

Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013*

doi: 10.5123/S1679-49742015000300008

Evaluation of Secondary Dental Health Care at the Dental Specialties Centre, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2012-2013

Mariane Baltassare Laroque

Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, Pelotas-RS, Brasil

Ana Claudia Gastal Fassa

Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Pelotas-RS, Brasil

Eduardo Dickie de Castilhos

Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Pelotas-RS, Brasil

Resumo

Objetivo: avaliar a estrutura, o processo de cuidado e os resultados na endodontia, periodontia e cirurgia realizadas pelo Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Pelotas-RS. **Métodos:** foi realizado estudo transversal; avaliou-se o número de profissionais e equipes odontológicas do CEO, a forma de encaminhamento e agendamento e o manejo do absenteísmo; caracterizou-se a demanda e os encaminhamentos para a central de regulação no período de julho/2012 a junho/2013. **Resultados:** foram atendidos 940 usuários e realizados 1.502 procedimentos, com 76,0% de tratamentos concluídos; o tempo médio de espera por atendimento foi de dois meses; 13% dos usuários encaminhados desistiram do tratamento; e existiam 849 usuários na fila de espera. **Conclusão:** o CEO/Pelotas-RS ficou aquém dos parâmetros de produção exigidos pelo Ministério da Saúde e precisa ampliar sua produção; a central de regulação necessita de protocolos que orientem as prioridades no atendimento; ademais, são necessários novos CEO no município.

Palavras-chave: Especialidades Odontológicas; Atenção Secundária à Saúde; Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde Bucal; Acesso aos Serviços de Saúde.

Abstract

Objective: to evaluate the structure, care process and results of the endodontics, periodontics and surgery services at the Pelotas/RS Dental Specialties Centre (DSC). **Methods:** this was a cross-sectional study; an evaluation was made of the number of dental professionals and teams at the DSC, forms of referral and appointment making and no-show management; demand for services and referral to the appointment control centre between July 2012 and June 2013 were characterized. **Results:** 940 service users received care and 1,502 procedures were performed; 76.0% of procedures were concluded; average waiting time was 2 months; 13% of service users referred did not complete treatment and 849 were on the waiting list. **Conclusion:** DSC did not meet Ministry of Health required productivity parameters and needs to increase production; the appointment control centre needs protocols to guide care prioritization; moreover, the municipality needs additional DSCs.

Key words: Specialties, Dental; Secondary Care; Health Evaluation; Dental Health Services; Health Services Accessibility.

* Manuscrito elaborado com base em dissertação de Mestrado Profissional defendida por Mariane Baltassare Laroque junto ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas em junho de 2014.

Endereço para correspondência:

Mariane Baltassare Laroque – Rua Villa do Conde, nº 401, Recanto de Portugal, Pelotas-RS, Brasil. CEP: 96083-360.
E-mail: maryblaroque@hotmail.com

Introdução

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente –, vigente desde 2003, possibilitou um avanço na resolubilidade da atenção à saúde bucal. Essa política tenta reverter o caráter mutilador predominante na saúde bucal, ao garantir a integralidade do sistema.¹ Nesse contexto, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ampliam a cobertura das ações de média complexidade em saúde bucal nos serviços públicos, complementando as ações dos serviços de atenção básica e melhorando as condições de saúde da população.²

Desde 2004 até 2014, foram implantados 1.000 CEO no Brasil, distribuídos em 739 municípios, com maior concentração nas capitais. Em 2014, no Rio Grande do Sul, existiam 23 CEO.³ Embora se saiba que esse número de centros ainda é insuficiente para atender às necessidades da população, não há estimativa do déficit de oferta desse tipo de serviço no estado.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ampliam a cobertura das ações de média complexidade em saúde bucal nos serviços públicos, complementando as ações dos serviços de atenção básica e melhorando as condições de saúde da população.

Um estudo realizado em Pernambuco, no ano de 2009, mostrou que apenas 40,9% dos CEO atendiam as metas de produção ambulatorial propostas pelo Ministério da Saúde, enquanto 31,8% tiveram desempenho ruim no cumprimento global das metas.⁴ Esses resultados podem refletir mau desempenho dos serviços ou inadequação das metas propostas. Na revisão de literatura, foram identificados poucos estudos de avaliação dos serviços de atenção secundária em saúde bucal.^{1-2,4-10}

O presente estudo objetiva avaliar a estrutura, o processo de cuidado e os resultados na endodontia, periodontia e cirurgia pelo CEO Jequitibá no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, examinando também a lista de espera para atendimento no serviço. Espera-se que ele contribua para subsidiar o dimensionamento dos serviços especializados em odontologia e políticas que maximizem a utilização dos serviços ofertados.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal para investigar os resultados de produção do CEO Jequitibá de Pelotas-RS, como também as características da demanda desse serviço, incluindo informações do serviço de regulação. O período de coleta de dados compreendeu julho de 2012 a junho de 2013. Avaliou-se, de forma descritiva, as características da estrutura do CEO diante da Legislação vigente, e o processo de cuidado aos usuários do serviço especializado.

Pelotas-RS, de acordo com o Censo Demográfico 2010, possuía uma população de 328.275 habitantes, sendo 93,27% residentes em área urbana. O índice de desenvolvimento humano (IDH) municipal foi de 0,739 em 2010, e o índice de desenvolvimento socioeconômico, de 0,770 em 2009.

Em julho de 2014, o município se encontrava sob Gestão Plena do Sistema de Saúde e contava com 51 unidades básicas de saúde (UBS), das quais 12 estavam na área rural e 26 sob a Estratégia Saúde da Família (ESF), cobrindo 45% da população. O serviço de saúde bucal possuía 47 consultórios odontológicos inseridos em UBS, escolas municipais e no presídio regional de Pelotas-RS, contando com 64 cirurgiões-dentistas (CD), 17 auxiliares em saúde bucal (ASB) e 16 equipes de saúde bucal (ESB) atuantes.

O CEO Jequitibá de Pelotas-RS, implantado em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é caracterizado como um CEO de tipo I e foi habilitado pela Portaria nº 559, de 29 de março de 2012. A meta de produção ambulatorial mínima mensal do CEO é de: 80 procedimentos básicos realizados em pacientes especiais (procedimentos individuais preventivos, dentística básica e odontologia cirúrgica básica); 60 procedimentos de periodontia; 35 de endodontia; e 80 de cirurgia oral (odontologia cirúrgica e traumatologia buco-maxilo-facial).¹¹ Único no município, o CEO Jequitibá é o serviço de referência para os procedimentos de média complexidade em saúde bucal da rede pública de saúde de Pelotas-RS.

Para avaliação de sua estrutura, o serviço foi visitado e, utilizando-se um roteiro semiestruturado, foi caracterizado pela observação dos seguintes indicadores para cada especialidade avaliada: recursos humanos (número de profissionais/acadêmicos trabalhando; número de turnos semanais disponibilizados); oferta de atendimento (número de horas semanais dedicadas; número de

atendimentos ofertados); e equipamentos (número de cadeiras odontológicas disponibilizadas por semana).

Para avaliar o processo do CEO, foram analisados: número de usuários encaminhados por especialidade; número de dias de espera para atendimento em cada especialidade; e número de usuários agendados que não iniciam o tratamento no serviço. Para essa avaliação, utilizou-se o sistema de registro do CEO, bem como as fichas de encaminhamento recebidas pela central de regulação odontológica do município.

Este estudo consiste em um censo de todos os atendimentos realizados no período.

A caracterização dos resultados do CEO tomou por base: proporção de usuários que tiveram seu tratamento especializado concluído (número de usuários que iniciaram e terminaram o tratamento no CEO); tempo médio necessário para a conclusão dos tratamentos segundo especialidade (número de dias necessários para concluir o tratamento); e número de procedimentos realizados em cada especialidade. Essas informações foram relacionadas ao alcance ou não das metas estabelecidas pelo ministério.

Para o cálculo da média de procedimentos realizados por usuário, em cada especialidade, foi considerado o total de procedimentos dividido pelo número de usuários encaminhados ao CEO no período do estudo.

Foram avaliadas três das cinco especialidades ofertadas no CEO: periodontia, endodontia e cirurgia oral menor. Procedimentos básicos realizados em pacientes especiais e procedimentos de diagnóstico oral não foram contabilizados, visto que os usuários do CEO e da Faculdade de Odontologia são atendidos conjuntamente, dificultando a avaliação da demanda específica do CEO.

O CEO atende indivíduos que receberam o primeiro atendimento na UBS e foram encaminhados para serviço especializado. Nas especialidades de cirurgia, periodontia e endodontia de dentes unirradiculares e birradiculares, o CEO atendeu a população de todas as UBS que contam com dentista na rede básica de saúde de Pelotas-RS, totalizando 297.189 pessoas. Para a especialidade de endodontia de molar, o CEO atendeu a população das 14 UBS com ESB e campos de estágio do 10º semestre da Faculdade de Odontologia/UFPel, totalizando 93.041 pessoas.

A demanda do CEO foi caracterizada segundo as seguintes variáveis: sexo (masculino; feminino); idade (em anos completos: 10 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; e 60 ou mais); escolaridade (sem estudo;

Ensino Fundamental; Ensino Médio; graduação; e pós-graduação); UBS de origem; especialidade (endodontia, cirurgia e periodontia); motivo do encaminhamento (tipo de tratamento); e contra-referência (realizada ou não). Essas informações foram coletadas na tabela de registro do CEO, à exceção da escolaridade, coletada no prontuário.

Na central de regulação, nas fichas de referência, foram obtidos nome, idade, sexo, UBS de origem, motivo e data do encaminhamento ao CEO dos usuários que se encontravam na fila de espera para o atendimento especializado. Também foi anotado o dia em que a coleta de dados foi realizada.

Este estudo baseia-se no modelo de Donabedian, que propõe o exame da estrutura, do processo de cuidado e dos resultados como categorias analíticas-padrão para avaliação de qualidade de serviços de saúde. Neste estudo, entretanto, considerou-se, como resultados intermediários, aspectos descritos por Donabedian como processo. A estrutura diz respeito aos recursos ou insumos utilizados na assistência à saúde. O processo de atenção à saúde engloba as atividades ou procedimentos empregados pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em resultados, sendo os resultados representados pelas respostas ou mudanças verificadas nos usuários.¹²

As análises incluíram frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas, que, assim como a média, mediana e amplitude das variáveis contínuas, foram realizadas pelo programa Stata 12.0.

Trata-se de um estudo operacional com base em dados secundários. A análise da estrutura foi realizada a partir de roteiro semiestruturado. Em se tratando de características do serviço, não foi adotado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Visando atender a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) mediante Parecer nº 630.526. A Faculdade de Odontologia/UFPel e a Secretaria Municipal de Saúde autorizaram a utilização dos dados do serviço.

Resultados

Por se tratar de um CEO universitário, a estrutura disponível para o funcionamento das especialidades sofre variações a depender da organização das disciplinas

que utilizam as clínicas da Faculdade de Odontologia. Em junho de 2014, estavam disponíveis para o CEO 28 equipes odontológicas, divididos entre as especialidades. Para endodontia de molar, era utilizada 1 cadeira, 12 cadeiras para endodontia de dentes uni/birradiculares, 9 cadeiras para a especialidade de periodontia, e para a cirurgia, 6 boxes cirúrgicos.

O CEO oferecia, semanalmente, um total de 164 horas nas três especialidades abordadas por este estudo. Para endodontia, eram dedicadas 104 horas por semana: 8 horas para endodontia de molar e 96 horas para endodontia de dentes uni/birradiculares. A especialidade de periodontia era ofertada em 36 horas semanais, e a cirurgia oferecia 24 horas por semana para atendimento aos usuários do CEO. Nos demais turnos, essa infraestrutura era utilizada por outras disciplinas da Faculdade de Odontologia.

O encaminhamento ao CEO ocorria após o atendimento dos usuários nas UBS, sendo o agendamento realizado pela central de regulação odontológica. Os usuários eram agendados com uma antecedência de 7 dias, em média. A remarcação dos usuários em atendimento acontecia no próprio CEO; ou seja, a regulação se responsabilizava pelo primeiro agendamento do usuário.

Em junho de 2014, segundo informação da central de regulação odontológica, havia 849 usuários na fila de espera por atendimento especializado. O maior número de usuários em espera, 334, era para a especialidade de cirurgia, seguida da especialidade de periodontia com 252 pessoas aguardando atendimento. Para endodontia de dentes uni/birradiculares, tinha-se 242 usuários em espera, e para endodontia de molares, 21. Cabe ressaltar que nos primeiros seis meses de abertura do CEO, apenas

14 UBS podiam referenciar usuários para endodontia de molares, e que, após esse período, os encaminhamentos a essa especialidade foram suspensos.

Observou-se que de 515 usuários encaminhados nos meses de janeiro a junho de 2013, 95 faltaram, resultando em um absenteísmo de 18,0% no período. Uma estratégia utilizada para diminuir a ociosidade do serviço resultante dessas faltas foi o agendamento de usuários excedentes, podendo alcançar o dobro de usuários em relação à oferta de serviço.

A especialidade com maior tempo de espera por atendimento foi a endodontia de molar: 170 dias de espera, em média, para a primeira consulta dessa especialidade no CEO. As demais especialidades apresentaram tempo de espera semelhante (cerca de 70 dias). O tempo médio necessário para conclusão dos tratamentos variou segundo a especialidade. Em geral, as consultas ocorreram com frequência semanal, estimando-se serem necessárias, em média, 4 consultas para conclusão de tratamento na especialidade de endodontia, 8 consultas para periodontia e 5 consultas para concluir o tratamento de cirurgia (Tabela 1). Consideradas todas as especialidades, cerca de 75% dos usuários tiveram tratamento concluído. A falta de indicação de tratamento especializado na endodontia de molar e a falta de adequação do meio nas especialidades de periodontia e cirurgia são os principais motivos para a não conclusão do tratamento (Tabela 2).

A média de encaminhamentos ao CEO variou conforme a carga horária e o modelo de atenção, sendo que as UBS com ESB encaminharam mais usuários do que as UBS dotadas do modelo tradicional de odontologia (Tabela 3).

Tabela 1 – Tempo de espera (em dias) para atendimento e para conclusão de tratamento, segundo especialidades, de usuários do Centro de Especialidades Odontológicas Jequitibá – CEO – (n=940), Pelotas, Rio Grande do Sul, julho de 2012 a junho de 2013

| Especialidade | Média | Mediana | Máximo | Mínimo |
|--|-------|---------|--------|--------|
| Tempo de espera para atendimento | | | | |
| Endodontia uni/birradicular | 76,3 | 85 | 340 | 3 |
| Endodontia molar | 170,6 | 178 | 363 | 7 |
| Periodontia | 63,8 | 34 | 322 | 5 |
| Cirurgia | 71,3 | 62 | 273 | 2 |
| Tempo de atendimento para conclusão | | | | |
| Endodontia uni/birradicular | 25,8 | 21 | 128, | 2 |
| Endodontia molar | 27,9 | 17 | 152 | 5 |
| Periodontia | 62,3 | 35 | 366 | 1 |
| Cirurgia | 35,8 | 26 | 206 | 1 |

Tabela 2 – Características da demanda do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO – Jequitibá entre usuários atendidos, Pelotas, Rio Grande do Sul, julho de 2012 a junho de 2013

| Especialidade | Tratamento concluído | | Não indicado CEO ^a | | Falta de adequação do meio bucal | | Desistência do tratamento | | Falta de laudo ^b | | Sem informação | |
|-----------------------------|----------------------|-------------|-------------------------------|------------|----------------------------------|------------|---------------------------|-------------|-----------------------------|------------|----------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Endodontia uni/birradicular | 281,0 | 79,2 | 29,0 | 8,2 | 2,0 | 0,6 | 39,0 | 11,0 | – | – | 4,0 | 1,1 |
| Endodontia molar | 61,0 | 75,3 | 10,0 | 12,3 | – | – | 8,0 | 9,9 | – | – | 2,0 | 2,5 |
| Periodontia | 162,0 | 69,5 | 3,0 | 1,3 | 17,0 | 7,3 | 37,0 | 15,9 | 8,0 | 3,4 | 6,0 | 2,6 |
| Cirurgia | 207,0 | 76,4 | 3,0 | 1,1 | 17,0 | 6,3 | 38,0 | 14,0 | 2,0 | 0,7 | 4,0 | 1,5 |
| Total | 711,0 | 75,6 | 45,0 | 4,8 | 36,0 | 3,8 | 122,0 | 13,0 | 10,0 | 1,1 | 16,0 | 1,7 |

a) Usuários que não têm indicação para tratamento especializado, por necessitarem de tratamento básico ou por já terem realizado o tratamento em outro local.

b) Usuários que necessitam de laudo médico, com avaliação de sua condição sistêmica, para realizar o procedimento odontológico especializado.

Tabela 3 – Média do número de encaminhamentos realizados segundo modelo de organização da atenção odontológica de UBS^a no período de 1 ano de funcionamento do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO – Jequitibá, Pelotas, Rio Grande do Sul, julho de 2012 a junho de 2013

| Modelo de organização | Nº de UBS ^a | Encaminhamentos realizados | | | | |
|-----------------------|------------------------|----------------------------|---------|--------|--------|-------|
| | | Média | Mediana | Máximo | Mínimo | Total |
| 20h | 24 | 13,9 | 4,0 | 103,0 | – | 334 |
| 40h | 12 | 29,6 | 24,0 | 97,0 | – | 355 |
| ESB ^b | 7 | 32,6 | 32,0 | 63,0 | 12,0 | 228 |

a) UBS: unidade básica de saúde

b) ESB: equipe de saúde bucal

Foram encaminhados ao CEO Jequitibá 940 usuários, sendo 37% para endodontia de dentes uni/birradiculares, 29% para cirurgia, 26% para periodontia e 8% para endodontia de molares. Na especialidade de endodontia de dentes uni/birradiculares e na periodontia, 28% dos usuários encontravam-se na faixa etária de 40 a 49 anos. Na endodontia de molares, 33% dos usuários tinham entre 10 e 19 anos de idade. Em cirurgia, 36% dos usuários encontravam-se na idade entre 20 e 29 anos. A faixa etária atendida no CEO compreendeu usuários de 10 a 87 anos. A maioria dos usuários atendidos era do sexo feminino e possuíam apenas o Ensino Fundamental (Tabela 4).

No período de um ano de funcionamento do CEO, foram realizados 1.502 procedimentos especializados (média de 1,6 procedimento por usuário). Na especialidade de endodontia de dentes uni/birradiculares, foram realizados 313 procedimentos – média 0,9 procedimentos por usuário –, e o procedimento realizado com maior frequência foi a obturação em dente permanente unirradicular, com 211 intervenções, seguido da obturação em dente permanente birradicular, com

82 procedimentos. A média é menor do que 1 porque alguns usuários encaminhados chegam ao serviço já com perda do dente ou com tratamento realizado em outro local e, portanto, não realizam procedimento no CEO.

Na especialidade de endodontia de molar, 63 usuários receberam 1 procedimento e apenas 1 usuário obteve 2 intervenções. Em periodontia, o número de procedimentos realizados foi de 627 – média de 2,6 procedimentos/usuário. O procedimento realizado com maior frequência (518 procedimentos) foi a raspagem corono-radicular, seguido de 111 tratamentos cirúrgicos periodontais. Na especialidade de cirurgia, o número de procedimentos realizados foi de 458 – média de 1,7 procedimentos/usuário. O procedimento mais realizado foi a remoção de dente retido (incluso ou impactado), com 351 intervenções. O segundo procedimento mais realizado foi a exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante, totalizando 89 procedimentos.

Os procedimentos realizados apresentam variação numérica sazonal, com queda especialmente nos meses de novembro a março e em julho, períodos coincidentes com as férias escolares; e particularmente, com

Tabela 4 – Características sociodemográficas da população atendida no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO – Jequitibá, Pelotas, Rio Grande do Sul, julho de 2012 a junho de 2013

| Variável/categorias | Endodontia uni/ birradicular ^a | | Endodontia molar | | Periodontia | | Cirurgia | |
|------------------------|--|--------------|------------------|--------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Sexo | | | | | | | | |
| Feminino | 255 | 73,1 | 38 | 48,7 | 175 | 71,7 | 186 | 69,1 |
| Masculino | 94 | 26,9 | 40 | 51,3 | 69 | 28,3 | 83 | 30,9 |
| Idade (em anos) | | | | | | | | |
| 10-19 | 38 | 10,9 | 26 | 33,3 | 22 | 9,0 | 43 | 16,0 |
| 20-29 | 63 | 18,0 | 19 | 24,4 | 24 | 9,8 | 96 | 35,7 |
| 30-39 | 78 | 22,6 | 18 | 23,1 | 63 | 26,0 | 57 | 21,2 |
| 40-49 | 97 | 27,7 | 10 | 12,8 | 69 | 28,0 | 30 | 11,1 |
| 50-59 | 48 | 13,7 | 2 | 2,6 | 39 | 16,0 | 30 | 11,2 |
| 60 ou mais | 25 | 7,1 | 3 | 3,8 | 27 | 11,2 | 13 | 4,8 |
| Escolaridade | | | | | | | | |
| Não alfabetizado | 2 | 0,5 | – | – | – | – | 1 | 0,4 |
| Ensino Fundamental | 173 | 49,5 | 44 | 56,4 | 116 | 47,6 | 87 | 32,3 |
| Ensino Médio | 129 | 36,9 | 19 | 24,3 | 77 | 31,6 | 75 | 27,9 |
| Graduação | 20 | 5,7 | 4 | 5,1 | 17 | 6,9 | 21 | 7,8 |
| Pós-Graduação | – | – | – | – | – | – | 1 | 0,4 |
| Sem informação | 25 | 7,6 | 11 | 14,1 | 34 | 13,9 | 74 | 30,3 |
| Total | 349 | 100,0 | 78 | 100,0 | 244 | 100,0 | 269 | 100,0 |

um padrão diferenciado para a endodontia de molar, especialidade que conta com profissional contratado, cuja queda de produção ocorre em seu mês de férias. A cirurgia apresenta manutenção da produção em janeiro, graças à disponibilização de estágio para alunos voluntários. Os procedimentos especializados feitos no período do estudo não alcançaram aos parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde para um CEO de tipo I (figuras 1A e 1B). Ainda foram feitos 16 procedimentos básicos no CEO.

Discussão

Como se trata de um CEO universitário, o CEO Jequitibá oferece mais horas por semana que um CEO tradicional, haja vista dispor de mais cadeiras disponíveis e mais recursos humanos. Mesmo assim, contando com uma estrutura ampliada, o CEO apresenta variabilidade sazonal na oferta do serviço relacionada ao ano letivo da Faculdade de Odontologia. Afetado pela menor experiência clínica dos alunos no atendimento e em vários indicadores, o CEO Jequitibá não consegue alcançar os parâmetros mínimos de produção exigidos pelo Ministério da Saúde.

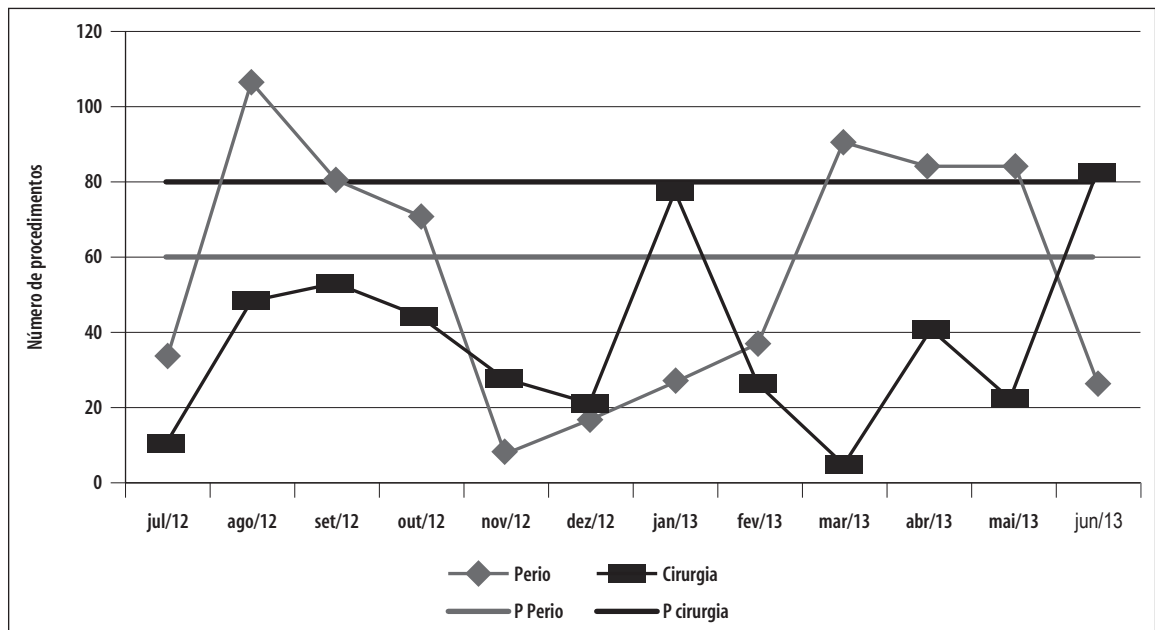
Serviços programados para constituir exclusivamente um centro de especialidade odontológica oferecem

mais conforto ao usuário, maior facilidade na marcação de consultas, melhor estrutura e proximidade da gestão do CEO com os dentistas e usuários, entre outras vantagens.⁵ A vinculação do CEO com a formação acadêmica, como é o caso do CEO Jequitibá, qualifica o atendimento e possibilita a preparação dos alunos para atuarem no nível secundário de atenção à saúde bucal pelo SUS.

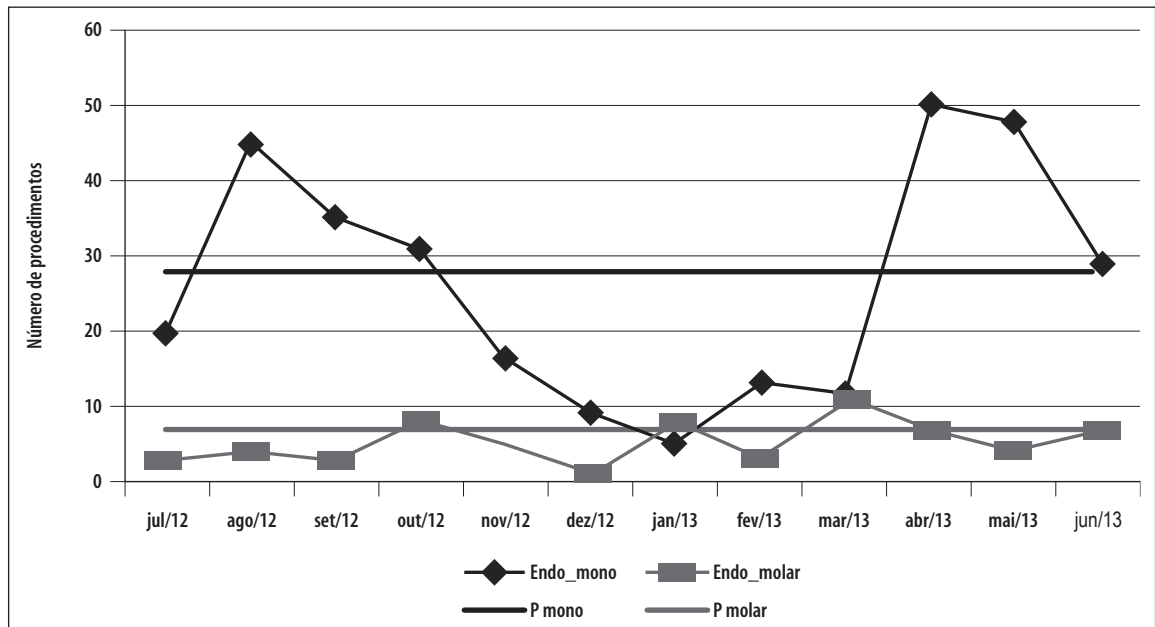
O grande número de usuários à espera de atendimento no CEO foi semelhante para todas as especialidades. A reduzida fila de espera para endodontia de molar relaciona-se à suspensão da oferta dessa especialidade, para evitar que os usuários que receberam a adequação do meio bucal na UBS acabassem não aptos ao tratamento especializado, devido à longa espera pelo atendimento. A central de regulação realiza o agendamento por ordem de chegada, não havendo protocolos para ordenação do atendimento de acordo com a necessidade em saúde bucal e a promoção da equidade.

O absenteísmo de 18% apresentado no CEO Jequitibá mostra-se baixo quando comparado ao encontrado por outros estudos, com variação de 30 a 45%,^{6,7} e pode estar relacionado ao menor tempo de espera no início da implantação do CEO: quanto maior o tempo de espera, mais usuários procuram por outros serviços ou desistem do tratamento. O sobre-agendamento, realizado para

1 A



1 B



P: parâmetro ministerial de produção (número de procedimentos)

Endo: endodontia

Perio: periodontia

Mono: dentes uni/birradiculares

Figura 1 – Número de procedimentos mensais por especialidade do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO – Jequitibá em relação aos parâmetros de produção exigidos pelo Ministério da Saúde para um CEO de tipo I (periodontia; cirurgia [1 A]; endodontia monoradicular e molar [1 B]), Pelotas, Rio Grande do Sul, julho de 2012 a junho de 2013

evitar a ociosidade do serviço, tem sido exagerado, e portanto, o absenteísmo precisa ser monitorado para se conseguir um parâmetro adequado.

A chegada ao CEO sem a devida adequação do meio bucal, e de usuários sem indicação para tratamento especializado, sugere a necessidade de capacitação dos profissionais da rede.¹³ A grande variabilidade no número de encaminhamentos realizados pelas UBS não é explicada pelo número de horas trabalhadas, nem pelo tamanho da população assistida, podendo estar relacionada ao perfil de cada dentista. E ademais, considerando-se o tempo de espera, a variabilidade nos encaminhamentos também pode estar relacionada à capacidade da população de buscar alternativas de atendimento odontológico especializado.

Observa-se percentual semelhante de desistência do tratamento em todas as especialidades, indicando a necessidade de melhorar a orientação da UBS aos usuários sobre o tratamento especializado. A ausência de equipe multiprofissional no CEO retarda o tratamento de usuários com doença periodontal portadores de doenças sistêmicas crônicas não controladas.¹⁴ Nesse sentido, é importante melhorar a articulação com a atenção básica para que usuários com essas doenças sejam encaminhados pela UBS já com o laudo médico.

Para otimizar a oferta dos serviços odontológicos, é importante que as necessidades dos usuários sejam resolvidas nos níveis de complexidade de assistência adequados,⁸ e que o fluxo de referência e contra-referência seja respeitado. Em todas as especialidades, foram realizados alguns procedimentos de atenção básica, o que demonstra que nem todos os usuários que chegaram ao serviço especializado sem a devida adequação aos protocolos – do Ministério e da Secretaria Municipal de Saúde – foram devolvidos à UBS de origem. Nesse sentido, é importante otimizar a utilização dos recursos nos diferentes níveis de atenção.

O CEO Jequitibá não conseguiu atender aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde no período avaliado, implicando risco de suspensão de incentivos e até de fechamento.¹⁵ A defasagem de procedimentos variou de 7% na especialidade de endodontia a mais de 50% em cirurgia.¹⁶ O número de procedimentos odontológicos especializados por habitante/ano deve variar de 0,01 a 0,04, segundo a variação de cobertura do país em 2002.¹⁷ As três especialidades avaliadas no CEO de Pelotas-RS atingiram 40% do mínimo (1.502/328.000 hab.). Se de acordo com o parâmetro recomendado

pelo Ministério da Saúde, o número de procedimentos odontológicos especializados por habitante/ano deve variar de 0,04 a 0,06,¹⁷ o CEO Jequitibá fez 10% do mínimo. Percebe-se a necessidade de ampliação da oferta mediante o aumento da capacidade de produção e da criação de novos serviços.

O dimensionamento da oferta de atenção especializada pode ser feito a partir das portarias que estabelecem o número de procedimentos mínimos para cada tipo de CEO e da estimativa de necessidade de atenção especializada em saúde bucal por habitante/ano. Um CEO de tipo I deve realizar 3.060 procedimentos/ano;¹⁶ considerando-se a estimativa de necessidade de 0,04 procedimentos especializados por habitante/ano,¹⁷ o alcance dessa meta proporciona uma cobertura de 76.500 pessoas. Pelotas-RS, com 328.000 habitantes, necessitaria de 4 CEO de tipo I. Outras alternativas seriam 3 CEO de tipo II ou 2 CEO de tipo III, considerando-se que um CEO de tipo II deve realizar 4.080 procedimentos/ano, enquanto o CEO de tipo III deve realizar 7.260.

Estudos mostram uma diferença no padrão de utilização dos serviços de saúde entre homens e mulheres. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2003, 71,2% de mulheres e 54,1% dos homens realizaram consultas médicas no último ano.¹⁸ O presente estudo revela que as mulheres também buscam mais o serviço odontológico especializado, mostrando que o maior cuidado com a saúde geral também se reflete na saúde bucal.^{9,19}

Observou-se, neste estudo, que a maioria dos usuários tinha baixa escolaridade. O resultado é consistente com outros estudos que evidenciam serem os usuários do CEO representantes de um perfil socioeconômico similar ao dos usuários do SUS como um todo.^{20,21} Esse achado pode indicar tanto equidade no acesso como sinalizar que indivíduos em condição financeira suficiente procuram outros serviços, sem esperar pelo atendimento em saúde bucal do Sistema Único de Saúde.

Relativamente à faixa etária, houve mais adultos e jovens atendidos, enquanto outros estudos encontraram mais atendimentos de crianças em idade escolar e gestantes.^{21,22} Considerou-se positivo o fato da inclusão de pacientes adultos jovens pelos serviços reabilitadores em saúde bucal, uma vez que, por muito tempo, a atenção a esse contingente restringiu-se aos atendimentos emergenciais e não conservadores.²³ Na especialidade de endodontia de molar, a pouca idade da maioria dos

usuários pode ser justificada pelo atendimento aos protocolos de encaminhamento das Diretrizes de Saúde Bucal do município, que priorizam aqueles nos quais a recuperação do elemento dental é mais viável, por contarem com mais dentes hígidos em boca.

O tempo médio necessário para a conclusão dos tratamentos no CEO variou entre as especialidades, sendo, em média, de 26 dias para endodontia, semelhantemente a outro estudo que apresenta esse tempo médio como de 30 dias.²⁴ Quanto ao tempo de espera para atendimento, a média entre todas as especialidades foi de 95 dias, semelhante a um estudo realizado na Bahia, onde 6,7% dos usuários referiam uma demora maior que 90 dias.¹⁰ Outro estudo mostra menor tempo para o primeiro atendimento nos CEO de Natal-RN: média de 50 dias.²⁴

O CEO Jequitibá contribuiu para a construção da integralidade da atenção à saúde bucal no município. Apesar de sua estrutura atípica, interna às dependências de uma faculdade, o CEO de Pelotas-RS atendeu às condições de estrutura e de oferta de especialidades exigidas pelo Ministério da Saúde. Embora não tenha atingido os parâmetros de produção em todos os meses de funcionamento, o centro foi resolutivo para aqueles usuários que conseguiram acesso ao serviço. Sugere-se a criação de estágios, buscando evitar a queda de produção sazonal vinculada ao período não letivo. É evidente a necessidade de ampliação da produção como forma de garantir o repasse de recursos, bem como do número de CEO, a fim de melhor atender a população local.

À central de regulação, não cabe fazer um agendamento por ordem de chegada e sim por protocolos que estabeleçam prioridades de atendimento, promovendo

equidade. Também é importante que a central de regulação atue no monitoramento da contra-referência do CEO para a unidade básica de saúde – UBS.²⁵

Uma vez que este estudo foi realizado em um CEO universitário e em seu primeiro ano de funcionamento, a validade externa dos achados para serviços não universitários e para serviços com mais tempo de funcionamento é limitada. Entretanto, diante da escassez de estudos sobre a demanda de CEO, os resultados aqui apresentados são de grande relevância.

Futuros estudos deverão avaliar a necessidade de atenção especializada à saúde bucal na população, de forma a dimensionar melhor esse tipo de serviço e verificar a adequação das metas propostas pelo Ministério da Saúde para a produção ambulatorial dos centros de especialidades odontológicas – CEO.

Agradecimentos

À Auxiliar em Saúde Bucal do CEO Jequitibá, Márcia Regina Bueno, pela colaboração no acesso aos dados essenciais à pesquisa.

Contribuição dos autores

Laroque, MB, Fassa, AG e Castilhos, ED elaboraram o projeto, analisaram e interpretaram os resultados, foram responsáveis pela redação e revisão final do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

- Guerra KCM. Os Centros de Especialidades Odontológicas nos municípios do estado do Rio de Janeiro: uma investigação dos fatores identificáveis como facilitadores ou não na implantação de uma política de indução financeira [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2009.
- Pucca Junior GA, Costa JFR, Chagas LD, Sivestre RM. Oral health policies in Brazil. *Braz Oral Res.* 2009 Jun;23 Suppl 1:9-16.
- Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Cidades atendidas com Centros de Especialidades Odontológicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2014 abr 7]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=cidades_bs
- 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 fev;25(2):259-67.
- Souza GCA. Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.

6. Zaitter WM, Silva M, Biazevic MGH, Crosato E, Pizzatto E, Michel-Crosato E. Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR). *Rev Sul-Bras Odontol.* 2009 dez;6(4):413-21.
7. Jandrey CM, Drehmer TM. Absenteísmo no atendimento clínico odontológico: o caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) – UFRGS. *Rev Faculdade Odontol.* 2000 jan;40(2):24-8.
8. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica.* 1997 jul-set;13(3):469-78.
9. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2008 jan;24(1):150-6.
10. Souza LF, Chaves SCL. Política Nacional de Saúde Bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Rev Baiana Saude Publica.* 2010 abr-jun;34(2):371-87.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1464, de 24 de junho de 2011. Altera o anexo da portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 jun 27; Seção 1:112.*
12. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund.* 1966 Jul;44(3):691-729.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Fundo Nacional de Saúde. Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (Série A. Normas e manuais básicos).
14. Tomita NE, Chinellato LEM, Pernambuco RA, Lauris JRP, Franco LJ. Condições periodontais e diabetes mellitus na população nipo-brasileira. *Rev Saude Publica.* 2002 out;36(5):607-13.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.898, de 21 de setembro de 2010. Atualiza o anexo da portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2010 dez 31; Seção 1:84.*
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006 jun 6; Seção 1:36.*
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2002 jun 13; Seção 1:36.*
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98). Rio de Janeiro: IBGE; 1998.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
20. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil. *Cienc Saude Coletiva.* 2006 out-dez;11(4):999-10.
21. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de losservicios de salud: una revisión sistemática sobre losfactores relacionados. *Cad Saude Publica.* 2001 jul-ago;17(4):819-32.
22. Roncalli AGO. Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [tese]. Araçatuba (SP): Faculdade de Araçatuba; 2000.
23. Palmier AC, Ferreira EF, Matos F, Vasconcelos M. Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto. *Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008. 74 p.*
24. Pontes ALB. Avaliação da satisfação do usuário e da qualidade dos tratamentos endodônticos em Centros de Especialidades Odontológicas da grande Natal- RN [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011.
25. Barbosa Z. Regulação médica das urgências: entraves, desafios e potencialidades na avaliação e na implementação da atenção integral às urgências em Campinas [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Recebido em 03/11/2014
Aprovado em 07/04/2015