

Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil

Evaluation of the accessibility to the Specialized Dental Care Center within the scope of the macro region of Sobral, in the state of Ceará, Brazil

Vicente de Paulo Teixeira Pinto ¹
Alrieta Henrique Teixeira ¹
Paulo Roberto Santos ¹
Maria Walderez Andrade de Araújo ¹
Mário Áureo Gomes Moreira ¹
Sérgio Ricardo Moura Saraiva ¹

Abstract *The Specialized Dental Care Center for the region of Sobral in the state of Ceará (CEO-R) has characteristics that render it unique, as it has regional coverage and is managed by a Local Health Consortium (which comprises 24 cities). It also works in conjunction with the School of Dentistry of the Federal University of Ceará – Sobral Campus, combining care and academic study in the same location. The scope of this article was to evaluate the accessibility to specialized care in this region with the implementation of this CEO-R. A descriptive-exploratory study with a quantitative approach was conducted by means of the collection and analysis of secondary data regarding the availability and usage of this service in addition to the application of semi-structured interviews with Oral Health Coordinators of the 24 municipalities in the consortium. The results showed that the CEO-R is equipped to meet the demand. However, geographic, financial and organizational barriers were detected, which explains the low rates of appointments scheduled and use of the services and the high rate of missed appointments, causing a significant financial impact on the cities included in the consortium.*

Key words *Dental specialties, Dental health services, Health evaluation, Public health consortiums*

Resumo *O Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral (CEO-R), no Ceará, possui características que o tornam único: tem abrangência regional, é administrado por um Consórcio intermunicipal de Saúde (totalizando 24 municípios) e funciona juntamente com o Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, congregando no mesmo espaço serviço e academia. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a acessibilidade à atenção especializada nesta região após a implantação do CEO-R Sobral. Foi realizado um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, por meio da coleta e análise de dados secundários de oferta e utilização desse serviço, além da aplicação de entrevista semiestruturada aos Coordenadores de Saúde Bucal dos 24 municípios consorciados. Os resultados evidenciaram que o CEO-R está preparado para atender à demanda. Contudo, foram encontradas barreiras geográficas, financeiras e organizacionais que explicam as baixas taxas de aproveitamento de marcação de consultas e de utilização do serviço e a alta taxa de faltosos, causando um importante impacto financeiro para os municípios consorciados.*

Palavras-chave *Especialidades odontológicas, Serviços de saúde bucal, Avaliação em saúde, Consórcios públicos de saúde*

¹ Faculdade de Medicina de Sobral, Universidade Federal do Ceará. Av. Maurocílio Rocha Ponte 100, Derby. 62.042-280 Sobral CE Brasil. pintovicente@gmail.com

Introdução

A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) tem promovido a reorganização das práticas e da rede de Atenção à Saúde Bucal, ampliando e qualificando o acesso aos serviços de Atenção Básica, principalmente por meio das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Atenção Especializada, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

O papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde remete-nos ao conceito da integralidade, a qual exige que os serviços sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um em todos os níveis de complexidade do sistema¹.

Garantir a continuidade dos serviços de saúde dentro de um município – incluindo a atenção primária, secundária e terciária – pode não ser possível e, na maioria das vezes, a integralidade somente será alcançada dentro de uma região de saúde, ou seja, dentro de um espaço que integra diferentes municípios e onde estão disponíveis os serviços necessários ao atendimento. Então, faz-se necessária a estruturação de redes supra municipais que sejam capazes de oferecer, de maneira coordenada, ações que incluam os diversos serviços e que garantam a continuidade do cuidado².

O Estado do Ceará tem adotado um modelo fundamentado nos Consórcios de Saúde em sua política de regionalização. Composto a estrutura desses consórcios estão os Centros de Especialidades Odontológicas Regionais (CEO-R) e as Policlínicas. Ao final de 2011, estavam em funcionamento no Ceará nove CEO-R, nas cidades de Sobral, Ubajara, Juazeiro do Norte, Crato, Acaraú, Crateús, Baturité, Brejo Santo e Russas e três Policlínicas, em Tauá, Camocim e Baturité³.

A partir dessa rede assistencial que vem se formando, a prestação pública de serviços em saúde bucal no Ceará tem avançado de um panorama de oferta limitada de procedimentos de baixa complexidade, com reduzida realização de procedimentos especializados, em direção à ampliação do acesso na atenção básica e na média complexidade, tanto no sentido da universalização do acesso quanto da integralidade das ações. Após implantação do CEO-R de Sobral, houve um grande incremento na oferta de atenção especializada em Saúde Bucal na 11ª Região de Saú-

de do Estado do Ceará – a segunda Região mais populosa do estado – uma vez que esta unidade apresenta-se com a maior entre todas as estruturas de CEO do estado.

Estudos sobre a acessibilidade e a utilização dos serviços têm sido considerados como preliminares para avaliação das intervenções em saúde e muito importantes sobre inúmeros aspectos^{4,5}. A utilização dos serviços 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. A utilização dos serviços está relacionada aos fatores de acesso (ato de ingressar, entrada) e acessibilidade (caráter ou qualidade do que é acessível)⁶. Esse foi o ponto de partida deste estudo.

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar a acessibilidade à atenção especializada em saúde bucal na 11ª Região de Saúde do Estado do Ceará após implantação do Centro de Especialidades Odontológicas Reitor Ícaro de Sousa Moreira (CEO-R de Sobral). O presente artigo é fruto da Dissertação de Mestrado aprovada no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral.

Metodologia

Localização do Estudo

Este estudo foi desenvolvido nos 24 municípios que formam a 11ª Região de Saúde, no Ceará, tendo como base o ano de 2011, que foi escolhido por ser o primeiro ano de efetivo funcionamento do CEO-R de Sobral. Portanto, nesse ano a interface desse serviço com a Atenção Primária se apresentou de forma mais clara, sem intervenções em seu funcionamento que pudessem, de alguma forma, mascarar as características e dificuldades reais dessa interface. A população desta Região foi estimada em 608.006 habitantes⁷.

Unidade de Estudo

Em 2009, a Universidade Federal do Ceará (UFC) estabeleceu, com o Governo do Estado do Ceará, uma parceria para a implementação da Clínica Odontológica do Curso de Odontologia da UFC – *Campus* Sobral, com o objetivo de ampliar a atenção especializada em todo o Estado, a partir das Regiões de Saúde. Em Sobral, já havia, desde 2004, um CEO de gestão municipal, que contava com sete consultórios

odontológicos, sendo referência em atenção especializada para os 24 municípios da Região, mas que não dava a resposta adequada à enorme demanda reprimida, justificando a necessidade de outra unidade que ampliasse a oferta de serviço especializado em saúde bucal para essa região.

O CEO-R foi inaugurado no dia 27 de Setembro de 2010, congregando num mesmo espaço assistência e academia, com área total de 691,7 m², localizado na rua Padre Antônio Ibiapina, número 170, no Centro de Sobral-Ce e registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O CEO-R de Sobral contém 22 equipes odontológicas, sendo 20 na clínica integrada e 2 no anexo, onde funcionam a clínica de cirurgia e de pacientes com necessidades especiais (PNE) e contava, no ano de 2011, com 20 cirurgiões dentistas. Para o ano de 2011, foram ofertados, mensalmente, uma média 866 de novos tratamentos em 6 diferentes especialidades (PNE, Ortodontia, Endodontia, Periodontia, Cirurgia e Prótese Dentária), segundo a pactuação entre os municípios consorciados.

Conceito

A acessibilidade é definida por aspectos da oferta de serviços, relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população⁸, e está relacionada ao poder de utilização dos usuários e aos obstáculos colocados pelos serviços a sua utilização segundo as dimensões geográficas, organizacionais e econômicas^{9,10}. O acesso geográfico leva em consideração a forma e o tempo de deslocamento e a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde. O acesso econômico é caracterizado a partir de facilidades (forma de deslocamento, procedimentos e obtenção de medicamentos) e dificuldades (custo de deslocamento, de procedimentos, de medicamentos e condição social atual) que o usuário encontra para obter o atendimento. O acesso funcional é a forma como o serviço se organiza e se opera, envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, o tempo de espera que o usuário leva para obter o atendimento, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento¹⁰.

Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. O componen-

te quantitativo foi transversal e envolveu a coleta de dados secundários da oferta e utilização de vagas de 1ª consulta, por município, nas diferentes especialidades odontológicas no CEO-R, a partir dos relatórios de produção gerados mensalmente pelo SISREG (sistema de informações on-line, disponibilizado pelo DATASUS, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação) para esta unidade de saúde, no ano de 2011. A partir dos relatórios, foi possível obter dados sobre o número de vagas pactuadas, o número de pacientes marcados, quantos faltaram à consulta e quantos efetivamente foram atendidos por município, além do consolidado da Região de Saúde de Sobral.

A partir desses dados, foi possível calcular as seguintes taxas:

a) Taxa de aproveitamento de marcação de consultas (TAMC):

$$\frac{\text{número de 1}^{\text{as}} \text{ consultas marcadas no município em 2011}}{\text{número de vagas pactuadas para este município em 2011}} \times 100$$

b) Taxa de faltosos (TF):

$$\frac{\text{número de pacientes de um município que faltaram à 1}^{\text{a}} \text{ consulta em 2011}}{\text{número de 1}^{\text{as}} \text{ consultas marcadas no município em 2011}} \times 100$$

c) Taxa de utilização do serviço (TUS):

$$\frac{\text{número de pacientes atendidos de um município em 2011}}{\text{número de vagas pactuadas para o município em 2011}} \times 100$$

Foram coletados também dados sobre a taxa de cobertura de Equipes de Saúde Bucal (ESB) nos 24 municípios no ano de 2011, a partir de informações disponibilizadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, com o objetivo de estabelecer uma relação entre taxa de cobertura de ESB em cada município e a taxa de aproveitamento de marcação de consultas (TAMC).

Os municípios foram divididos em 2 estratos, segundo a pactuação do indicador Cobertura Populacional estimada das ESB da ESF no Ceará, que era de pelo menos 60%, e com base na Portaria nº 3.840/GM, de 7 de dezembro de 2010¹¹:

- **Municípios com cobertura média de ESB igual ou maior que 60%:** Alcântaras, Cariré, Catunda, Coreaú, Forquilha, Frecheirinha, Groaíras, Irauçuba, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Santana do Acaraú, Senador Sá e Uruoca;

- **Municípios com cobertura média de ESB menor que 60%:** Graça, Hidrolândia, Ipu, Massapê, Pires Ferreira, Reriutaba, Santa Quitéria, Sobral e Varjota.

Para o cálculo dessa cobertura, em 2011, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Média do nº de ESB no município em 2011}^* \times 3.450^{**}}{\text{População do município}^{***}} \times 100$$

* Histórico de cobertura da Saúde da Família - DAB/MS¹².

** Número que corresponde ao total de pessoas que devem ser cobertas por 1 Equipe de Saúde Bucal, segundo o Ministério da Saúde¹³.

*** IBGE (2011)¹⁴.

Outra categoria de análise utilizada foi a distância de cada município à sede do CEO-R. O objetivo foi avaliar se essa distância pode ser considerada uma barreira geográfica, justificando uma menor TAMC, uma maior TF e/ou uma menor TUS.

As informações relativas às distâncias entre os municípios e a sede CEO-R de Sobral foram obtidas no site do Departamento Estadual de Rodovias (DER) da Secretaria da Infraestrutura do Governo do Estado do Ceará¹⁵.

Os municípios foram divididos em 4 categorias de acordo com a distância rodoviária:

a) **Municípios com distância até 30 Km:** Alcântaras, Forquilha, Groaíras, Massapê, Meruoca e Sobral;

b) **Municípios com distância entre 31 e 65 Km:** Cariré, Coreaú, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Santana do Acaraú e Varjota;

c) **Municípios com distância entre 66 e 90 Km:** Frecheirinha, Graça, Irauçuba, Reriutaba, Santa Quitéria, Senador Sá e Uruoca;

d) **Municípios com distância maior que 90 Km:** Catunda, Hidrolândia, Ipu e Pires Ferreira.

Também foram realizadas entrevistas com os Coordenadores de Saúde Bucal dos 24 municípios consorciados, utilizando um questionário semiestruturado, que permitiu colher dos entrevistados informações relativas à oferta, distribuição e utilização das vagas pactuadas, à falta às consultas e suas possíveis causas. O questionário foi desenvolvido com o objetivo de conhe-

cer o funcionamento da unidade e quais as principais dificuldades enfrentadas na prestação do serviço odontológico na atenção primária e a interface entre esta e a atenção especializada em saúde bucal a partir da visão dos gestores da área nesses municípios.

Não foram incluídos na amostra Coordenadores de 5 municípios (Alcântaras, Graça, Irauçuba, Varjota e Santa Quitéria) que não exerciam essa função no município no ano de 2011. Foram excluídos aqueles que não responderam dentro do tempo hábil para a execução do estudo (Cariré, Frecheirinha, Mucambo e Uruoca). Ao final, 15 coordenadores foram entrevistados.

Cabe destacar a realização de pré-teste para uma maior adequação do instrumento à pesquisa, facilitar a familiarização do investigador com o instrumento e verificar a compreensão das perguntas por parte da população investigada. Foi selecionado um número de entrevistados igual a 20% do total dos sujeitos da amostra. Os entrevistados (Coordenadores de Saúde Bucal de outras Regiões de Saúde do estado) não compunham o universo amostral.

Aspectos Éticos

O projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Em virtude de implicações legais e a fim de manter princípios éticos, as identidades dos sujeitos foram e serão mantidas em sigilo e as informações confidencialmente garantidas. Os indivíduos foram informados dos objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Os dados de participação demográfica, de oferta, de utilização e de pacientes faltosos, assim como as taxas de aproveitamento de marcação de consultas, de pacientes faltosos e de utilização do serviço do CEO-R de Sobral, para cada município da 11ª CRES, em 2011, são apresentados na Tabela 1.

Oferta de vagas para os municípios (Pactuação)

As vagas ofertadas para cada município pelo CEO-R de Sobral constam no Contrato de Programa que, entre outras coisas, estabelece as obri-

Tabela 1. Taxa de aproveitamento de marcação de consultas, Taxa de pacientes faltosos e Taxa de utilização do serviço para o CEO-R de Sobral, por cada município da 11ª CRES, em 2011.

Municípios	% População*	Pactuado**	Marcado**	Faltosos***	Atendido***	TAMC	TF	TUS
Alcântaras	1,77%	192	127	39	88	66%	31%	46%
Cariré	3,12%	324	251	55	196	77%	22%	60%
Catunda	1,83%	204	136	47	89	67%	35%	44%
Coreaú	3,64%	396	327	62	265	83%	19%	67%
Forquilha	3,53%	360	269	40	229	75%	15%	64%
Frecheirinha	2,22%	228	159	31	128	70%	19%	56%
Graça	2,61%	264	180	44	141	68%	24%	53%
Groaíras	1,53%	168	148	38	110	88%	26%	65%
Hidrolândia	3,15%	324	130	40	90	40%	12%	28%
Ipu	6,72%	696	53	7	46	8%	13%	7%
Irauçuba	3,81%	396	268	85	183	68%	32%	46%
Massapé	5,75%	588	463	113	350	79%	24%	60%
Meruoca	2,09%	204	61	5	56	30%	8%	27%
Moraújo	1,40%	156	82	24	61	53%	29%	39%
Mucambo	2,38%	210	173	44	129	82%	25%	61%
Pacujá	1,02%	132	87	23	64	66%	26%	48%
Pires Ferreira	1,51%	168	38	11	27	23%	29%	16%
Reriutaba	3,18%	324	74	21	53	23%	28%	16%
Santa Quitéria	7,38%	756	259	69	205	34%	27%	27%
Santana do Acaraú	4,98%	516	112	29	83	22%	26%	16%
Senador Sá	1,09%	132	79	14	69	60%	18%	52%
Sobral	29,86%	3.084	2.377	324	2.053	77%	14%	67%
Uruoca	2,26%	228	206	52	154	90%	25%	68%
Varjota	2,91%	300	9	2	7	3%	22%	2%
11ª CRES	100%	10.350	6.068	1.219	4.876	58,60%	20%	46,20%

Fonte: *Contrato de Rateio do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral – CPSMSobral para 2011. ** Contrato de Programa do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral – CPSMSobral para 2011. *** Relatório mensal Sisreg (janeiro a dezembro de 2011).

gações de prestação de serviços pelo consórcio. Neste contrato, há a exigência de uma Programação Pactuada Consorciada (PPC), baseada nas necessidades reais e no perfil epidemiológico da população. Esses documentos são firmados a partir da articulação entre os gestores municipais e as Coordenadorias Regionais de Saúde – CRES. A pactuação para o ano de 2011 foi realizada de acordo com a participação demográfica de cada município no total da população da Região, diferente do que se orienta para a PPC.

A maioria dos Coordenadores de Saúde Bucal entrevistados (87%, n = 13) concorda com o critério demográfico na distribuição das vagas ofertadas pelo CEO-R para os municípios.

Poucos serviços se baseiam em estudos epidemiológicos para sua implantação, o que pode determinar que os CEO não atendam à real necessidade de saúde de uma dada população¹⁶. A utilização da epidemiologia nos serviços de saúde tem suma importância na manutenção de políticas ancoradas em bases sólidas e com pro-

gramação e planejamento¹⁷ e está entre os fatores associados à maior utilização dos serviços especializados¹⁸.

Um levantamento da necessidade de tratamento especializado nos municípios agregaria elementos importantes numa futura adequação da atual pactuação entre os municípios, diminuindo assim a discrepância entre o que é ofertado e a real necessidade da população.

Quando perguntados se as vagas ofertadas ao seu município eram suficientes para atender à demanda por Atenção Especializada em Saúde Bucal, três Coordenadores (20%) responderam que não, para nenhuma das especialidades ofertadas. Nove (60%) disseram que eram suficientes para apenas algumas especialidades como: Periodontia e Cirurgia (n = 6) e PNE (n = 3), e somente três (20%) afirmaram que as vagas são suficientes para todas as especialidades. Um estudo¹⁷ apontou a necessidade de adequação da oferta em CEO no qual não se utilizaram de dados epidemiológicos para a sua implantação, com

uma maior oferta para especialidades com maior demanda e que respondam à morbidade da população brasileira, como endodontia e prótese dental.

Quatro Coordenadores (27%) relataram a existência de fila de espera em seu município para todas as especialidades ofertadas, enquanto dez (67%) informaram que existia fila de espera principalmente para: Ortodontia (n = 9), para Prótese (n = 7) e Endodontia (n = 5). Apenas um Coordenador relatou que não existe fila de espera para nenhuma especialidade. Essa informação contrasta com a TAMC no CEO-R de Sobral (Tabela 2), dado o seu baixo aproveitamento, o que pode ser mais um indicativo de que as vagas estão distribuídas de forma inadequada dentro das especialidades existentes.

A distribuição das vagas nos municípios

Oito Coordenadores responderam que o critério utilizado em seus municípios para a distribuição das vagas se dá pela ordem de procura por marcação, independentemente de outros critérios. Em três municípios (20%), as vagas são distribuídas uniformemente entre as ESB. Em outros quatro municípios são utilizados critérios internos variados, que vão desde a classificação de risco dos pacientes, a idade ou a densidade demográfica do território. Nenhum coordenador relatou o uso de critérios epidemiológicos para a distribuição das vagas.

O acesso do usuário será garantido quanto mais qualificada for a recepção nos serviços de saúde, e a ordem de chegada não deverá ser o critério mais importante na triagem dos casos encaminhados ao atendimento, mas a real necessidade do paciente. A ordem de chegada coloca todos os pacientes em um mesmo nível de necessidade, e, nesse caso, a dificuldade de acesso poderia ser um fator de exclusão para muitos usuários¹⁹.

Tabela 2. Taxa de utilização das vagas pactuadas por município da 11ª CRES em 2011.

Cobertura de ESB	TAMC	Distância média
Até 60%	55,1%	68 Km
Até 60 Km excluindo Sobral	35,2%	76,5 Km
> 60%	64,6%	56,6 Km
11ª CRES	58,6%	61 Km

Taxa de aproveitamento de marcação de consulta (TAMC)

A taxa média de aproveitamento de marcação de consulta nos municípios da Região de Saúde de Sobral para o ano de 2011 foi de 58,6%, com uma variação de 3% para o município de Varjota a 90% para o município de Uruoca (Tabela 1).

Apenas três coordenadores (20%) relataram que não acompanhavam a TAMC de seus municípios. Estes se encontram dentre os cinco com piores TAMC, mostrando a importância do acompanhamento e monitoramento das taxas com o intuito de melhor utilizar as vagas ofertadas.

Taxa de pacientes faltosos (TF)

A taxa média de pacientes faltosos nos municípios da Região de Saúde de Sobral no ano de 2011 foi de 20%, com uma variação de 8% para o de Meruoca a 35% em Catunda (Tabela 2).

Apenas 9 Coordenadores (60%) relataram realizar o acompanhamento dessa taxa.

Quando perguntados se a distância entre o seu município e Sobral (sede do CEO-R) seria um fator que poderia ocasionar uma menor TAMC, dez Coordenadores (67%) responderam que sim. Como principal justificativa, foi citado o alto custo do transporte, que, ainda segundo os entrevistados, é custeado pelo próprio paciente em 80% (n = 12) desses municípios. Cabe ressaltar que quando há a necessidade desse usuário ter um acompanhante (crianças, idosos ou pacientes com necessidades especiais) esses custos podem ser ainda mais restritivos. Em apenas 20% (n = 3) dos municípios, a gestão municipal se responsabiliza pelo transporte dos usuários. Em um estudo¹⁰ do acesso econômico ao serviço de saúde, um dos primeiros aspectos a considerar é o custo do deslocamento do usuário, que é proporcional à distância de sua moradia e à forma como ele se desloca.

Para 14 entrevistados (93%) o transporte dos pacientes é um fator limitante para uma melhor TAMC.

O transporte coletivo/alternativo foi citado por 87% dos Coordenadores (n = 13) como o principal meio de transporte utilizado por estes usuários. Dois entrevistados não souberam responder.

Como a acessibilidade geográfica e organizacional está entre os fatores associados à maior utilização dos serviços especializados¹⁸, a forma de deslocamento utilizada pelo usuário é fator que

facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde. Em um estudo¹⁰ realizado em uma Unidade de Saúde de grande porte de Porto Alegre, observou-se uma maior frequência para o deslocamento a pé, provavelmente em função da proximidade da residência à Unidade de Saúde, seguido do transporte por ônibus. Porém, deve-se perceber a diferença entre um estudo sobre o acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a um centro de referência, ou ainda, como no presente estudo, a um centro de referência regional que envolve municípios que distam em média mais de 60 Km da sede do serviço. Por isso, vale salientar a importância do poder público facilitar esse acesso de modo que todos, principalmente aqueles que vivem mais distantes das unidades de saúde, tenham meios para chegar até elas²⁰.

Silvestre¹⁹ relatou que a maioria dos entrevistados em seu estudo citou como um dos principais obstáculos para um bom funcionamento do CEO-R de Ubajara (Ceará) a inexistência de um sistema de transporte sanitário, e que a solução para esse problema deverá centrar-se na perspectiva regional e de redes de atenção, não sendo solucionado por um único município.

As dificuldades econômicas, como custo de deslocamento e condição social atual do usuário, foram relatadas como dificuldades no acesso dos usuários aos serviços de saúde nos estudos de Ramos e Lima¹⁰ e Bizerril²¹, tendo sido este último, realizado em três CEO-R no Ceará.

Apesar da grande necessidade de serviços de nível secundário por parte da população, índices altos de falta de pacientes foram relatados pelos gestores. Os motivos citados foram a falta de transporte sanitário, a falta de verba para condução, estradas e vias interditadas ou com acesso inviável, o desconhecimento do processo de referenciamento, municípios em que os usuários residem são distantes, dentre outros. Segundo os diretores dos CEO-R entrevistados, estas razões fazem com que estas unidades sejam subutilizadas e que as demandas da população como um todo demorem a ser resolvidas²¹.

Chaves et al.²² identificam que a constante falta de pacientes, que não são substituídos, é um aspecto importante para a falta do êxito esperado pela assistência dos CEO. Sendo assim, 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 diá-

ria para substituição de faltosos ou com marcação extra, considerando a provável falta de pacientes, o que é amplamente recomendado para aproveitamento da oferta disponível e redução de consultas de retorno.

Ferreira e Loureiro²³ sugeriram 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. Isso pode ser interessante em algumas especialidades, como PNE, mas não funciona como regra, uma vez que algumas especialidades necessitam de intervalo entre as sessões clínicas ou de fases laboratoriais, como na Prótese Dentária.

No nosso estudo, com exceção do Coordenador do município sede do serviço, todos os outros 14 Coordenadores responderam que acreditam que a disponibilidade de vagas no turno da noite (17:00 às 21:00 horas) é um fator que acarreta na recusa de muitos usuários à marcação da consulta, resultando em uma menor TAMC para o seu município. Os mesmos 14 Coordenadores acreditam ainda que esse horário de atendimento é responsável por uma maior TE. Esses achados são reforçados por estudos²⁴, em que a ausência de dinheiro, a dificuldade de transporte ou a distância e o horário incompatíveis foram os principais motivos da não procura pelos serviços de saúde daqueles que consideravam necessitar do atendimento.

Taxa de utilização do serviço (TUS)

A taxa de utilização média nos municípios da Região de Saúde de Sobral para o ano de 2011 foi de 46,2%, com uma variação de 2% para o município de Varjota a 68% em Uruoca (Tabela 2).

Maior oferta e disponibilidade de serviços de saúde podem não necessariamente significar maior utilização^{25,26}. As principais razões para a distância entre oferta e utilização podem estar associadas às mudanças no perfil epidemiológico (modificam necessidades) e à facilidade de acesso a serviços odontológicos (redução de barreiras financeiras e geográficas). 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 CEO²². O protocolo utilizado pelo CEO-R de Sobral deixa claro quais os procedimentos que devem ser realizados na atenção básica previamente ao encaminhamento.

Taxa de cobertura de ESB
X Taxa de aproveitamento de marcação de consulta (TAMC)

Segundo os Coordenadores, três municípios (20%) organizam a demanda por saúde bucal na Atenção Primária por meio da livre busca dos usuários pelo atendimento (demanda espontânea); em um outro município, apenas as gestantes têm atendimento programado, o que demonstra que alguns municípios ainda apresentam dificuldade de adaptação à lógica de atenção proposta pela ESF, que tem por base os atendimentos programados. Nos outros onze municípios (73%), a maior parte dos atendimentos são realizados para pacientes agendados (demanda programada), com algumas vagas dispensadas para a demanda espontânea.

Ainda segundo os entrevistados, 12 acreditam que a maneira como está organizada a demanda em seu município influencia positivamente no aproveitamento das vagas de primeira consulta nas especialidades ofertadas. Os três Coordenadores que responderam que não, são os mesmos que responderam que organizam o atendimento exclusivamente por meio da demanda espontânea.

Todos os entrevistados afirmaram que há influência negativa na TAMC por conta de uma baixa cobertura de ESB. De fato, a Tabela 2 revela este dado.

Municípios com cobertura de ESB de até 60% possuem um menor TAMC (55,1%), quando comparados aos municípios com maior cobertura (64,6%). Isso mostra que uma maior cobertura na saúde bucal na atenção básica aumenta a capacidade de organização da demanda, de realização do tratamento necessário neste nível de atenção e encaminhamento dos casos necessários para um maior nível de complexidade, refletindo-se em uma maior TAMC. Quando excluiu-se o município sede (Sobral) da amostra, verifica-se que a taxa dos municípios com menor cobertura diminuiu ainda mais (35,2%). Comparando a distância média dos municípios para Sobral, observa-se que aqueles com menor taxa de cobertura de ESB situam-se, em média, mais afastados (68 Km com Sobral e 76,5 Km sem Sobral) do que os com maiores coberturas (56,6 Km), o que reforça a ideia de que uma maior distância dos municípios consorciados à sede do serviço é inversamente proporcional à TAMC.

Cabe destacar que a integralidade desejada requer boa cobertura da atenção primária para permitir a interface e a utilização adequada dos

serviços de saúde bucal^{9,22}. Essa poderia 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. Goes¹⁶, analisando todos os CEO implantados no Brasil no ano de 2007, relatou que nos municípios de maior população, com uma insuficiente cobertura de ESB, havia maior demanda espontânea nos CEO. Esse fato pode comprometer a interação entre a Atenção Secundária e a Atenção Primária, gerando incoerência na referência dos casos. Isso poderia explicar os resultados encontrados em outros estudos^{27,28}, realizados em municípios com cobertura populacional de ESB superior a 50%, mostrando que o fator cobertura de equipes de saúde bucal parece influenciar os resultados.

Distância ao município sede
X Taxa de marcação, Taxa de faltosos e Taxa de utilização do serviço

Foram cruzados dados da TAMC, da TF e da TUS com a distância dos municípios para aquele sede do serviço. Os municípios foram divididos em quatro diferentes estratos. Foi acrescentada ainda a categoria dos municípios com até 30 Km de distância sem a presença do município sede (Sobral), para que se pudesse avaliar em quais taxas o fator distância iria sofrer alterações (Tabela 3).

A Análise dos dados permitiu verificar o seguinte:

- com relação à TAMC, os números são muito parecidos para os estratos até 30 Km com ou sem Sobral, o que implica que, para essa distância, não há grandes barreiras a serem enfrentadas pelos pacientes quanto à marcação de consultas;

Tabela 3. Taxa de utilização das vagas pactuadas por município da 11ª CRES em 2011 x cobertura de ESB x Distância Média dos municípios (com ou sem CEO municipal) para Sobral.

Distância	TAMC	TF	TUS
Até 30 Km	69,0%	16,2%	57,8%
Até 30 Km (sem Sobral)	70,6%	22,0%	55,1%
De 31 a 65 Km	51,2%	22,9%	39,6%
De 66 a 90 Km	52,6%	25,8%	40,0%
Maior que 90 Km	25,6%	29,4%	18,1%
11ª CRES	58,6%	20,0%	46,2%

- ao comparar o primeiro estrato com os dois próximos (31-65 Km e 61-90 Km) observou-se um decréscimo importante na taxa, mas entre esses dois intermediários a diferença é bem pequena. Quando comparados com os municípios acima de 90 Km pode-se observar o quanto a distância, e os elementos que traz consigo (custo, dificuldade de transporte e horário noturno), se torna uma grande barreira para os usuários;

- com relação à TF o que se observa é um aumento progressivo da taxa proporcional ao aumento da distância desses municípios em relação ao município sede. Neste caso, fica claro que o fator distância parece interferir bastante, inclusive causando grande diferença entre os estratos de até 30 Km com e sem Sobral (16, 2% contra 22%);

- com relação à TUS, observou-se um desempenho pior para os municípios mais afastados de Sobral, com diferenças pequenas entre os estratos até 30 Km com e sem Sobral e entre os estratos de 31 a 60 Km e de 61 a 90 Km, mas com diferenças maiores entre os estratos até 30 Km e os dois intermediários (31-65 Km e 61-90 Km) e entre esses e o de municípios afastados mais de 90 Km e com uma diferença marcante entre o primeiro e último estrato, mostrando o quanto a distância pode ser significativa na obtenção de melhores taxas.

No estudo de Souza²⁹, as dificuldades relatadas pelos usuários se concentraram na distância da residência ao CEO (23,07%), na necessidade de andar muito até chegar ao CEO (20,50%), que se relaciona com a dificuldade para pagar a passagem (19,23%) e com a carência de transportes ou a demora para os mesmos passarem (19,23%). Importante ressaltar que esse estudo foi realizado em CEO municipais da Região de Saúde da Grande Natal. É de se esperar maiores dificuldades em serviços que se situem mais distantes dos municípios beneficiados, tal qual acontece no CEO-R.

A distância e a demora no agendamento da consulta são fatores inibidores e representam meios de limitar o acesso ao serviço (controle de demanda)³⁰.

Usuários com maior facilidade no acesso geográfico ao serviço especializado apresentam-se com mais chance de alcance da integralidade na saúde bucal em relação aos demais usuários²².

Qualquer realização feita para melhorar o acesso, que é a ponte entre o cidadão e os serviços de Saúde³¹, tanto à atenção primária quanto à atenção secundária, deve ser recomendada, particularmente a ampliação da oferta de serviços²⁶.

Considerações finais

O CEO-R parece estar adequadamente preparado para atender à demanda pactuada, e trouxe considerável incremento na oferta de procedimentos especializados em saúde bucal para os 24 municípios que formam a Região de Saúde de Sobral. Contudo, existem barreiras geográficas (distância e carência de transporte), financeiras (custo do transporte) e organizacionais (falta de dados epidemiológicos para pactuação e oferta de vagas à noite) que dificultam a acessibilidade e melhores taxas de aproveitamento e utilização dos serviços oferecidos nesta unidade. Esta constatação convida a refletir se o simples fato de aumentar a oferta de um serviço especializado é o suficiente para que se tenha uma maior resolutividade. Ser resolutivo no acesso ao sistema significa também promover a oportunidade de utilização dos serviços pelos usuários.

Essas barreiras parecem explicar a baixa taxa média de aproveitamento de marcação de consultas (58,6%), a alta taxa média de pacientes faltosos (20%) e a baixa taxa média de utilização do serviço (46,2%), que trazem consigo um importante impacto financeiro para os municípios consorciados e uma clara incapacidade no cumprimento dos princípios do SUS.

É importante uma ampla discussão a respeito das dificuldades encontradas com o objetivo de se fazerem os ajustes necessários para uma melhor utilização do serviço ofertado e justificar o amplo investimento que se tem feito na construção de uma rede assistencial em saúde bucal na região.

Colaboradores

VPT Pinto e SRM Saraiva trabalharam na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. PR Santos e MAG Moreira trabalharam na redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

AH Teixeira e MWA Araújo trabalharam na análise e interpretação dos dados, e na redação do artigo.

Agradecimentos

À 11ª Célula Regional de Saúde (CRES); à Direção do Centro de Especialidades Odontológicas Reitor Ícaro de Sousa Moreira, ao CNPq, CAPES e FUNCAP.

Referências

- Santos L. Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. *Jus navigandi*. 2005. [acessado 2012 abr 12]. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7378&p=1>
- Lima JC. Território situado, redes de conversação e coordenação: novas perspectivas para a integralidade da atenção à saúde. In: Ferreira SCC, Monken M, organizadores. *Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade*. Rio de Janeiro: EP-SJV; 2009. p. 103-127.
- Ceará. Manual de Orientação. *Consórcios Públicos em Saúde no Ceará: Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde*. [acessado 2010 set 25]. Disponível em: http://www.saude.ce.gov.br/site/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=44&Itemid=247
- Assis MMA, De Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2865-2875.
- 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*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):190-198.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estados@*. [acessado 2011 nov 13]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=cej>
- Donabedian A. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Biblioteca de la Salud; 1988.
- Frenk JM. El concepto y la medición de accesibilidad. In: White, KL, editor. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: OPAS; 1992. p. 929-943.
- Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):27-34.
- Brasil. Portaria nº 3.840/GM, de 7 de dezembro de 2010. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. *Diário Oficial da União* 2010; 8 set.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Histórico de cobertura da Saúde da Família - DAB/MS. [acessado 2013 jan 10]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 267, de 6 de março de 2001. *Diário Oficial da União* 2001; 7 mar.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Senso 2011*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
- Ceará. Secretaria da Infraestrutura do Governo do Estado do Ceará. Departamento Estadual de Rodovias (DER). [acessado 2012 nov 20]. Disponível em: <http://portal.der.ce.gov.br/index.php/noticias/43670-mapa2014>
- Goes PSA. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(Supl.): 81-89.
- Barreto ML. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2012; (5 Supl. 1):4-17.
- Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica* 2001; 17(4): 819-832.
- Silvestre JAC. *Coordenação das ações de atenção à saúde bucal na 13ª coordenadoria regional de saúde do estado do Ceará: percepção da gestão municipal*. [dissertação]. Sobral: Universidade Federal do Ceará; 2012.
- Costa ICC. Planejamento das ações de saúde. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC, organizadores. *Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar*. Natal: EDUFERN; 2004. p. 287-300.
- Bizerril DO. *Resolutividade de centros de especialidades odontológicas regionais do estado do Ceará* [dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2011.
- Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(1):143-154.
- 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(2):2071-2080.
- Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):999-1010.
- Ribeiro-Sobrinho C, Souza LEPE, Chaves SCL. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(2):295-302.
- Guay AH. Access to dental care: the triad of essential factors in access-to-care programs. *J Am Dent Assoc* 2004; 135(6):779-785.
- 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):259-267.
- Guimaraes MLF. *Cuidados secundários em saúde bucal: Centro de Especialidades Odontológicas no Ceará, Brasil, 2008* [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2010.
- Souza GCA. *Centros de especialidades odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal, 2009* [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.
- Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *British Dental J* 2001; 191(12):666-670.
- Santos L, Andrade LOM. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2876-2880.

Artigo apresentado em 20/04/2013

Aprovado em 11/06/2013

Versão final apresentada em 20/06/2013