a maioria dos entrevistados relatou não ter recebido nenhum instrumento de referência e contrarreferência (74,3%), o que pode se considerado um ponto para melhoria no uso dos protocolos assistenciais pelas ESBs (**Tabela 3**).

Tabela 3. Distribuição percentual das características da demanda e integralidade da atenção à saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas (n=148). Município de médio porte. Bahia – 2008

Variáveis	N(%)
Tipo de procedimento realizado	
Tratamento endodôntico	52(35,1)
Tratamento periodontal e pacientes especiais	10(6,8)
Cirurgia oral menor e lesão de mucosa	29(19,6)
Prótese	37(25,0)
Ortodontia	20(13,5)
Tratamento concluído ou em tratamento na atenção básica	
Sim	90(61,0)
Não	58(39,0)
Encaminhamento com ficha de referência e contra-referência	
Sim	38(25,7)
Não	110(74,3)
Procedimentos realizados na atenção básica (n=90)	
Restauração / Limpeza	56(37,9)
Higiene Bucal Supervisionada	56(37,9)
Exodontia	23(15,5)
Aplicação tópica de Flúor	48(32,4)
Reimplantação de dente avulsionado	38(25,7)
	1(0,7)

Dentre os procedimentos mais realizados na atenção básica, destacaram-se o tratamento restaurador e a profilaxia (37,9% dos usuários). Poucos usuários relataram a realização de higiene bucal supervisionada (15,5%). (**Tabela 3**).

A análise bivariada apontou para diferenças significantes entre o tipo de procedimento no CEO e o tratamento realizado na atenção básica ($p=0,009$), ou seja, a maioria dos usuários que demandaram tratamento endodôntico estava fazendo ou fez tratamento na atenção básica (69,3%), enquanto apenas 37,8% daqueles que demandaram prótese tiveram tratamento odontológico completo no nível primário da assistência. Houve diferença também entre o tipo de procedimento e o tempo para agendamento (0,004) e a faixa etária do usuário ($p=0,000$), na medida em que a maioria dos usuários que buscaram tratamento endodôntico o fez em até 15 dias (57,7%), enquanto para periodontia/cirurgia oral menor e prótese apenas 38,5% e 32,4% dos usuários o fizeram nesse mesmo período (Tabela 3 e 4). Quanto à faixa etária, chamou a atenção o fato de os mais jovens buscarem tratamento endodôntico e periodontal/cirúrgico, enquanto aqueles acima de 50 anos buscavam, em sua maioria, tratamento protético (**Tabela 4**).

Tabela 4. Número e percentual de usuários segundo o tratamento completo na atenção básica, escolaridade e faixa etária por tipo de procedimento demandado no Centro de Especialidades Odontológicas (n=128), exceto Ortodontia. Município de médio porte. Bahia – 2008

Covariáveis	Tipo de procedimento					Chi ²	P Valor
	Endodontia	Periodontia e cirurgia	Prótese	Total			
Tratamento completo na Unidade de Saúde (n=128)							
Sim	36(69,3)	25(64,1)	14(37,8)	75(58,6)	9,4829	0,009*	
Não	16(30,7)	14(35,9)	26(62,2)	53(41,4)			
Faixa etária (n=128)							
0 - 21 anos	20(38,4)	11(28,2)	1(2,7)	32(25,0)	44,8334	0,000**	
22 - 50 anos	29(55,8)	24(61,5)	14(37,8)	67(52,3)			
Maior que 50 anos	3(5,8)	4(10,3)	22(59,5)	29(22,7)			
Escolaridade (n=127)							
Analfabeto	5(9,6)	5(13,2)	6(16,2)	16(12,6)	1,7882	0,770**	
Fundamental e básico incomp. e completo	30(57,7)	22(57,9)	23(62,2)	75(59,1)			
Ensino médio e superior incomp. e completo	17(32,7)	11(28,9)	8(21,6)	36(28,4)			

* P valor obtido pelo teste qui-quadrado de Pearson.

** P valor obtido pelo teste exato de Fisher.

Observou-se uma baixa taxa de utilização dos procedimentos de endodontia e cirurgia, representando 16,1% e 26,5%, respectivamente. Ou seja, a relação entre o que deveria ser ofertado e o que está sendo utilizado está muito abaixo do padrão desejável de bom desempenho dos serviços de saúde. Nos procedimentos de periodontia, a taxa de utilização foi de 104,6%, que pode ser explicada pelo tipo de procedimento que tem maior demanda, a raspagem corono-radicular por sextante, que deveria ser um procedimento eminentemente da atenção básica (**Tabela 5**).

Tabela 5. Distribuição percentual da oferta e utilização nas especialidades endodontia, periodontia e cirurgia oral menor no Centro de Especialidades Odontológicas. Município de médio porte, Bahia – 2007/2008

Indicadores	2007/2008
Oferta potencial por especialidade/ano	
Endodontista (4 profissionais)*	7.040
Periodontista (1 profissional)*	1.760
Cirurgião oral menor (1 profissional)**	2.640
Oferta real por especialidade/ano	
Endodontista	1.135
Periodontista	1.841
Cirurgião oral menor	701
Relação oferta/utilização (Taxa de utilização) (%)	
Endodontista	16,1
Periodontista	104,6
Cirurgião oral menor	26,5

Fonte: SIA/SUS

*Padrão proposto para endodontia e periodontia: 2 procedimentos por hora por profissional, considerando 20 horas de trabalho por semana, quatro semanas no mês em 11 meses no ano.

**Padrão proposto para cirurgia: 3 procedimentos por hora por profissional, considerando 20 horas de trabalho por semana, quatro semanas no mês em 11 meses no ano.

Essa aparente contradição entre o pequeno tempo para marcação de tratamento endodôntico e a baixa taxa de utilização desse serviço pode ser explicada pela realização de apenas procedimento endodôntico em dentes uni-radiculares desde a implementação do serviço em 2001. De alguma maneira, as necessidades de tratamento endodôntico uni-radicular no município estão quase “esgotadas”.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo demonstram que o perfil socioeconômico dos usuários atendidos pelo SUS é similar ao de outras pesquisas, com predomínio da baixa escolaridade e renda familiar, e maior participação do sexo feminino.^{2,3} O predomínio de mulheres pode ser atribuído à maior percepção das necessidades de saúde. Observou-se uma diferença no que se refere ao grupo etário, com uma maior participação de adultos e jovens, diferentemente do que apontam outros estudos sobre a utilização de serviços de saúde.¹⁸⁻²⁰ A justificativa deve estar provavelmente na inclusão de serviços odontológicos na atenção especializada, o que pode ser considerado positivo, haja vista ser a assistência odontológica pública voltada especialmente para crianças em idade escolar e gestantes.

No Brasil, estudos têm apontado a existência de significativas diferenças nas taxas de utilização dos serviços de saúde, que como consequência acabam produzindo desigualdades de acesso como reflexo das desigualdades sociais.^{16,20} Este estudo reforça essa afirmativa em razão da identificação de alguns obstáculos organizacionais e geográficos que podem estar dificultando o acesso e a utilização dos serviços. A existência de um profissional de saúde da atenção básica responsável pela continuidade do cuidado na referência facilitou o acesso, conforme aponta estudo de revisão sistemática,¹⁹ mas as barreiras organizacionais, que são passíveis de intervenção por parte dos gestores dos sistemas de saúde, foram preponderantes. As barreiras organizacionais referiram-se principalmente ao tempo para a realização da consulta, que chega a demorar mais de noventa dias, referido por 6,7% dos usuários.

Estudo de Ribeiro-Sobrinho, Souza, Chaves¹⁶ apontou para uma baixa cobertura real dos procedimentos especializados, e entre os obstáculos avaliados do serviço odontológico, constatou a marcação como principal obstáculo, o que não ocorreu neste estudo em particular. No presente estudo, observou-se uma baixa taxa de utilização dos procedimentos endodônticos e cirúrgicos (16,1% e 26,5%, respectivamente), que pode ser explicada pela falta de um sistema de gestão de metas de produção por especialidade. Para os procedimentos periodontais, a taxa foi superior ao esperado, 104,6%, que pode estar associada ao elevado número de raspagens corono-radiculares que vêm sendo realizadas no CEO, representando aproximadamente 70% do total de procedimentos periodontais realizados. Essa evidência revelou também as prováveis dificuldades da atenção básica, gerando encaminhamentos indevidos para o especialista, o que pode ser considerado um desvio do que é proposto pelo protocolo municipal de saúde bucal desse município.

Outra barreira identificada se refere ao tempo de deslocamento para o CEO, que, na maioria, ultrapassou 40 minutos em virtude da distância para o centro urbano, o que pode ser justificado pelo tipo de transporte utilizado pelos usuários, transporte público, agregando custo para eles. Estudos que investigam barreiras geográficas apontam como tempo médio ideal de deslocamento cerca de quinze minutos.¹⁶

Alguns estudos têm destacado a relevância da integralidade como continuidade do cuidado e sua intencionalidade. Em Florianópolis, um estudo sobre a implantação de Equipes de Saúde da Família apontou alguns problemas em decorrência do número insuficiente de profissionais na referência para os serviços especializados e o comprometimento que esta barreira organizacional poderia causar à integralidade.²¹ No presente estudo, de alguma maneira essa integralidade tem sido garantida, mas foram observadas algumas dificuldades na garantia

da continuidade do cuidado, já que a maioria dos usuários (75%) relatou não ter recebido a ficha de referência da atenção básica.

No que se refere à integralidade, portanto, a maioria dos usuários realizou algum procedimento na atenção básica, sendo os mais citados aqueles de caráter restaurador/preventivo como limpeza dentária, restaurações e aplicação de flúor. A realização de procedimentos cirúrgicos pode estar relacionada a não adequação do serviço de endodontia, ampliando a oferta deste serviço para dentes bi e trirradiculares, representando ainda uma lacuna e ponto para melhoria da integridade à saúde bucal nesse município. Ou seja, os serviços devem adequar-se às necessidades de saúde da população e não às necessidades de oferta dos profissionais do serviço.

Entre as especialidades, a prótese tem sido aquela na qual se observou a menor integralidade, em que a maioria dos usuários (62,2%) não estava em tratamento na atenção básica. Esse fato deve ser investigado com mais rigor, porque pode estar relacionado com o tipo de prótese necessária, no caso a prótese total, mas também pode estar indicando pouca integração dessa ação reabilitadora às ações de promoção, prevenção e restauração prévias junto a esses usuários, considerando-se o conceito de integralidade assumido pelo presente estudo.

A baixa taxa de utilização pode ser reveladora de problemas de gestão do serviço, na medida em que cabe à gestão a supervisão e o acompanhamento do trabalho dos demais agentes no serviço. Cabe destacar que todos os profissionais de saúde especialistas, atuantes no CEO, têm inserção no setor privado, o que exige da gestão municipal um esforço na manutenção de padrões de produção desse serviço para ajustá-los às necessidades do sistema público de saúde municipal, o que pode gerar tensões importantes no grupo. A problemática da dupla inserção dos profissionais cirurgiões-dentistas (setor público e setor privado) deve ser incorporada como uma realidade pelos gestores públicos, já identificada em estudo anterior.²²

A PNSB no componente da implementação do serviço odontológico de média complexidade nesse município tem apontado para ajustes da política no que se refere à oferta de outras especialidades e alguma articulação com a atenção primária, mas revela a necessidade de maior programação da oferta de serviços pela gestão e maior adequação dessa oferta às reais necessidades de saúde dos usuários, já identificadas em inquéritos epidemiológicos de saúde bucal na população adulta, haja vista que, a despeito da grande necessidade, não é ainda ofertado endodontia de multirradiculares nesse município. Ou seja, este estudo apontou a fragilidade do CEO em suprir as necessidades de saúde da população por serviços especializados. Propõe-se, então, alguns ajustes na dimensão organizacional e geográfica desse serviço, que,

na verdade, é a expressão concreta da implementação de uma política nacional em nível local, que possibilitaria melhor adequação do serviço como: descentralização da marcação para o CEO via Unidade Básica de Saúde; implantação de lista de espera diária para substituição dos faltosos, otimizando os recursos humanos disponíveis; adequação da carga-horária estabelecida dos profissionais com metas de produção por hora de trabalho; oferta imediata de tratamento endodôntico bi e trirradicular; locação de um espaço mais central no município para implantação de outro CEO ou deslocamento deste; e consulta com hora marcada.

Outro aspecto relevante refere-se à garantia de uma abordagem integral, pelo acesso à atenção básica e continuidade do cuidado na atenção especializada. Isso só será possível com o envolvimento de toda a equipe na implementação dos protocolos e projetos de acolhimento, reforçando a importância na construção desses processos, ainda inacabados.²³ Assim, para que os ajustes tenham o resultado esperado na prática, é imprescindível que a gestão assuma seu papel na tomada de decisão, a fim de permitir avanços nos mecanismos de planejamento e avaliação das ações, principalmente aqueles relacionados ao acesso e utilização dos serviços de saúde pela população.

Como principal lacuna deste estudo, pode-se apontar a utilização de uma amostra de demanda e não uma amostra de base populacional. Ou seja, o estudo não identificou aqueles indivíduos que não chegaram ao CEO, mas apenas aqueles que chegaram, podendo estar apontando para um acesso seletivo, conforme discute Assis et al.²³ Estudos mais amplos com abordagens mistas devem ser indicados. Outra lacuna pode ter sido a pequena amostra de usuários que buscavam tratamento periodontal. Sugere-se a realização de estudos específicos por tipo de especialidade demandada, o que possibilitará análises mais específicas do ponto de vista da efetividade dessa política na garantia da integralidade do cuidado por tipo de agravo. Além disso, um estudo para buscar um consenso entre especialistas sobre o padrão de número de procedimentos especializados por hora (cirurgia oral menor, endodontia e periodontia) pode ser relevante, na medida em que não existe um padrão de produção ambulatorial para os procedimentos especializados.

Espera-se que este estudo contribua para investigações mais amplas na avaliação da acessibilidade e utilização dos serviços prestados pelo SUS, e que tenha fornecido subsídios para uma análise da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil no componente da ampliação e qualificação da atenção secundária em outros municípios no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde [periódico na internet]. Brasília; 2004. Extraído de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf] acesso em [8 de julho de 2008].
2. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98). Rio de Janeiro; 1998.
3. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MFD. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Públ.* 2004;20(5):1290-97.
4. Bartole MCS. Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da política nacional de saúde bucal [Dissertação]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
5. Garcia DV. A construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação [Dissertação]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
6. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no estado da Bahia. *Cad. Saúde Públ.* 2007;23(5):1119-31.
7. Pimentel FC, Martelli PJ, Cabral APS, Macedo CLSV. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ci. Saúde Col.* (on line). Extraído de [www.cienciaesaudecoletiva.com.br] acesso em [3 de dezembro de 2009].
8. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Cidades atendidas pelos Centros de Especialidades Odontológicas. Extraído de [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/cidades_atendidas.php.] acesso em [24 de setembro de 2008].
9. Moysés SJ. A política de saúde bucal. In: Giovanella L. et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 305-341.
10. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.
11. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cad. Saúde Públ.* 2004;20sup.(2):190-8.
12. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. 1ª ed. espanhola. México: Biblioteca de la Salud; 1988.

13. Frenk JM. El concepto y la medición de accesibilidad. In: White KL, editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington: OPAS; 1992. p. 929-43.
14. Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Alves GP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 2007; 23(2):355-70.
15. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizador. *A luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 11-24.
16. Ribeiro-Sobrinho C, Souza LEPF, Chaves SCL. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 2008;24(2):295-302.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 1.101/GM. Aprova os principais padrões de produção ambulatorial dos serviços de saúde do SUS. Brasília; 2002.
18. Roncalli AGO. Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal-universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [Tese]. Araçatuba: Faculdade de Araçatuba; 2000.
19. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Públ.* 2001;17(4):819-32.
20. Barros A, Bertoldi A. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ci. Saúde Col.* 2002;7(4):709-17.
21. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Públ.* 2004;20(5):1417-23.
22. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ci. Saúde Col.* 2007;12(6):1697-710.
23. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento AA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ci Saúde Col.* 2003;8(3):815-23.

Recebido em 10.9.2009 e aprovado em 27.7.2010.