

Sônia Cristina Lima Chaves¹

Sandra Garrido de Barros¹

Denise Nogueira Cruz¹

Andreia Cristina Leal
Figueiredo¹

Bárbara Laisa Alves Moura^{II}

Maria Cristina Teixeira
Cangussu¹

Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado

Brazilian Oral Health Policy: factors associated with comprehensiveness in health care

RESUMO

OBJETIVO: Analisar fatores relacionados à integralidade na assistência à saúde bucal em centros de especialidades odontológicas segundo os princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Bucal.

MÉTODOS: Estudo exploratório transversal baseado em entrevista com 611 usuários de quatro centros de especialidades odontológicas da Bahia em 2008. A variável dependente foi descrita como “integralidade na saúde bucal”, correspondente à realização de tratamento odontológico básico antes do tratamento especializado ou concomitante a este. As principais co-variáveis se referiram a cobertura da estratégia saúde da família no município, características sociodemográficas dos usuários, acessibilidade organizacional e geográfica ao serviço, além do tipo de especialidade demandada.

RESULTADOS: Residentes de cidades em que o Programa Saúde da Família tinha cobertura $\geq 50\%$ tiveram mais chance de concluir o tratamento odontológico (RP = 2,03, IC 95%: 1,33;3,09) em relação àqueles residentes em locais com cobertura menor. Quem buscou tratamento endodôntico teve mais chance de receber assistência integral à saúde bucal do que os usuários em busca de outras especialidades (RP = 2,31, IC 95%: 1,67;3,19). Os usuários com maior facilidade no acesso geográfico ao serviço especializado (RP = 1,22, IC 95%: 1,03;1,41), com ficha de referência (RP = 2,95, IC 95%: 1,82;4,78) e oriundos da atenção primária (RP = 3,13, IC 95%: 1,70;5,77) tiveram mais chance de alcançar a integralidade na assistência à saúde bucal em relação aos demais usuários.

CONCLUSÕES: Usuários com facilidade de acesso geográfico, mais jovens e necessidade de serviço endodôntico tiveram mais chance de receber assistência integral. A implantação de centros de especialidades odontológicas em municípios nos quais a atenção primária à saúde não esteja adequadamente estruturada não é recomendada, visto que a atenção secundária estaria atendendo a livre demanda e executando procedimentos básicos e, portanto, não cumprindo o princípio da integralidade pretendida.

DESCRITORES: Assistência Odontológica Integral. Acesso aos Serviços de Saúde. Serviços de Saúde Bucal. Odontologia em Saúde Pública. Política de Saúde. Estudos Transversais.

¹ Departamento de Odontologia Social e Pediátrica. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, BA, Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação em Saúde Comunitária. Instituto de Saúde Coletiva. UFBA. Salvador, BA, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Sônia Cristina Lima Chaves
R. Araújo Pinho, 62 – Canela
40110-912 Salvador, BA, Brasil
E-mail: schaves@ufba.br

Recebido: 21/9/2009
Aprovado: 14/5/2010

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the factors associated with comprehensiveness in oral health care in Centers of Dental Specialists, according to the guiding principles of the Brazilian Oral Health Policy.

METHODS: An exploratory cross-sectional study, based on an interview with 611 users of four specialized dental care centers, was performed in the state of Bahia, Northeastern Brazil, in 2008. The dependent variable was described as “comprehensiveness in oral health care”, corresponding to having a primary dental care performed before specialized treatment or concomitantly with it. The main covariables referred to the level of coverage of the family health strategy in the city, users’ sociodemographic characteristics, and organizational and geographic accessibility to the service, in addition to the type of specialized care required.

RESULTS: Residents of the cities where the Family Healthcare Program had a coverage $\geq 50\%$ were more likely to conclude their dental treatment (PR=2.03, 95% CI: 1.33;3.09), compared to those who lived in places with lower coverage. Individuals who sought endodontic treatment were more likely to receive comprehensive oral health care than users who were seeking other types of specialized care (PR=2.31, 95% CI: 1.67;3.19). Users with better geographic accessibility to specialized services (PR=1.22, 95% CI: 1.03;1.41), with a reference guide from primary care (PR=2.95, 95% CI: 1.82;4.78) and coming from primary health care services (PR=3.13, 95% CI: 1.70;5.77) were more likely to achieve comprehensiveness in oral health care than other users.

CONCLUSIONS: Users with better geographic accessibility, lower age and need of endodontic services were more likely to receive comprehensive health care. Implementation of Centers of Dental Specialists in cities where primary healthcare is not adequately structured is not recommended, because secondary health care would meet the free demand and perform basic procedures, thus not fulfilling the expected principle of comprehensiveness.

DESCRIPTORS: Comprehensive Dental Care. Health Services Accessibility. Dental Health Services. Public Health Dentistry. Health Policy. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), formulada e lançada na agenda política brasileira em 2004, pretende viabilizar a oferta da atenção secundária por meio dos centros de especialidades odontológicas (CEOs).¹⁰ Os CEOs são estabelecimentos especializados em saúde bucal, com ênfase em diagnóstico do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais.^a

Estudos sobre a formulação da PNSB e incorporação da saúde bucal à agenda política do governo federal apontam que sua centralidade na agenda do Governo Federal no período 2002–2006 foi resultado da ação

estratégica de um grupo de atores envolvidos com o movimento sanitário.^{b,c} Estudos avaliativos que se debrucem sobre a implementação de políticas são essenciais para a tomada de decisão no sentido de sua melhoria e ajustes na sua formulação inicial.¹⁵

As diretrizes da PNSB visam ao acesso universal e à integralidade da atenção à saúde bucal. Segundo Paim,¹⁵ as bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira contemplaram originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; b) forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; c)

^a Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004 [cited 2008 Oct 2]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.

^b Garcia DV. A construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

^c Bartole MCS. Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da política nacional de saúde bucal formulação [Master’s dissertation]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos serviços de saúde;¹² d) articulação de várias políticas públicas vinculadas a um conjunto de projetos de mudanças (reforma urbana, reforma agrária, entre outros) que atuassem sobre as condições de vida e saúde mediante ação intersectorial.

Além disso, a coordenação entre a atenção primária e secundária, aqui entendida como “ação ou esforço em comum”,^d também denominada por alguns autores como “interface”,¹⁴ vem recebendo ampla atenção nas reformas recentes dos sistemas de saúde europeus com iniciativas para fortalecer a atenção primária à saúde.^e Nesses países, as possíveis formas de interface com a atenção secundária, além do tradicional encaminhamento para realização de procedimentos, vão desde a consultoria de “curto ou longo prazo” e a definição comum de protocolos de manejo de casos até o desenvolvimento de programas de atendimento compartilhado entre especialidades e profissionais da rede básica.^{7,d} Esses caminhos também podem ser construídos nos sistemas locais de saúde.

Contudo, a integralidade desejada, entendida como integração entre níveis ou entre ações promocionais e reabilitadoras, requer boa cobertura da atenção primária para permitir a interface e a utilização adequada dos serviços de saúde bucal. Essa utilização, por sua vez, pode também ser influenciada pela acessibilidade aos serviços, entendida como relação entre os obstáculos impostos pelos serviços e os poderes dos usuários para superarem tais dificuldades.¹¹ Entre os fatores do serviço associados à maior utilização estão a oferta adequada de procedimentos segundo as necessidades populacionais, a acessibilidade geográfica e organizacional, além da definição de um profissional de saúde para o acompanhamento de cada caso, especialmente para procedimentos especializados.¹³

A implementação dos CEOs pode constituir estratégia relevante com vista à integralidade da atenção no âmbito odontológico, relacionada especialmente à primeira e à terceira perspectivas apontadas por Paim.¹⁵ Estudo de Figueiredo & Góes⁹ identificou diferentes desempenhos dos CEOs segundo o porte populacional e o Índice de Desenvolvimento Humano das regiões atendidas. Contudo, nenhum trabalho que tenha analisado o alcance da integralidade da atenção à saúde bucal pretendida com a referida política foi encontrado. Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar fatores relacionados à integralidade na assistência à saúde bucal em CEOs da Bahia segundo os princípios norteadores da PNSB.

MÉTODOS

Este estudo exploratório transversal teve como amostra aleatória 611 usuários de quatro CEOs de diferentes municípios da Bahia. Os critérios de inclusão dos CEOs foram: a) portaria de habilitação ministerial publicada há pelo menos um ano e meio; b) número mínimo de procedimentos de média complexidade no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS) em 2007 e 2008; c) gestão municipal. Ainda que o município tivesse mais de um CEO que preenchesse esses critérios, foi analisado apenas um CEO por município.

A população de estudo para a avaliação do acesso foi constituída por todos os usuários dos CEOs, inclusive os acompanhantes de crianças, que demandaram atenção secundária de maio a agosto de 2008. Foi calculada uma amostra de demanda aleatória simples, com alocação proporcional por CEO, utilizando como base de cálculo o N da produção ambulatorial em 2007.

Para estimar a variabilidade, utilizou-se a proporção máxima sob o nível de confiança de 95% ($P = 0,50$), admitindo-se erro máximo de 8% ($d = 0,08$) entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional⁴ (Tabela 1).

Os usuários com consulta agendada foram abordados e entrevistados na sala de espera antes do atendimento em diferentes dias da semana para evitar vieses relacionados à oferta de procedimentos específicos por dia. O percentual de recusas foi inferior a 1%.

A acessibilidade refere-se a quão acessível um serviço está em relação à capacidade de utilização por usuários potenciais, incluindo as dimensões organizacional e geográfica que facilitam ou dificultam a sua utilização.^{5,6}

A integralidade na assistência à saúde bucal compreende a integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde bucal, e também a garantia de integração entre os distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde, conforme Paim & Vieira-da-Silva.¹⁶

O roteiro da entrevista continha perguntas relativas aos principais fatores associados à utilização de serviços de saúde descritos em estudos empíricos^{7,9} e de síntese sobre a temática¹³ (Anexo).

A variável dependente foi descrita como “integralidade na saúde bucal” quando o usuário relatava a realização de tratamento odontológico básico antes do tratamento especializado ou concomitantemente.

^d Starfield B. Coordenação da atenção: juntando tudo. In: Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil/ Ministério da Saúde; 2004. p. 365-415.

^e Organização Mundial da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Declaração de Alma Ata: saúde para todos no ano 2000. In: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários; 1978 set 12 [cited 2008 Dec 10]; Cazaquistão, URSS. 1978. Available from: http://saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/dec_alma-ata.htm

Co-variáveis relacionadas às características sociodemográficas e ocupacionais dos usuários também fizeram parte da análise, a saber: idade, renda familiar, escolaridade, sexo e emprego. As co-variáveis contínuas foram categorizadas pela mediana.

Quanto ao acesso organizacional, as variáveis analisadas foram:

- forma de marcação da primeira consulta (presencial, por telefone ou encaminhamento direto da unidade);
- origem do usuário (atenção básica ou livre demanda, incluindo hospital, pronto-socorro ou dentista particular);
- horário da marcação da consulta (antes das 8h00 ou entre 8h00 e 17h00);
- tempo para agendamento da consulta especializada (período compreendido entre o dia da marcação da consulta e o dia da primeira consulta/procedimento no CEO).

Para o acesso geográfico, foram consideradas as variáveis:

- meio de transporte utilizado para chegar ao CEO (a pé, de bicicleta, ônibus e demais meios);
- tempo de deslocamento até o CEO (tempo menor ou igual a 25 minutos ou maior que 25 minutos).

Em relação aos procedimentos realizados, analisaram-se:

- os procedimentos demandados no CEO (tratamento endodôntico, periodontal, de pacientes com necessidades especiais, cirurgia oral menor/lesão de mucosa, além de procedimentos de atenção básica e raios-X);
- procedimentos realizados na atenção básica, entre preventivos (limpeza, higiene bucal supervisionada e aplicação de flúor) e curativos (restauração e exodontias).

A cobertura do Programa Saúde da Família/Equipe de Saúde Bucal (PSF/ESB) no município foi considerada uma co-variável do sistema de saúde que poderia influenciar a garantia da integralidade na assistência à saúde bucal.

Os dados foram digitados no programa EpiInfo versão 6.04 e analisados no Stata versão 7.0. Foi realizada a análise bivariada entre a variável dependente e as variáveis independentes com aplicação do teste qui-quadrado, o que resultou na determinação da razão de prevalência (RP) e respectivo intervalo com 95% de confiança para cada característica da população estudada. Em seguida realizou-se análise múltipla utilizando o método de

regressão de Poisson² incluindo somente as variáveis associadas ao desfecho com nível de significância menor ou igual a 0,2, a fim de controlar possíveis fatores de confusão. Permaneceram no modelo as variáveis associadas ao desfecho com nível de significância menor que 0,05 (idade, cobertura de PSF no município, origem do usuário, tipo de procedimento no CEO, tempo de agendamento da consulta especializada, meio de transporte utilizado e ficha de referência).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA – Registro CEP-ISC 005-07, aprovado em 31 de maio de 2007). Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento esclarecido, sendo assegurados o sigilo e a confidencialidade das informações.

RESULTADOS

A maioria dos entrevistados (73,6%) era do sexo feminino. A média de idade foi de 36,7 anos (DP = 17,2) e 56,9% (n = 286) dos indivíduos indicaram renda familiar de até um salário mínimo. A escolaridade predominante foi o ensino fundamental (46,4%). Entre as pessoas que buscaram os CEOs, 58,4% (n = 357) afirmou estar realizando ou já haver realizado algum procedimento odontológico básico antes da chegada a esse serviço especializado. Entre 32,4% e 79,5% dos usuários dos quatro CEOs investigados realizaram tratamento odontológico básico antes do tratamento especializado ou concomitantemente a ele, o que caracterizaria a integralidade da atenção. Entre os procedimentos básicos já realizados, houve pequeno relato de higiene bucal supervisionada (8,9%). A realização de limpeza prévia e aplicação de flúor foi relatada por 52,3% e 22,5% dos entrevistados, respectivamente. A maioria (73,6%, n = 449) afirmou que chegou à atenção secundária com ficha de referência. Para acessar o serviço especializado, 61,7% (n = 377) dos usuários marcaram a consulta presencialmente na recepção. Contudo, grande parte relatou não ter aguardado na fila (64,7%) e o horário predominante para marcação foi entre 8h00 e 17h00 (68,6%). A maioria chegou ao serviço especializado referenciado pela atenção primária (86,9%), ainda que boa proporção o tenha feito por livre demanda ou outras indicações, como dentista particular (13,1%). Houve número considerável de usuários (n = 59) que estava no serviço especializado para realizar procedimentos de atenção básica (14,9%). O tempo de agendamento para a consulta especializada foi inferior a 15 dias para 47,5% dos usuários (n = 286).

Na análise bivariada entre a variável integralidade na saúde bucal e as variáveis socioeconômicas, demográficas e de acesso aos serviços odontológicos especializados (Tabela 1), observou-se maior chance de concluir o tratamento entre as pessoas com idade até

Tabela 1. Associação entre integralidade na saúde bucal e variáveis socioeconômicas, demográficas e de acesso aos serviços odontológicos especializados. Bahia, 2008.

Variável	Integralidade na saúde bucal				RP bruta (IC 95%)	p
	Não		Sim			
	n	%	n	%		
Idade (anos)						
Até 35	111	35,7	200	64,3	1,64 (1,18;2,27)	0,00
36 ou mais	143	47,7	157	52,3	1	
Renda familiar						
Até 1 SM	86	30,1	200	69,9	1	0,37
1,1 SM ou mais	53	34,2	168	56,8	0,86 (0,62;1,19)	
Escolaridade (anos de estudo)						
8 anos ou mais	120	39,6	183	60,4	0,87 (0,63;1,21)	
Até 7	128	43,2	168	56,8	1	0,36
Ter trabalho atual						
Não	183	43,1	242	56,9	0,81 (0,57;1,16)	0,25
Sim	71	27,9	183	72,1	1	
Sexo						
Feminino	181	40,2	269	59,8	1,23 (0,85;1,77)	0,25
Masculino	73	45,3	88	54,7	1	
Cobertura do PSF						
Maior ou igual a 50%	142	47,0	160	53,0	1,56 (1,13;2,16)	0,01
Menos que 50%	115	36,9	197	63,1	1	
Tipo de procedimento no CEO						
Tratamento endodôntico	54	26,7	148	73,3	2,62 (1,57;4,37)	0,00
Tratamento periodontal e pacientes especiais	51	56,7	39	43,3	0,73 (0,41;1,31)	
Lesões de mucosa e cirurgia oral menor	46	48,9	48	51,1	1	
Origem do usuário						
Livre demanda, hospital e pronto-socorro	64	77,1	19	22,9	1	0,00
Unidade básica de saúde e unidade de saúde da família	190	36,1	337	63,9	5,97 (3,47;10,27)	
Primeira consulta especializada						
Marcação por telefone ou encaminhamento direto da unidade	99	42,9	132	57,1	0,91 (0,65;1,26)	0,58
Marcação presencial	153	40,6	224	59,4	1	
Marcação no dia atual						
8h a 17h	75	44,1	95	55,9	0,77 (0,50;1,18)	0,23
Até 8 h	71	38,0	116	62,0	1	
Tempo de agendamento da consulta (dias)						
16 ou mais	123	38,0	201	62,0	1,38 (1,0;1,90)	0,05
Até 15	131	45,8	155	60,2	1	
Meio de transporte						
Carro ou a pé	43	27,9	111	72,1	2,21 (1,48;3,29)	0,00
Ônibus ou van	211	96,2	246	53,8	1	
Tempo de transporte (minutos)						
Até 25	89	38,7	141	61,3	1,18 (0,85;1,66)	0,31
26 ou mais	162	42,9	216	57,1	1	
Ficha de referência						
Sim	158	35,2	291	64,8	2,68 (1,85;3,87)	0,00
Não	96	40,7	66	59,3	1	

SM: Salário mínimo; CEO: Centro de Especialidades Odontológicas; PSF: Programa de Saúde da Família.
Em negrito valores com significância estatística (p valor <0,05 - IC 95%)

35 anos (RP = 1,64, IC 95%: 1,18;2,27) e que moram em municípios com cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) igual ou maior que 50% (RP = 1,56, IC 95%: 1,13;2,16).

Os usuários que necessitavam de tratamento endodôntico tiveram 2,62 vezes mais chance de concluir o tratamento do que aqueles que procuravam os centros de especialidade para tratar lesões de mucosa ou realizar cirurgia oral menor (RP = 2,62, IC 95%: 1,57;4,37).

Em relação ao acesso ao serviço especializado, as pessoas encaminhadas pela rede básica, Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF), tiveram 5,97 vezes mais chance de concluir o tratamento básico do que aquelas que chegaram por livre demanda ou encaminhadas por pronto-socorro ou hospital (RP = 5,97, IC 95%: 3,47;10,27).

Após referenciados ao centro de especialidade, os usuários que tiveram facilidade no deslocamento (foram a pé ou de carro) (RP = 2,21, IC 95%: 1,48;3,29), que marcaram a consulta para mais de 16 dias (RP = 1,38, IC 95%: 1,0;1,90) e apresentaram a ficha de referência (RP = 2,68, IC 95%: 1,85;3,87) tiveram mais chance de integralidade na assistência à saúde bucal em comparação com aqueles que foram de ônibus, agendaram consulta para até 15 dias e estavam sem a ficha de referência ($p = 0,05$) (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta o modelo de regressão de Poisson. No modelo final, observa-se que indivíduos com mais chance de concluir o tratamento odontológico foram os que moravam em cidades com cobertura de PSF igual ou maior que 50% (RP = 2,03, IC 95%: 1,33;3,09) em relação àqueles que residem em locais em que a cobertura é menor. Além disso, os usuários que buscaram tratamento endodôntico tiveram mais chance de atendimento integral à saúde bucal do que as pessoas em busca de outras especialidades no CEO (RP = 2,31, IC 95%: 1,67;3,19). Aqueles usuários com maior facilidade no acesso geográfico ao serviço especializado (RP = 1,22, IC 95%: 1,03;1,41), com ficha de referência (RP = 2,95, IC 95%: 1,82;4,78), que se originavam da atenção primária (RP = 3,13, IC 95%: 1,70;5,77) e que marcaram a consulta para 16 dias ou mais (RP = 1,81, IC 95%: 1,17;2,79) mantiveram-se com mais chance de alcance da integralidade na saúde bucal em relação aos demais usuários.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo revelaram que alguns fatores podem ser relevantes para a garantia da integralidade na assistência à saúde bucal nos CEOs. O principal deles se refere à maior cobertura da atenção primária no território em que o serviço especializado se situa, bem como à menor idade do usuário e ao tipo de necessidade

de serviço demandada. Neste caso, a endodontia apresentou maior chance de garantia dessa continuidade que as demais especialidades ofertadas nos CEOs.

Estudo de revisão sistemática que discute fatores relacionados à utilização de serviços de saúde e, portanto, à possível integralidade do cuidado revela que a atribuição da responsabilidade pelo paciente a um profissional de saúde da atenção básica facilita o acesso¹³ à atenção secundária. Além disso, ao assumir tal atribuição, o profissional passa a ser reconhecido como defensor do paciente.^{7,14,d}

Em um sistema baseado na atenção primária, esta funciona como a porta de entrada para os demais níveis de atenção, contribuindo ainda para a racionalização de recursos e otimizando o uso de tecnologias médicas de maior custo e densidade.^{7,17}

Tabela 2. Modelo final da análise de regressão logística da associação entre integralidade na saúde bucal e variáveis socioeconômicas, demográficas e de acesso aos serviços odontológicos especializados. Bahia, 2008.

Variável	RP Ajustada (IC 95%)
Idade (anos)	
Até 35	1,42 (1,01;2,01)
36 ou mais	1
Cobertura do PSF	
Maior ou igual a 50%	2,03 (1,33;3,09)
Menos que 50%	1
Tipo de procedimento no CEO	
Tratamento endodôntico	2,31(1,67; 3,19)
Tratamento periodontal e pacientes especiais	0,70(0,47;1,06)
Lesões de mucosa e cirurgia oral menor	1
Origem do usuário	
Unidade básica de saúde e unidade de saúde da família	3,13 (1,70;5,77)
Livre demanda, hospital e pronto-socorro	1
Tempo de agendamento da consulta	
16 dias ou mais	1,81 (1,17;2,79)
Até 15 dias	1
Meio de transporte	
Carro ou a pé	1,22(1,03;1,41)
Ônibus ou van	1
Ficha de referência	
Sim	2,95 (1,82;4,78)
Não	1

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas; PSF: Programa de Saúde da Família

Em negrito valores com significância estatística (p valor < 0,001 – IC 95%)

Morris & Burke¹⁴ caracterizam a interface ideal entre atenção primária e secundária em saúde bucal por meio de quatro características: a) acesso indiscriminado e sem barreiras à atenção especializada após encaminhamento; b) sistema de referência, em que todo serviço não disponível na atenção primária é ofertado na atenção secundária; c) encaminhamento ágil e adequado, com contra-referência para a atenção primária ao final do tratamento especializado; d) retorno facilitado ao nível secundário sempre que necessário.

A análise dos fatores relevantes para a integralidade na assistência à saúde bucal nos CEOs estudados aponta melhores resultados onde a Estratégia de Saúde da Família é a forma de organização do sistema de saúde municipal, com ênfase em uma rede de serviços estruturada e articulada, capaz de operacionalizar a referência e contra-referência de usuários. Contudo, com relação à comunicação entre a atenção primária e secundária, 73,6% dos usuários afirmaram possuir ficha de referência, ainda que isso não garanta a realização de um dado procedimento na atenção básica, tampouco a análise da qualidade desse encaminhamento. Essa é considerada uma lacuna relevante nos estudos sobre coordenação da atenção ou interface.¹²

Diante disso, a implantação de CEOs em municípios nos quais a atenção básica não está adequadamente estruturada não é recomendada. A atenção secundária estaria exposta às pressões da livre demanda e à execução de procedimentos típicos de atenção primária, desviando-se do seu objetivo central, conforme a atual política nacional,¹⁰ de garantir a integralidade na saúde bucal, oferecendo procedimentos de maior densidade tecnológica.

Estudo com base em dados secundários de produção ambulatorial (SIA-SUS) verificou nos municípios com cobertura de PSF superior a 50% pior desempenho no cumprimento global de metas.⁹ A partir dos resultados observados, os autores sugerem que a maior cobertura do PSF seja revista como critério de seleção para implantação dos CEOs. Deve-se analisar a limitação da utilização da base de dados do SIA-SUS como única fonte para tal inferência.³ São inúmeros os fatores que podem interferir no registro de procedimentos, inclusive

a existência de metas pré-estabelecidas.^d Além disso, as metas propostas pelas portarias ministeriais são questionáveis, haja vista não se basearem na oferta potencial de procedimentos por especialidade, levando-se em conta apenas o tipo de CEO para fazê-lo. Tal discussão é lacuna relevante no sentido de investigar a relação entre a oferta e a utilização desses serviços.

O usuário investe na realização do tratamento quando se contabilizam os gastos com tempo e transporte. A proximidade do serviço especializado é importante no que se refere a sua maior centralidade em relação às UBS. Este foi um aspecto relevante na garantia da integralidade do cuidado evidenciado no presente estudo. Observou-se que apenas 25,2% dos usuários referiram facilidade de acesso ao CEO (a pé, de bicicleta ou carro). Ferreira & Loureiro⁸ sugerem a redução da barreira de acesso com o aumento do tempo de consulta, implicando menor número de visitas, de modo a reduzir o custo para o paciente.

O presente estudo apontou que as ações propostas pela PNSB devem estar articuladas com a atenção básica e que sua implementação somente poderá produzir efeitos na garantia da integralidade com a oferta adequada dos procedimentos e a redução de obstáculos dos serviços de saúde bucal, com boa taxa de utilização pelos usuários. Foi verificada grande deficiência da atenção básica na execução de prática fundamental, que é a higiene bucal supervisionada na cadeira odontológica, pois apenas 8,9% dos usuários relataram ter realizado esse tipo de ação nesse nível de assistência. Tal evidência pode repercutir negativamente no alcance da integralidade pretendida.

Como principal limitação do estudo, pode-se apontar a utilização de amostra de demanda em vez de amostra de base populacional. Ou seja, o estudo não identificou os indivíduos que não chegaram ao CEO, mas apenas aqueles que chegaram, podendo apontar para um acesso seletivo, conforme discutem Assis et al.¹ Sugere-se a realização de estudos específicos por tipo de necessidade de serviço de saúde (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.

REFERÊNCIAS

1. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(3):815-23. DOI:10.1590/S1413-81232003000300016
2. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21. DOI:10.1186/1471-2288-3-21
3. Barros SG, Chaves SCL. Utilização do Sistema de informações Ambulatoriais (SIA-SUS) com instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saude*. 2003;12:41-51.
4. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.
5. Donabedian A. The quality care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.
6. Donabedian A. Formulating Criteria and Standards. In: Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press, 2003. p 59-76.
7. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ, et al. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract*. 2003;53(496):872-84.
8. Ferreira CA, Loureiro CA. Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade. *Cad Saude Publica*. 2008;24(9):2071-80. DOI:10.1590/S0102-311X2008000900013
9. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(2):259-67. DOI:10.1590/S0102-311X2009000200004
10. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saude Debate*. 2009;33(81):64-71.
11. Frenk JM. El concepto y la medición de accesibilidad. In: White KL, editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, DC: OPS; 1992. p. 929-43.
12. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz para integralidade: critérios para avaliação. *Saude Debate*. 2002;26(60):37-61.
13. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):819-32. DOI:10.1590/S0102-311X2001000400016
14. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *British Dental J*. 2001;191(12):666-70. DOI:10.1038/sj.bdj.4801263a
15. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizador. A luta do Cebes. São Paulo: Lemos; 1997.
16. Paim JS, Vieira-da-Silva LM. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ UERJ/Abrasco; 2006. p 91-111.
17. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JLL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2007;7(4):495-502. DOI:10.1590/S1519-38292007000400018

Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Programa de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico Prioritário para o Sistema Único de Saúde - FAPESB/CNPq/PPSUS (Processo Nº 0037/2007; Edital PPSUS).

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Anexo. Questionário aos usuários do Centro de Especialidades Odontológica com consulta marcada para aquele dia

I. Perfil do usuário

Nome: _____ Qual a sua idade? _____ anos

1. Sexo:

1. Masculino 2. Feminino

2. O (a) senhor(a) estudou até que série?

_____anos completos de estudo

3. Você está atualmente trabalhando?

1. Sim 2. Não

4. Se sim, em quê?

5. Se não, qual foi seu último trabalho?

II. Utilização e acesso

6. O (a) senhor(a) está com consulta marcada para qual procedimento no Centro de Especialidades Odontológicas?

1. tratamento endodôntico 2. tratamento periodontal 3. pacientes especiais 4. lesão de mucosa
5. cirurgia oral menor 6. outro 7. atenção básica 8. prótese 9. raio-X

7. O (a) senhor(a) está fazendo ou fez tratamento odontológico básico antes de vir para esse Centro?

1. Sim 2. Não

8. Se sim, quais procedimentos o (a) senhor(a) fez? (não excludentes)

1. restauração simples 2. limpeza dos dentes 3. higiene bucal supervisionada
4. exodontia(s) 5. aplicação de flúor 6. outro qual? _____ 7. Não se Aplica

9. O (a) senhor(a) foi encaminhado(a) para o CEO com alguma ficha de referência?

1. Sim 2. Não

10. Como o (a) senhor(a) veio a esse CEO?

1. livre demanda 2. referência do posto de saúde 3. referência de USF 4. consultório particular
5. hospital 6. pronto-socorro 7. outro Qual? _____

11. Como foi que o (a) senhor(a) conseguiu a primeira consulta para ser atendido aqui?

1. pegou a ficha hoje 2. marcou consulta presencialmente na recepção
3. a unidade básica marcou a consulta 5. lista de espera no CEO
6. um profissional da rede conhecido marcou 7. um terceiro (amigo/familiar) marcou
8. marcou consulta por telefone 9. outro. Qual? _____

Considerando que marcou presencialmente:

12. Havia fila para marcar?

1. sim 2. não 3. não se aplica

13. Que horas chegou para marcar (ele ou terceiro)?

___horas ___minutos não se aplica

14. Para quanto tempo foi agendada a consulta (tempo entre o dia da marcação e a realização da consulta) em dias?

___dias não se aplica

15. Meio de transporte utilizado:

1. caminhando 2. ônibus 3. bicicleta 4. carro 5. outro _____

16. Quanto tempo demorou para chegar ao CEO?

___minutos

17. Qual o rendimento mensal da sua família em Salários Mínimos (SM)?

1. sem rendimento 2. até 1 SM 3. mais de 1 a 2 SM 4. mais de 2 a 3 SM
5. mais de 3 a 5 SM 6. mais de 5 a 10 SM 7. mais de 10 a 20 SM 8. mais de 20 SM 9. não sei
