

Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil

Assessing the supply and use of secondary care in specialized dental clinics in Bahia State, Brazil

Sônia Cristina Lima Chaves ¹
Denise Nogueira Cruz ²
Sandra Garrido de Barros ¹
Andreia Leal Figueiredo ¹

Abstract

This study aimed to evaluate the utilization of dental services in four specialized dental clinics in Bahia State, Brazil, and to identify associated factors. This was an evaluative study in which the quantitative stage focused on a cross-sectional analysis of secondary data from the Outpatient Information System of the Unified National Health System and the qualitative component was based on 20 semi-structured interviews with coordinators and managers, in addition to on-site observation of health services. The study showed good results in the supply of these services from the health professionals' perspective, but with a low utilization rate. The low utilization rate reveals access barriers in the health services themselves, like the lack of performance standards and goals by specialty, lack of patients (who are not replaced), and different technologies used by each specialist. The results suggest the need for studies that analyze different forms of services organization that would have allowed greater utilization of the available supply, with pay differentials, linkage to primary care, and adjustment of the supply to the population's health needs.

Dental Specialities; Dental Health Services; Health Evaluation

Introdução

Os avanços tecnológicos, o uso da boa técnica e a utilização de pessoal auxiliar têm sido relacionados com uma maior capacidade dos cirurgiões-dentistas em produzir mais serviços odontológicos por unidade de tempo ¹, especialmente nos modelos de livre mercado como o norte-americano. No entanto, em modelos de atenção à saúde públicos ou mistos, como na Noruega ou Reino Unido tal argumento não é suficiente para explicar maior produtividade, aqui entendida como sinônimo de maior utilização de serviços ^{2,3}.

Além disso, uma maior oferta e disponibilidade de serviços de saúde podem não necessariamente significar maior utilização ^{4,5}. As principais razões para a distância entre oferta e utilização podem estar associadas à disponibilidade da força de trabalho e sua distribuição geográfica, às mudanças no perfil epidemiológico que reduz necessidades, à facilidade de acesso a serviços odontológicos como redução de barreiras financeiras, geográficas e, especialmente as características da gestão do serviço ^{6,7} como a natureza do prestador (público ou privado) e a forma de remuneração pelo serviço (se assalariada, *per capita* ou pós-fixada pelo rendimento) ^{2,8}. Esses fatores podem influenciar o desempenho do serviço no cumprimento dos padrões de oferta adequada de procedimentos.

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
² Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Salvador, Brasil.

Correspondência

S. C. L. Chaves
Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia.
Av. Araújo Pinho 62, Salvador, BA 40116-900, Brasil.
schaves@ufba.br

Sabe-se que a utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura os cuidados, das características do serviço de saúde e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde, especialmente nos serviços especializados^{9,10}.

No Brasil, a discussão quanto ao acesso à atenção odontológica especializada no sistema público é recente^{11,12} e torna-se relevante na medida em que a atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada *Brasil Sorridente* tem visado, entre outros objetivos, viabilizar a oferta da atenção secundária através, principalmente, dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)¹³. Os CEOs são um tipo de serviço de saúde que deve oferecer à população, no mínimo os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duro, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais.

Em países como o Brasil, o acesso à atenção odontológica apresenta profunda desigualdade e há controvérsias se o investimento em serviço especializado é a solução adequada haja vista que a maior parte da redução dos principais agravos bucais (cárie dentária e doença periodontal) está no acesso à atenção primária (acesso ao flúor e disseminação das práticas de higiene oral)¹⁴ e melhoria nos indicadores sociais (escolaridade, renda e ocupação), e não necessariamente na assistência odontológica propriamente dita^{15,16}, como também tem sido apontado em estudos críticos na área da epidemiologia social sobre o cuidado médico¹⁷. Ainda assim, em países com escasso acesso ao cuidado odontológico, a formulação de políticas que visam ampliar acesso à prática restauradora, inclusive especializada, é necessária já que a prática odontológica pública ainda está centrada em extrações dentárias e poucas práticas preventivas¹⁵.

Estudos avaliativos sobre a implementação dos CEOs discutem os seus custos como próximos àqueles da atenção primária pelo predomínio dos gastos com pessoal¹², mas também apontam uma baixa performance desses serviços. Um estudo desenvolvido em Pernambuco apontou que apenas 40,9% dos CEOs cumpriam com um bom desempenho as metas de produção ambulatorial propostas pelo nível central, formulador e indutor da política¹¹.

Como no Brasil, na Bahia, a expansão da oferta de serviços odontológicos especializados é recente. Deste modo, o presente estudo teve como objetivo avaliar a oferta e a utilização dos serviços odontológicos especializados de quatro CEOs da Bahia, considerando que possivelmente

a oferta disponível está sendo subutilizada pelos usuários potenciais, identificando possíveis fatores relacionados, bem como propor um padrão de produção ambulatorial por especialidades nessa área.

Metodologia

Desenho do estudo

Esta foi uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa e quantitativa. O componente quantitativo foi um estudo transversal a partir dos dados secundários de produção ambulatorial do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) em que foram confrontadas a oferta disponível e a utilização. Foram estudados quatro CEOs situados em municípios da Bahia participantes de quatro estudos de caso em um estudo mais amplo de avaliação da atenção especializada na Bahia. Os critérios de inclusão dos CEOs foram: (a) portaria de habilitação ministerial publicada há pelo menos um ano e meio; (b) produção mínima de procedimentos de média complexidade no SIA-SUS no ano de 2007/2008; (c) indicação pela área técnica de saúde bucal do gestor estadual de municípios considerados exitosos na implementação dos CEOs no estado e (d) gestão municipal.

Todos os municípios selecionados apresentaram, no momento da coleta de dados, apenas um CEO. Quanto ao porte populacional, três municípios (A, B e D) eram de médio porte – de 21.000 a 100.000 habitantes – e um de grande porte – acima de 100.000 – (município C) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br>, acessado em 04/Abr/2008).

O componente qualitativo exploratório foi realizado através de entrevista semi-estruturada junto ao coordenador do CEO no município, dois especialistas e dois auxiliares de saúde bucal atuantes por CEO, totalizando vinte entrevistas; além de observação *in loco* do serviço. As principais dimensões e critérios para avaliação consideraram as seguintes categorias: (a) os principais resultados identificados pelos gestores e executores; (b) a organização do serviço, incluindo o número de atendimentos diários por especialidade, a existência de padrões propostos e o tempo médio dos procedimentos por paciente; (c) a articulação com a atenção básica (Tabela 1). Os resultados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo¹⁸. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas no seu conjunto, identificando os principais pontos convergentes e divergentes entre os casos.

Tabela 1

Principais dimensões e critérios para análise da implementação da atenção secundária na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Bahia, Brasil, 2008.

Dimensão	Critério	Fonte de evidência
Percepção dos resultados	Os principais resultados identificados	Entrevista: "Na sua opinião, quais os principais resultados observados por você aqui no serviço de saúde?"
Gestão e práticas	A organização do serviço	Entrevista: "Descreva as atividades que você desenvolve. Cite exemplos", "Qual o número de atendimentos diários feitos por você nesse serviço?", "Há um padrão proposto pelo serviço de produção diária ou mensal?" Observação <i>in loco</i> : tempo de consulta, horário de início e fim das atividades do turno de trabalho
	A articulação com a atenção básica e os protocolos assistenciais	Entrevista: "Como se organiza o acesso ao CEO no município (a articulação com a rede básica)?"

Conceitos utilizados

A oferta potencial foi aqui compreendida como a disponibilidade de recursos para produção de procedimentos por parte do serviço¹⁹.

Nesse sentido, a oferta potencial foi entendida em três sentidos. A primeira oferta potencial em saúde bucal se refere a quanto o conjunto de cirurgiões-dentistas do CEO poderiam produzir em termos de procedimentos, considerando sua carga-horária mensal, retirando-se um mês de férias. Ou seja, a capacidade potencial de produção dos profissionais de saúde bucal segundo estimativa de produção ambulatorial da *Portaria GM nº. 1.101/2002*²⁰.

A segunda oferta foi aquela calculada conforme o conjunto de cirurgiões-dentistas do CEO poderia produzir em termos de procedimentos, considerando sua carga-horária mensal, retirando-se um mês de férias a partir do padrão de procedimentos propostos pela consulta aos *experts*.

A terceira oferta foi aquela calculada a partir dos padrões propostos para habilitação dos CEOs (*Portarias GM nº. 1.571/2004* e *GM nº. 1.572/2004*)^{21,22}.

A utilização do serviço se refere a quanto o conjunto dos cirurgiões-dentistas do CEO por especialidade realmente produziu em número de procedimentos registrados no SIA-SUS, ou seja, que foram utilizados pelos usuários potenciais desse serviço.

Coleta e análise dos dados

A coleta de dados para a "utilização" realizou-se por meio do levantamento da produção ambulatorial dos quatro CEOs a partir dos arquivos disponibilizados do SIA-SUS e tabulados pelo

programa TabWin (Departamento de Informática do SUS. http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=732). Foram listados todos os procedimentos odontológicos registrados, bem como a quantidade de cada um destes, segundo o estabelecimento de saúde no ano de 2008.

Em seguida, partiu-se para classificação dos procedimentos realizados em três grupos: periodontia, cirurgia e endodontia. Vale ressaltar que os demais procedimentos também foram agrupados (procedimentos básicos, de prótese, de imagem e consulta); mas, neste estudo, optou-se por analisar os grupos que compõem as especialidades mínimas para o funcionamento do CEO.

A Tabela 2 apresenta a síntese dos códigos registrados e a distribuição dos mesmos segundo os grupos adotados.

Em seguida, foi calculada a oferta ou disponibilidade do serviço por especialidade utilizando como valor de referência o padrão proposto pelo Ministério da Saúde (*Portaria GM nº. 1.101/2002*)²⁰ e o padrão proposto por consulta aos *experts*, criado para este estudo e explicitado a seguir, bem como o número de procedimentos por especialidade e por tipo de CEO das *Portarias GM nº. 1.571/2004* e *GM nº. 1.572/2004*^{21,22}.

Para avaliar a relação entre a oferta e a utilização dos serviços odontológicos especializados, foi calculada para cada um dos CEOs a disponibilidade a partir da capacidade de oferta de serviço dos cirurgiões-dentistas contratados segundo sua carga horária e, finalmente, a utilização, que se refere aos procedimentos registrados como realizados no SIA-SUS.

A taxa de utilização é apresentada em forma percentual e traduz a relação entre a utilização ou uso e a oferta. Assim, quanto mais próxima

Tabela 2

Relação de códigos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) por especialidade registrados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) estudados. Bahia, Brasil, 2008.

Especialidade	Códigos
Cirurgia	0201010232; 0201010348; 0201010526; 0301100152; 0401010031; 0401010058; 0401010066; 0401010082; 0404020054; 0404020089; 0404020097; 0404020100; 0413040151; 0414010299; 0414010310; 0414020014; 0414020049; 0414020057; 0414020103; 0414020138; 0414020146; 0414020251; 0414020260; 0414020278; 0414020286; 0414020294; 0414020308; 0414020340; 0414020359; 0414020383; 0414020405; 0414020030; 0414020200
Endodontia	0307010015; 0307020010; 0307020029; 0307020037; 0307020045; 0307020053; 0307020061; 0307020070; 0307020088; 0307020096; 0307020100; 0307020118; 0414020022; 0414020073
Periodontia	0307030016; 0307030024; 0307030032; 0414010019; 0414020081; 0414020154; 0414020162; 0414020375

de 100%, melhor essa relação e, portanto, mais adequada para o serviço. Uma taxa de utilização em torno de 85-95% é considerada adequada. Contudo, quando essa taxa supera estes percentuais, pode estar revelando alto desempenho ou inadequação dos padrões propostos.

Consulta a experts

A opinião de especialistas na definição de critérios e padrões de qualidade é recomendada quando não existem normas sobre a temática. Na saúde bucal, o padrão de procedimentos sugere uma oferta de três procedimentos por hora na *Portaria GM nº. 1.101/2002*²⁰. Assim, foi constituído um comitê de três especialistas por área (cirurgia oral menor, periodontia e endodontia) quanto à opinião dos mesmos com relação ao número possível de procedimentos especializados a serem realizados por hora, totalizando a consulta a nove profissionais. O método utilizado para o consenso foi o método Delphi^{23,24}, que garante o anonimato dos especialistas. Cabe destacar que todos eram especialistas atuantes na clínica e/ou professores das disciplinas relacionadas, portanto, com legitimidade para discorrer sobre a temática.

Cada um dos profissionais recebeu um questionário contendo os procedimentos do SUS segundo sua respectiva especialidade odontológica. Os *experts* opinavam sobre a produtividade máxima de cada um dos procedimentos a cada hora de trabalho do cirurgião-dentista no CEO. Depois disso, era calculada a média de procedimentos por hora por especialista consultado e, posteriormente, a média aritmética entre os especialistas de cada área, bem como seu respectivo desvio-padrão (DP). Ou seja, na endodontia,

o especialista opinava que era possível realizar dois acessos à polpa dentária por hora, mas apenas uma obturação de dente permanente unidradicular e assim sucessivamente. Esse total de procedimentos por hora foi somado e produziu uma média aritmética de procedimentos possíveis por hora de cada especialidade.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) (registro CEP-ISC 005-07, aprovado em 31 de maio de 2007). Os dados secundários foram oriundos da base nacional do DATASUS (Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação Ambulatorial do SUS. <http://www.datasus.gov.br>, acessado em 02/Fev/2010) e para a aplicação dos questionários e entrevistas foi solicitado de todos os *experts*, gestores e profissionais dos CEOs o termo de consentimento livre e esclarecido acerca de sua participação voluntária.

Resultados

O estudo revelou que as taxas de utilização variaram conforme o padrão utilizado, com valores acima de 100% no caso do padrão proposto pelas portarias específicas de habilitação dos CEOs^{21,22} e muito baixas segundo o padrão proposto pela *Portaria GM nº. 1.101/2002* do Ministério da Saúde²⁰. Ou seja, utilizando-se os valores de referência das normas de implantação dos CEOs acima descritas, as taxas de utilização são muito elevadas, com valores sempre acima de 100%

nas especialidades de endodontia e periodontia, chegando até a 512,4% na endodontia no município A. Apenas para a cirurgia oral menor, as taxas de utilização foram mais baixas utilizando-se esse padrão de referência.

Conforme o padrão proposto pelo Ministério da Saúde na *Portaria GM nº. 1.101/2002*²⁰, as taxas de utilização revelaram-se muito baixas e com variação em todos os CEOs estudados, com valores na endodontia entre 13,7% no município B e 33,4% no município C. Na cirurgia oral menor variou entre 21,2% no município A e 41,3% no município B, com valores muito abaixo do esperado. Contudo, as taxas de utilização da periodontia sempre se mostraram mais elevadas; entre 73,1% e 105,7% (Tabela 3).

A consulta a especialistas quanto à revisão do padrão de produção ambulatorial por hora por especialidade permitiu observar que a média de procedimentos por hora a ser realizado segundo cada uma das especialidades analisadas e o respectivo DP foi inferior aquele proposto pelo Ministério da Saúde para a atenção ambulatorial, que é de três procedimentos por hora. Para endodontia, a média aritmética entre os especialistas foi 1,3 procedimento por hora (DP = 0,3); para periodontia, 1,5 procedimento por hora (DP = 0,5) e para cirurgia oral menor, 1,5 procedimento por hora (DP = 0,35). Observou-se um baixo dissenso entre os especialistas haja vista o desvio padrão ser inferior a 0,5.

Essa diferença influenciou as taxas de utilização dos procedimentos segundo o padrão proposto pelos especialistas. Na periodontia, a taxa de utilização variou entre 97,5% no CEO do município C a 209,8% no CEO do município A. Na endodontia, a taxa de utilização foi de 25,8%, 31,6%, 47% e 77,1% no CEO dos municípios D, B, A e C, respectivamente. Na cirurgia oral menor, a taxa de utilização foi de 32,2% no CEO do município D e de 82,5% no município B.

Chamou a atenção que na especialidade periodontia, mais de 95% dos procedimentos deste grupo corresponderam à raspagem, alisamento e polimento sub e supragengival e raspagem corono-radicular (Tabela 4), procedimentos típicos da atenção primária, que não deveriam ser referenciados à atenção secundária ou deveriam ser referenciados com precaução. Isso provavelmente explica as altas taxas de utilização encontradas nessa especialidade.

Portanto, as taxas de utilização segundo a proposta das portarias de habilitação do CEO são bastante elevadas quando comparadas aos demais padrões de oferta sugeridos. Ou seja, todos os CEOs praticamente cumpriram os padrões propostos pelo Ministério da Saúde em 2004 nas três especialidades básicas presentes no CEO.

Entre os quatro CEOs analisados, aquele que apresentou melhor desempenho global, considerando as três especialidades foi o CEO do município C, ou seja, do município de grande porte, seguido pelo CEO do município A, exceto para cirurgia oral menor. Contudo, as variações foram muito grandes entre eles.

Como relatado anteriormente, na análise de interior das especialidades, chamou a atenção na periodontia, predominância quase absoluta em todos os CEOs dos procedimentos de “raspagem corono-radicular” “raspagem alisamento supra-gengival” e “raspagem alisamento subgengival” (entre 92,1% dos procedimentos de periodontia no município C e 99,4% no município A). Ou seja, procedimentos típicos da atenção primária (Tabela 4).

Na endodontia, chamou a atenção a não realização de obturação em molares permanentes em três dos quatro CEOs analisados. Quanto à cirurgia oral menor, há uma distribuição mais igualitária entre os procedimentos mais comuns dessa especialidade como remoção de dente incluso, variando entre 12,5% a 23,9% do total de procedimentos dessa especialidade (Tabela 4). Contudo, a realização de excisão e sutura de lesões na boca (sugestivo de procedimento diagnóstico de câncer de boca), variou de 24,8% do total de procedimentos de cirurgia oral menor no município A e apenas 2,1% e 0,1% dos procedimentos nessa especialidade no município D e B, respectivamente. Além disso, observou-se uma grande proporção de registro de remoção de foco residual, procedimento mais recomendado para a atenção primária (Tabela 4).

Entre as prováveis explicações para os resultados encontrados, a análise qualitativa revelou que não há um padrão proposto pelo serviço de produção por procedimentos. Geralmente, há referência ao descrito nas portarias ministeriais e em alguns casos, é um padrão por número de pacientes. Não há clareza das metas a serem cumpridas pelos serviços, onde o termo procedimentos por especialidade é compreendido, no caso da endodontia, como apenas a obturação final do canal radicular, muitas vezes pelo próprio coordenador.

“...Eles normalmente seguem a normatização do Ministério, 150, 170, e não sei o quê” (Coordenador, município A).

“Varia de especialidade para outra, mas em endodontia são oito pacientes por dia, cirurgias são mais, acho que dez pela manhã e cinco à tarde...” (Coordenador, município D).

“Endodontia são quatro pacientes/turno. A Periodontia dá em torno de 6 a 8 pacientes assim, marcados. (...) a cirurgia atende assim: faz tantas cirurgias: 3 ou 4. Mas, exame ele faz o que está lá

Tabela 3

Oferta de procedimentos segundo padrão do Ministério da Saúde (Portarias GM n.º 1101/2002²⁰, GM n.º 1571/2004²¹ e GM n.º 1572/2004²²) e da consulta aos especialistas, utilização e taxa de utilização nas especialidades básicas de Endodontia, Periodontia e Cirurgia Oral Menor em quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Bahia, Brasil, 2008.

Especialidade	Município A * (CEO tipo I)	Município B * (CEO tipo I)	Município C * (CEO tipo III)	Município D * (CEO tipo II)
Endodontia				
Oferta (em número de procedimentos)				
Segundo Portaria n.º 1.101/2002 **	10.560	5.280	10.560	7.920
Segundo Portarias n.º 1.571/2004 e n.º 1.572/2004 ***	420	420	1.140	720
Segundo padrão experts #	4.576	2.288	4.576	4.576
Utilização no SIA-SUS	2.152	722	3.530	1.181
Taxa de utilização (em %)				
Segundo Portaria n.º 1.101/2002	20,4	13,7	33,4	14,9
Taxa de utilização experts	47,0	31,6	77,1	25,8
Segundo Portarias n.º 1.571/2004 e n.º 1.572/2004	512,4	171,9	309,6	164,0
Periodontia				
Oferta (em número de procedimentos)				
Segundo Portaria n.º 1.101/2002	2.640	5.280	5.280	3.960
Segundo Portarias n.º 1.571/2004 e n.º 1.572/2004	720	720	1.800	1.080
Segundo padrão experts	1.320	2.640	2.640	2.640
Utilização no SIA-SUS	2.770	2.640	2.573	1.861
Taxa de utilização (em %)				
Segundo Portaria n.º 1.101/2002	104,9	50,0	73,1	105,7
Taxa de utilização experts	209,8	100,0	97,5	70,5
Segundo Portarias n.º 1.571/2004 e n.º 1.572/2004	384,7	366,7	142,9	172,3
Cirurgia oral menor				
Oferta (em número de procedimentos)				
Segundo Portaria n.º 1.101/2002	2.640	5.280	2.640	3.960
Segundo Portarias n.º 1.571/2004 e n.º 1.572/2004	960	960	1.320	2.640
Segundo padrão experts	1.320	2.640	1.080	1.080
Utilização no SIA-SUS	560	2.179	1.030	851
Taxa de utilização (em %)				
Segundo Portaria n.º 1.101/2002	21,2	41,3	39,0	21,5
Taxa de utilização experts	42,4	82,5	78,0	32,2
Segundo Portarias n.º 1.571/2004 e n.º 1.572/2004	58,3	226,9	95,4	78,8

SIA-SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.

* Município A, B, D: médio porte; Município C: grande porte;

** O cálculo considera a carga horária dos profissionais realizando três procedimentos por hora durante 11 meses no ano (um mês de férias);

*** O cálculo foi o padrão proposto de procedimentos por mês por especialidade a ser cumprido no CEO conforme o tipo multiplicado por 12 meses.

Exemplo: endodontia exigia 35 procedimentos mês multiplicado por 12 meses, totalizou 420 procedimentos como oferta potencial no ano;

O cálculo considera a carga horária dos profissionais realizando 1,2 a 1,5 procedimentos por hora (segundo especialidade) durante 11 meses no ano (um mês de férias), conforme consulta aos especialistas.

e vai agendando de acordo com prioridade, quem tiver maior necessidade. Aí estes exames varia muito. 8, 10, depende de quantos já foram encaminhados” (Coordenador, município E).

“...Na quantidade de pacientes não é obrigatório, na verdade, a gente tem que cumprir uma quantidade de procedimentos por mês, a gente acaba controlando a quantidade de pacientes diários” (Endodontista, município C).

Aliado a isso, no componente da organização do serviço, a falta constante de pacientes parece também contribuir para a redução da taxa de utilização desses serviços porque não há substituição de faltosos, ou marcação extra, prevenindo tal ocorrência.

“Todos os endodontistas têm uma cota de seis pacientes por turno para uni-radiculares. Algumas vezes a gente se depara com faltas e ausentes,

Tabela 4

Procedimentos realizados (utilização) por grupo nas especialidades básicas de endodontia, periodontia e cirurgia oral menor em quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Bahia, Brasil, 2008.

Procedimentos por especialidade	Município A		Município B		Município C		Município D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Periodontia								
Raspagem e alisamento supragengival, subgengival e corono-radicular (por sextante)	2.754	99,4	2.596	98,3	2.369	92,1	1.828	98,2
Gengivectomia e gengivoplastia (por sextante)	9	0,3	36	1,4	66	2,6	2	0,1
Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante)	7	0,3	3	0,1	131	5,1	30	1,6
Demais procedimentos periodontais	0	-	5	0,2	7	0,3	1	0,1
Total	2.770	100,0	2.640	100,0	2.573	100,0	1.861	100,0
Cirurgia oral menor								
Remoção de dente retido (incluso/ impactado)	89	15,9	379	17,4	246	23,9	106	12,5
Remoção de foco residual	152	27,1	1.057	48,5	114	11,1	484	56,8
Exodontia de dente permanente	76	13,6	224	10,2	213	20,7	9	1,1
Excisão e sutura de lesões na boca	139	24,8	1	0,1	186	18,1	18	2,1
Demais procedimentos cirúrgicos	104	18,6	518	23,8	271	26,2	234	27,5
Total	560	100,0	2.179	100,0	1.030	100,0	851	100,0
Endodontia								
Obturação em dente permanente uni ou birradicular	337	15,7	260	36,1	761	21,6	211	17,9
Obturação em dente permanente com três ou mais raízes	-	-	232	32,1	-	-	-	-
Retratamento endodôntico	279	12,9	91	12,6	66	1,8	33	2,8
Acesso à polpa dentária e medicação e curativo de demora (com ou sem preparo biomecânico)	1.346	62,6	68	9,4	2.467	69,8	807	68,3
Demais procedimentos endodônticos	190	8,8	71	9,8	236	6,8	130	11,0
Total	2.152	100,0	722	100,0	3.530	100,0	1.181	100,0

mas como não somos nós que agilizamos esses pacientes, eles chegam a nós através de consulta que é uma demanda que vem através da central de marcação (...) hoje, por exemplo, teve duas ausências...” (Endodontista, município A).

“Em média são oito pacientes, por sala, por turno. (...) mas os pacientes faltam muito. Depende da especialidade, às vezes, depende da especialidade e também do tempo” (Auxiliar de Saúde Bucal 1, município B).

“Fechou em cinco pacientes por turno, depois da reunião que na época teve (...) segunda-feira mesmo, a gente atende cinco, mas a maioria não vem, aí a gente atende três, aí quando da terça-feira, (...) os pacientes faltam muito, a gente tem que ficar ligando pro paciente para ele comparecer...” (Auxiliar de Saúde Bucal 2, município E).

Ainda assim, há a formulação de estratégias criativas para a garantia da boa utilização do serviço.

“Os pacientes são agendados por ordem de chegada. A gente confirma o atendimento das sete e meia às nove horas, ele deve estar presente.

Chega e confirma presença. Não são marcados por hora e ele tem que confirmar a consulta, ele pode sair, resolver outra coisa e retornar, não tem problema, mas a gente tem que ter controle dos pacientes que estão marcados porque, às vezes, quando falta o paciente a gente pode fazer uma abertura, uma instrumentação e concluir o fechamento do canal em uma só sessão” (Endodontista, município C).

Por outro lado, as diferentes tecnologias relacionadas à resolução do caso também têm interferido no número de marcações e tempo de consulta.

“...Três pacientes por turno, porque a gente procura dentro do possível instrumentar todo o canal e terminar na mesma sessão, quando o canal nos permite, pra que outras pessoas possam estar começando o tratamento, então a gente não coloca muitos pacientes, porque se não a gente vai ficar só fazendo acesso, instrumentando e não conclui, birradicular e unirradicular” (Endodontista, município B).

“Então minha cota é de 6 pacientes, 3 da central de marcação de consulta e 3 retornos. Eu gasto

20, 30 minutos no máximo, 30 minutos no mais demorado” (Endodontista, município A).

“Quantos pacientes por turno? Cirurgia atende 3 pacientes cirúrgicos porque é 3^o molar algo mais. Sim, então, por dia dependendo do procedimento de cada paciente. Especialidades? 12, 10, 8, 9, 10 pacientes. Só cirurgia que nós atendemos assim de 3 a 4 pessoas. Nós levamos 1 hora e alguma coisinha, dependendo do caso do paciente” (Auxiliar de Saúde Bucal 2, município B).

Alguns municípios adotam algum protocolo próprio para melhor articulação com a atenção primária, como definição de tipos de dente ou grau de lesão para referenciamento, com cotas por unidade. Outro aspecto a relatar se refere à subutilização do equipamento instalado, evidenciada nessa fala do coordenador.

“...Todos profissionais que lá trabalham [no CEO] tem consultório privado e você sabe 40 horas, em todos os lugares são no papel, o CEO nosso como é o tipo I, ele tem que ter 120 horas, com a soma de todos os profissionais. Então, nós ficamos de sete da manhã até uma da tarde. Então à tarde o CEO não funciona, eu acho que deveria funcionar, mas isso é uma outra questão, porque vai ter que contratar mais gente, tem que ter mais investimento, eu acho até que deveria funcionar à noite...” (Coordenador, município C).

“É [o horário de atendimento], isso varia mais da clínica, tem profissionais que começam a trabalhar mais tarde, eu mesmo começo a trabalhar a partir de 9 horas, pela manhã a partir de 9 horas, à tarde tem uns profissionais que combinam com os pacientes para chegar mais cedo” (Cirurgião-buco-maxilo, município B).

Houve relatos de conflito e discordâncias sobre o melhor manejo de casos entre especialistas e profissionais da atenção primária. Por outro lado, os especialistas têm reconhecido as potencialidades da atenção primária.

“[O dentista da atenção primária] encaminha de forma errada, inadequadamente, sem adequação, sem orientação de higiene. Nesses casos a gente recebe o paciente, atende, só que a gente devolve, ele consegue adequar lá” (Endodontista, município C).

“Teoricamente, no protocolo que nós fizemos baseado em alguns protocolos, a parte de raspagem supra gengival seria feita nas unidades de saúde, mas alguns casos a gente faz aqui também” (Periodontista, município E).

“No consultório eu faço a anamnese do paciente e executo aquele procedimento, preencho a contra-referência, encaminhando o paciente junto com a documentação dele. Aqui a gente não faz odontograma. O odontograma dele fica no posto, só vai ser executado o que foi solicitado na referência. A gente devolve pra o colega da unidade

de atenção básica, complementar no odontograma, junto com as radiografias. Não fica, a parte de documentação, não fica nada aqui” (Cirurgião-buco-maxilo, município D).

Houve relatos de resultados positivos na oferta do serviço especializado, a principal delas relacionada à redução da perda dental evitável.

“...A gente tem conseguido resultados bons, no sentido de estar salvando unidades dentárias que em outras ocasiões seriam perdidas, tanto na perio como na endodontia” (Periodontista, município A).

“Foram 336 de canais endodônticos, foi muito pouco, a gente pensou que fosse mais. Agora vamos olhar por outro lado, foram 336 dentes que deixamos de extrair, esse não extrair não tem preço. Então esse suporte que a gente dá na atenção básica ele tem que existir, tem que existir” (Coordenador, município A).

Entre os resultados, uma certa interface com o serviço odontológico privado é observada.

“Quando não tinha o CEO, o tratamento de periodontia era extração, estava com mobilidade, extraía, não tinha jeito, ele não podia ir para o consultório particular e na unidade básica não tinha como fazer, o profissional não tinha treinamento para fazer (...) Eu acho que, de certa forma, eu recebo paciente no CEO que já foi meu paciente no consultório” (Periodontista, município D).

“...Porque geralmente dente com endodontia precisa fazer um ‘onlay’, um ‘bloquinho’, uma ‘coroa’, então pelo menos diminui o custo para o paciente, diminui essa parte de endodontia que ele faz aqui, de adolescentes, a parte de trauma” (Endodontista, município C).

“Os pacientes não podiam pagar não é? Pagar pra fazer canal, aí não podia fazer cirurgia, tinha que se deslocar para fazer uma pequena cirurgia e faz aqui” (Auxiliar de Saúde Bucal, município C).

Discussão

Esse estudo revelou que, apesar de a oferta desse serviço especializado apresentar bons resultados na percepção dos profissionais executores dessa política – como a provável redução de perda dental e acesso a especialidades anteriormente restritas à Odontologia de Mercado –, há uma baixa taxa de utilização dos serviços públicos odontológicos especializados nos quatro CEOs analisados, conforme os padrões propostos pela Portaria GM nº. 1.101/2002²⁰ e pela consulta aos especialistas, ou seja, a oferta disponível está, de fato, sendo subutilizada para um tipo de serviço essencial na garantia da integralidade da atenção à saúde bucal.

Nesse sentido, a baixa taxa de utilização em algumas especialidades pode ser reveladora de problemas de gestão do serviço. Entre aqueles identificados nesse estudo, pode-se destacar a ausência de clareza sobre os padrões e metas propostos pelo serviço, inclusive no discurso dos próprios coordenadores, a constante falta de pacientes, que não são substituídos, além das diferentes tecnologias utilizadas por cada especialista, o que dificulta possíveis padronizações, a exemplo da endodontia, onde alguns especialistas optam por tratamentos longos e completos por sessão (abertura e fechamento), enquanto outros elegem o modelo de tratamentos curtos, mas fracionados.

Na Bahia, no período entre 2008 e 2009, a oferta de atenção especializada se ampliou consideravelmente com a habilitação de 71 CEOs. Contudo, a análise da produção ambulatorial desse tipo de serviço, com *proxy* do conceito de utilização aponta para um aumento dos procedimentos de cirurgia oral menor (30,6%), mas redução dos procedimentos de endodontia (-21%) e periodontais (-45,9%) (Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação Ambulatorial do SUS. <http://www.datasus.gov.br>, acessado em 02/Fev/2010).

Há conflitos importantes na integração entre a atenção básica e atenção especializada, não apenas na indicação adequada de casos para esse nível de atenção, bem como na chegada do paciente ao CEO sem a devida adequação e promoção de saúde bucal, funções da atenção primária. Os autores consideram esta uma das questões mais críticas na coordenação da atenção, ou seja, a interface da atenção primária com a atenção secundária ou terciária^{10,25}.

Estudo na Noruega aponta que um sistema de incentivos baseado na remuneração por captação levou a um aumento do número de indivíduos sob vigilância na atenção primária, sem reduzir a qualidade³. No caso da atenção secundária, um sistema de remuneração fixa pode estar desencorajando os profissionais a cumprirem metas mínimas de oferta de serviços.

As baixas e diferenciadas taxas de utilização reveladas entre os serviços de atenção especializada analisados neste estudo podem sugerir também o não cumprimento da carga horária real dos profissionais. Cabe destacar inclusive que os profissionais lotados na atenção pública especializada têm dupla militância, também revelada por esta investigação e, embora a atuação profissional no serviço público e o exercício privado da odontologia não sejam conflitantes, é um desafio para os gestores públicos na medida em que a lógica dominante do campo privado odontológico está presente nas aspirações dos profissionais,

que não se consideram muitas vezes ajustados ou incorporados ao campo da saúde pública^{6,26}.

Quanto à acessibilidade ao serviço, a reorganização do fluxo de pacientes e dos processos de trabalho nos serviços de atenção secundária poderia incluir redução de barreiras organizacionais como a implantação do agendamento prévio, bem como uma lista de espera diária para substituição de faltosos ou com marcação extra, considerando a provável falta de pacientes^{27,28}, o que é amplamente recomendado para aproveitamento da oferta disponível e redução de consultas de retorno, que muitas vezes são barreiras importantes porque muitos retornos podem significar a não procura posterior do serviço pelo paciente por falta de dinheiro para o transporte. Ferreira & Loureiro¹² 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.

Nos CEOs analisados, não houve adequação da oferta às necessidades epidemiológicas, especialmente na endodontia, haja vista que a maioria dos CEOs ofertou apenas endodontia de uni e bi-radiculares (Tabela 4). Diversos estudos epidemiológicos^{29,30} apontam que são os molares as unidades mais acometidas por perda dental decorrente da cárie dentária e, nesse sentido, deveriam ser priorizados, diferentemente do que foi revelado no presente estudo.

Outra discussão relevante a ser enfrentada pela PNSB se refere aos limites entre a atenção primária e secundária em processo de superação no sistema de saúde inglês (National Health System), onde cada vez mais muitos procedimentos ditos secundários têm sido prestados por dentistas com interesse ou habilidade especial naquela área na própria atenção primária^{6,31}.

Considerações finais

As altas taxas de utilização identificadas com o padrão proposto pelas *Portarias GM n.º 1.571/2004*²¹ e *GM n.º 1.572/2004*²² apontam uma inadequação da formulação desse padrão, baseado na série histórica de produção, seguindo o proposto pela *Portaria MPAS n.º 3.046/1982*³². Nesse sentido, a avaliação entre a oferta e utilização dos serviços odontológicos aponta para a necessidade de revisão das portarias do CEO especialmente porque nenhuma relação entre tipo de CEO, número de equipamentos odontológicos instalados e a oferta potencial proposta foi identificada. Neste sentido, sugere-se um padrão de oferta baseado no número de profissionais/consultórios e conforme consulta a especialistas realizada no presente estudo, que parecem ser

mais adequadas ao processo de trabalho em ambulatório de especialidades. Estudo de Antunes & Narvai³³ já aponta para uma subutilização de consultórios odontológicos públicos instalados, também revelada no discurso dos entrevistados e observação pela presente investigação.

A presente investigação foi exploratória e identificou como possíveis fatores relacionados às baixas taxas de utilização as barreiras de acesso do próprio serviço de saúde, como a falta de um sistema de lista de espera automática para substituição de faltosos^{27,28} e sugere que a implantação dos CEOs deve estar articulada com um sistema de gestão com a definição clara das metas de oferta de procedimentos por especialidade. A construção de protocolos de referência bem definidos podem, também, contribuir para uma melhor utilização dos serviços especializados reduzindo a possibilidade de realização de procedimentos básicos nos CEOs, o que pode

justificar a taxa de utilização satisfatória de periodontia nos municípios estudados em quase todos os critérios adotados para a análise.

Por fim, cabe destacar que pelo caráter exploratório deste estudo não foi possível o aprofundamento na análise por tipo de especialidade e o mesmo apresenta limitações por tratar da avaliação de apenas quatro CEOs do Estado da Bahia. Sugere-se a realização de estudos capazes de preencher as lacunas ainda existentes. Estudos que possam incorporar a discussão do custo-benefício no uso de diferentes tipos de tecnologias como no caso da endodontia e periodontia são indicados, bem como diferentes formas de organização do serviço que possibilitem maior utilização da oferta disponível, quer sejam estas alternativas relacionadas a diferenças de remuneração, articulação com atenção primária e adequação da oferta especializada às necessidades de serviços de saúde da população.

Resumo

O estudo visou avaliar a taxa de utilização dos serviços odontológicos especializados de quatro CEOs da Bahia, Brasil, identificando fatores relacionados. Trata-se de uma pesquisa avaliativa onde a etapa quantitativa foi conduzida através de um estudo transversal utilizando dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) e a qualitativa foi a partir de vinte entrevistas semi-estruturadas junto aos coordenadores e executores, além de observação in loco do serviço. O estudo revelou bons resultados na oferta desse serviço na percepção dos profissionais, mas há uma baixa taxa de utilização. A baixa taxa de utilização revela barreiras de

acesso do próprio serviço de saúde, como a ausência de padrões e metas de desempenho por especialidade, a falta dos pacientes, que não são substituídos, além das diferentes tecnologias utilizadas por cada especialista. Sugerem-se estudos que analisem diferentes formas de organização do serviço que tenham possibilitado maior utilização da oferta disponível, como diferenças de remuneração, articulação com atenção primária e adequação da oferta às necessidades de saúde populacionais.

Especialidades Odontológicas; Serviços de Saúde Bucal; Avaliação em Saúde

Colaboradores

S. C. L. Chaves colaborou na formulação da pergunta, desenho metodológico e coleta de dados, analisou os dados e elaborou a versão final do artigo. D. N. Cruz colaborou na formulação da pergunta de investigação, realizou coleta e análise de dados e contribuiu na elaboração do artigo e na sua revisão. S. G. Barros contribuiu na formulação da consulta aos *experts*, realizou coleta de dados e revisou o texto final do artigo. A. L. Figueiredo participou na formulação do desenho do estudo, colaborou na coleta e análise dos dados e contribuiu com a versão final do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos a Thales Souza Nunes e Bárbara Laisa Alves Moura pela colaboração na coleta de dados. A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB, edital PP/SUS 2007).

Referências

1. Beazoglou T, Heffley D, Brown LJ, Bailit H. The importance of productivity in estimating need for dentists. *J Am Dent Assoc* 2002; 133:1399-404.
2. Grytten J. Models for financing dental services. A review. *Community Dent Health* 2005; 22:75-85.
3. Grytten J, Holst D, Skau I. Incentives and remuneration systems in dental services. *Int J Health Care Finance Econ* 2009; 9:259-78.
4. Ribeiro-Sobrinho C, Souza LEPE, Chaves SCL. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:295-302.
5. Guay AH. Access to dental care: the triad of essential factors in access-to-care programs. *J Am Dent Assoc* 2004; 135:779-85.
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 Pública* 2007; 23:1119-31.
7. Matos DL, Lima-Costa MFF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:661-8.
8. Grytten J, Holst D, Grytten L. Supply decisions among dentists working within a fixed-fee system of dental care provision. *J Public Health Dent* 1992; 52:204-9.
9. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:819-32.
10. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J* 2001; 191:666-70.
11. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25: 259-67.
12. Ferreira CA, Loureiro CA. Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2071-80.
13. Pucca Junior GA, Costa JF, Chagas LD, Silvestre RM. Oral health policies in Brazil. *Braz Oral Res* 2009; 23 Suppl 1:9-16.

14. World Health Organization. Oral health for the 21st century. Geneva: World Health Organization; 1994.
15. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:709-17.
16. Watt RG, Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *Br Dent J* 1999; 187:6-12.
17. Evans RG, Morris L, Marmor T. Producir salud, consumir asistencia sanitaria. In: Evans RG, organizador. ¿Porqué alguna gente está sana y otra no? Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1996. p. 29-70.
18. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
19. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Editora EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 15-39.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.101, de 12 de junho de 2002. *Diário Oficial da União* 2002; 13 jun.
21. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.571, de 29 de julho de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. *Diário Oficial da União* 2004; 30 jul.
22. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.572, de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. *Diário Oficial da União* 2004; 30 jul.
23. Donabedian A. Methods of deriving the criteria. In: Donabedian A, editor. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982. p. 504-70.
24. Jones J, Hunter D. Using the Delphi and nominal group technique in health services research. In: Pope C, Mays N, editors. Qualitative research in health care. London: BMJ Books; 2000. p. 40-9.
25. Starfield B. Coordenação da atenção: juntando tudo. In: Starfield B, organizador. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil/Ministério da Saúde; 2004. p. 365-415.
26. Chaves MC, Miranda AS. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na saúde pública. *Interface Comun Saúde Educ* 2008; 12:153-67.
27. Vieira-da-Silva LM, Chaves SC, Esperidião MA, Lopes-Martinho RM. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64:1100-5.
28. Mehrotra A, Keehl-Markowitz, L, Ayanian, J. Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices: a cautionary tale. *Ann Intern Med* 2008; 148:915-22.
29. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1803-14.
30. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Pública* 2006; 19:385-93.
31. Morris S, Sutton M, Gravelle H. Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Soc Sci Med* 2005; 60:1251-66.
32. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº. 3046. *Diário Oficial da União* 1982; 20 jul.
33. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:360-5.

Recebido em 29/Mai/2010

Versão final reapresentada em 04/Out/2010

Aprovado em 06/Out/2010