



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Lima Chaves, Sônia Cristina; Fagundes Soares, Felipe; Regis Aranha Rossi, Thais; Teixeira Cangussu, Maria Cristina; Leal Figueiredo, Andreia Cristina; Nogueira Cruz, Denise; Ramos Cury, Patrícia

Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 11, novembro, 2012, pp. 3115-3124

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024420027>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

[redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte

Characteristics of the access and utilization of public dental services in medium-sized cities

Sônia Cristina Lima Chaves¹
Felipe Fagundes Soares¹
Thais Regis Aranha Rossi¹
Maria Cristina Teixeira Cangussu¹
Andreia Cristina Leal Figueiredo¹
Denise Nogueira Cruz¹
Patrícia Ramos Cury¹

Abstract *This cross-sectional study sought to describe the main characteristics of access and utilization of primary and specialized public dental services in two medium-sized cities in Bahia with 100% coverage of the Family Health Program. A survey of 952 households and 2.539 individuals aged over 15 years was conducted. The main variables analyzed were: perceived oral health needs, demand for the service, barriers of organizational access and the type of service and procedure utilized. The use of specialized public dental services was of 11.7% and primary care was 26%. In the city where there was greater use of public dental services, there was less use of private services. The main barrier to access remained in primary care (from 5.0% to 15.2%). There was little interface between secondary care a primary care, as only 16.6% of users returned to this level of care. In conclusion, the main barrier to access in cities with specific organizational and geographic realities appears to be in primary dental care. Individual preventive actions were little reported. It is recommended that barriers to access in primary care be eliminated, and also that a protocol (clinical guides) be established to foster the continuity and longitudinality of primary dental care.*

Key words *Dental care, Access to health services, Health policy, Utilization*

Resumo *Este estudo de corte transversal descreve as principais características de acesso e utilização de serviços odontológicos básicos e especializados em dois municípios de médio porte da Bahia com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Realizou-se um inquérito com 2.539 indivíduos de idade acima de 15 anos em 952 domicílios. As principais variáveis analisadas foram a necessidade de saúde bucal percebida, a procura pelo serviço, a barreira de acesso organizacional e o tipo de serviço e o procedimento utilizado. A utilização de serviços públicos odontológicos especializados foi de 11,7% e básicos de 26%. No município com maior utilização de serviços públicos odontológicos, foi menor o uso de serviços privados. A principal barreira de acesso situou-se na AP (Atenção Primária), entre 5,0% e 15,2%. Observou-se pouca interface da atenção secundária com a AP já que apenas 16,6% dos usuários retornaram a esse nível de atenção. Pode-se concluir que a principal barreira de acesso, em municípios com realidades organizacionais e geográficas específicas parece se situar na AP. Ações preventivas individuais foram pouco relatadas. Recomenda-se a redução de barreiras de acesso na AP, bem como a instituição de um protocolo que estimule a longitudinalidade do cuidado nesse nível.*

Palavras-chave *Assistência odontológica, Acesso aos serviços de saúde, Política de saúde, Utilização*

¹ Universidade Federal da Bahia, Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia. R. Araújo Pinho 62, Canela. 40110-912 Salvador BA. schaves@ufba.br

Introdução

As Pesquisas Nacionais de Amostra por Domicílios têm apontado maior utilização de serviços odontológicos pela população brasileira. Contudo, ainda persistem importantes desigualdades no acesso a serviços odontológicos, sendo que a população de maior renda apresenta melhores condições de acesso a estes serviços, especificamente aos privados¹⁻³.

Entraves na utilização dos serviços de saúde, incluindo saúde bucal, têm sido relacionados a barreiras de acesso, tanto organizacionais como geográficas⁴. Além disso, apontam-se diferentes padrões de cuidado no sistema de saúde brasileiro, ao considerar desigualdades na utilização dos serviços odontológicos em função de categorias socioeconômicas¹.

No âmbito do sistema público de saúde brasileiro, em 2004, foi formulada e lançada na agenda política brasileira a atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que tem, entre outros objetivos, a ampliação do acesso à atenção especializada através dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias⁵. Os Centros de Especialidades Odontológicas são estabelecimentos de saúde que devem ofertar 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 pacientes com necessidades especiais⁶. Nesse sentido, o acesso e a utilização dos serviços odontológicos especializados remetem à compreensão de parte do processo de geração da integralidade como eixo norteador dos sistemas de serviços de saúde.

Os dados atuais do processo de implementação da PNSB mostram que foram implantados 878 CEO no Brasil, distribuídos em 735 municípios, sendo a maior cobertura no estado de São Paulo⁷.

Estudos que analisaram a implementação dessa Política têm revelado que a integralidade, enquanto articulação entre as ações de promoção, prevenção e tratamento, além da interface entre níveis de atenção, é maior quando há maior cobertura adequada das equipes de saúde bucal na atenção primária^{8,9}, quando os indivíduos são mais jovens ou busca-se tratamento endodôntico⁸.

Importantes problemas no âmbito da atenção secundária odontológica têm sido levantados como a difícil acessibilidade, identificada pela maioria dos usuários como a principal lacuna¹⁰; a taxa de utilização – considerando a oferta po-

tencial e a baixa utilização com possíveis barreiras organizacionais¹¹; a execução de procedimentos típicos de atenção primária^{9,12,13}, desviando-se do objetivo central de garantir a integralidade na saúde bucal através do acesso a procedimentos de maior densidade tecnológica⁸; além da interface com a atenção primária¹⁴ e com os serviços privados odontológicos nas realidades estudadas.

Tendo em vista a integralidade das ações em saúde bucal definida como princípio pela Política Nacional de Saúde Bucal/Brasil Sorridente faz-se pertinente a avaliação do acesso e da utilização a serviços especializados e sua interface com a atenção primária em municípios com ampla cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Nesse sentido, considerando a política em processo de implementação^{5,15} e as evidências já produzidas, este estudo visou descrever as principais características de utilização e acesso a serviços odontológicos públicos básicos e especializados em dois municípios da Bahia com 100% de cobertura de ESF.

Metodologia

Foi um estudo transversal realizado através de inquérito domiciliar de base populacional em dois municípios baianos de médio porte (50 mil a 100 mil hab.), localizados na região metropolitana de Salvador, integralmente cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e que tinham implantado o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) há pelo menos quatro anos. Dos 20 municípios elegíveis – com CEO e 100% de cobertura estimada de ESF na Bahia – selecionaram-se dois considerados exitosos (municípios A e B) segundo a avaliação da coordenação estadual de saúde bucal. Sua indicação baseou-se em relatórios de visitas técnicas, bem como em produtos nacionais de monitoramento e avaliação dos CEO pelo Ministério da Saúde.

As unidades de referência e análise foram o domicílio e os moradores. A composição da amostra foi feita tendo como base de análise o setor censitário a partir dos dados do censo demográfico do ano 2000¹⁶. Em cada município, foram sorteados 10 setores censitários, sendo sete da zona urbana e três da zona rural de modo a garantir a proporcionalidade entre a população residente nessas diferentes zonas municipais.

Para cada setor censitário, foi feito o cálculo da amostra dos domicílios elegíveis tendo por objetivo estimar a proporção de pessoas com acesso à assistência odontológica, a qual foi conside-

rada uma prevalência de 50% (desconhecida), um nível de confiança de 95% e erro amostral de 4%. Para a zona urbana foram selecionados 50 domicílios e na zona rural 45 domicílios por setor (tamanho mínimo para todos os setores).

Em decorrência da ausência de um cadastro atualizado de domicílios que possibilitasse uma seleção ao acaso, foi realizada em cada setor censitário uma seleção sistemática daqueles a serem visitados a partir do estabelecimento (mediante cálculo específico) de um padrão de aleatoriedade a ser seguido pelo entrevistador.

Foram visitados, no período de junho a setembro de 2011, 958 domicílios nos dois municípios pesquisados, compondo dados de utilização de serviços odontológicos público e privado de 2539 indivíduos com idade superior a 15 anos. Deste total, foram entrevistados 1364 indivíduos no município A e 1175 no município B, de modo que não houve perdas ou recusas.

Os entrevistadores foram os Agentes Comunitários de Saúde treinados através de duas oficinas com duração de quatro horas cada para aplicação do instrumento de coleta de dados/ficha nos domicílios. Em cada domicílio, foi entrevistado um informante-chave que respondeu pelos demais moradores.

A ficha possuía questões sociodemográficas domiciliares (número de bens, renda familiar, anos de estudo do chefe da família, número de cômodos, número de moradores e sobre o recebimento de benefícios sociais), questões sobre cada indivíduo residente naquele domicílio (sexo, idade, etnia, escolaridade, situação trabalhista), além de questionamentos relativos à necessidade, ao acesso e à utilização de serviços de atenção odontológica (tipo de serviço utilizado – público/privado, básico/especializado – procedimentos realizados, tempo de marcação entre as consultas, posse de ficha de referência e como foi obtido o acesso ao serviço especializado), referente ao período máximo de 12 meses anterior ao momento da entrevista.

Este estudo baseou-se em conceitos oriundos do campo da Avaliação em Saúde. A utilização foi compreendida como ato de ingressar e como resultado da interação entre o comportamento do indivíduo que precisa do cuidado, do profissional que o conduz dentro do sistema de serviço de saúde e das próprias características deste ou “forma de entrada no sistema de saúde para a realização de procedimentos, diagnósticos, terapêuticos ou de reabilitação”¹⁷. O acesso foi compreendido como as características dos serviços que permitem que os mesmos sejam

mais facilmente utilizados pelos usuários, inclusive como sinônimo de acessibilidade⁴.

Assim, as principais variáveis de utilização foram a necessidade de serviço odontológico no último ano, a procura pelo serviço público ou privado, a utilização propriamente dita, bem como as características sociodemográficas descritas por subgrupos por sexo e idade.

As variáveis de acesso foram aquelas referentes à proporção daqueles que procuraram e não obtiveram atendimento (barreiras de acesso organizacional) nos diferentes níveis e tipos de serviço, além dos tempos decorridos entre a marcação e a consulta especializada. Os tipos de procedimentos realizados tanto na atenção primária como especializada também foram descritos, bem como a referência e contrarreferência, como continuidade do cuidado, indicador de interface entre AP (atenção primária) e AS (atenção secundária).

O banco de dados foi construído no programa Epidata 3.1 e os dados foram analisados no pacote estatístico Minitab 15.0. Foram calculadas as frequências simples e relativas e os respectivos qui-quadrado para verificar as diferenças entre os dois municípios estudados com um nível de confiança de 95%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo assegurados o sigilo e a confidencialidade das informações. Foi estabelecido um termo de anuência com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

Resultados

Observou-se uma maior utilização dos serviços públicos odontológicos no município A (30,0% utilizou a UBS e 14,1% o CEO). Entretanto, este apresentou o maior percentual de pessoas que procuraram a atenção primária e não conseguiram atendimento (15,2%), indicando possuir mais barreiras organizacionais de acesso que o B (5,0%). Para acesso à atenção especializada pública não houve barreira relevante visto que apenas 1,0% e 1,9% dos usuários, respectivamente A e B, não obtiveram atendimento, demonstrando que a principal barreira de acesso pode estar situada na atenção primária. (Tabela 1).

A diferença observada na procura pelo serviço odontológico entre os municípios torna-se ainda mais evidente ao analisar o percentual de indivíduos que utilizaram a atenção básica em rela-

Tabela 1. Características de utilização dos serviços odontológicos públicos e privados em dois municípios da Bahia de médio porte com 100% de cobertura do PSF. Bahia, 2011.

Variáveis	Município A n = 1326		Município B n = 1153		p valor
	n	%	n	%	
Necessitou de tratamento odontológico?					
Não	527	39,7	508	44,1	0,14
Sim	799	60,3	645	55,9	
Procurou pelo atendimento?					
Não	652	49,2	577	50,0	0,81
Sim	674	50,8	576	50,0	
Tipo de serviço odontológico utilizado					
UBS pública	372	28,0	251	21,8	0,08
CEO	163	12,3	91	7,9	0,25
Particular/convênio	200	15,1	305	26,4	0,00
Barreiras de acesso (não conseguiu atendimento)					
UBS pública	108	8,1	30	2,6	0,59
CEO	1	0,1	1	0,1	-
Particular/convênio	1	0,1	7	0,6	-

ção aos que procuraram algum tipo de atendimento (A = 57,4% e B = 45,2%), ratificando maior procura e uso dos serviços no município A.

Destaca-se que a utilização dos serviços odontológicos privados foi inversamente proporcional ao uso de serviços públicos odontológicos; observou-se que entre aqueles que procuraram os serviços públicos básicos, o Município B apresentou menor percentual (23,2%) que o A, o qual teve 30% de procura ($p = 0,04$). Em contrapartida, os serviços privados foram os mais procurados no Município B (26%) em relação ao A, o qual obteve o percentual de 14,7%, observando diferença estatisticamente significativa entre eles ($p = 0,00$) (Tabela 1).

Com relação ao perfil socioeconômico daqueles que utilizaram o CEO no município A, a maioria era do sexo feminino (68,2%), parda (48,7%), com faixa etária entre 15 e 35 anos (60,3%), residente na zona urbana (63,5%), com baixo nível socioeconômico – 53,0% recebe até 1 salário mínimo, 26,1% está desempregado e 56,3% é beneficiário de algum programa social – e com mais de 8 anos de estudo (48,4%) (Tabela 2).

O município B apresentou algumas características semelhantes às do município A, como a maioria do sexo feminino (72,4%), com 15 a 35 anos (54,0%), residente na zona urbana (60,0%), desempregada (25,7%) ou recebendo até 1 salário mínimo (72,7%) e com mais de 8 anos de estudo (39,0%). Entretanto, difere do município

A pelo maior percentual de negros (53,0%), estudantes (27,6%) e que não recebem benefício social (61,9%) (Tabela 2).

Numa possível aproximação ao princípio da integralidade, observou-se que em ambos os municípios a maioria realizou, antes de chegar ao CEO, algum procedimento básico, seja nas USF (88,8% e 81,6% respectivamente A e B) ou na iniciativa privada (A = 1,1% e B = 4,0%) (Tabela 3).

Contudo, ainda que a atenção primária encaminhasse o usuário com ficha de referência (77,8% e 89,1%), não havia retorno da contrarreferência à AP (81,3% e 79,5%), ou seja, este usuário não costumava retornar para acompanhamento, o que aponta a não continuidade do cuidado nesse nível de atenção (Tabela 3).

A média de dias para agendamento da primeira consulta na atenção secundária foi menor no município A (15,4; DP = 17,5) que no B (25,1; DP = 28,68), sendo a mediana de 8 (7-15) e 15 (18-30) dias, respectivamente. Percentualmente, tem-se que em ambos os municípios, a maioria levou até 15 dias para a primeira consulta, sendo no município A um percentual ainda maior (79,6%) quando comparado ao município B (62,8%), com diferença estatisticamente significativa (p valor = 0,01) (Tabela 3).

Para a consulta de retorno ao CEO, foi necessário um tempo maior que o observado para o agendamento, com uma média de 20,4 (DP =

Tabela 2. Características sociodemográficas da população acima de 15 anos que utilizou o serviço público odontológico especializado do Inquérito domiciliar de utilização dos serviços odontológicos em dois municípios de médio porte da Bahia com 100% de cobertura da ESF, Bahia, 2011.

Variáveis	Município A n = 163		Município B n = 91		p valor
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	52	31,9	27	29,7	0,72
Feminino	111	68,1	64	70,3	
Idade					
Homens					0,55
15-35 anos	32	61,5	15	55,6	
36-49 anos	7	13,5	10	37,0	
50-64 anos	9	17,3	2	7,4	
65 anos ou mais	4	7,7	-	-	
Mulher					0,73
15-35 anos	64	57,7	35	54,7	
36-49 anos	36	32,4	27	26,6	
50-64 anos	8	7,2	9	14,0	
65 anos ou mais	3	2,7	3	4,7	
Etnia*					
Branco	21	13,3	4	4,6	-
Negro	62	39,2	47	53,4	
Pardo	75	47,5	37	42,0	
Zona					
Urbana	103	63,2	56	61,5	0,76
Rural	60	36,8	35	38,5	
Renda familiar**					
Até 1SM	62	49,2	53	70,7	0,03
1,1 SM até 2 SM	46	36,5	18	24,0	
Mais de 2 SM	18	14,3	4	5,3	
Trabalho atual					
Sim	40	24,5	13	14,3	0,73
Não	35	21,5	22	24,2	
Aposentados/afastados	14	8,6	6	6,5	
Dona de casa	16	9,8	12	13,2	
Estudantes	42	25,8	24	26,4	
Outros	16	9,8	14	15,4	
Beneficiário de Programa Social					
Sim	92	56,4	32	35,2	0,03
Não	71	43,6	59	64,8	
Escolaridade					
Analfabeto	15	9,2	4	4,4	-
1-4 anos de estudo	34	20,9	20	22,0	
5-8 anos de estudo	34	20,9	31	34,0	
Mais que 8 anos de estudo	80	49,0	36	39,6	

*Sem informação, A = 5 e B = 3; **Sem informação, A = 37 e B = 16

35,2) e 30,6 (DP = 46,2) dias, respectivamente, e uma mediana de 15 dias em ambos os municípios. Observou-se que 72,1% dos usuários levou até 15 dias para a consulta de retorno no município A, contra 56,3% no B (p = 0,07).

Com relação aos procedimentos odontológicos realizados pela atenção secundária, a extração (47,9%), o exame radiográfico (30,7%) e o tratamento endodôntico (26,6%) foram os procedimentos mais utilizados no município A, enquan-

to que no B foram o exame radiográfico (47,6%), a restauração (31,4%) e o tratamento endodôntico (26,7%). Importante ressaltar a pequena proporção de alguns procedimentos típicos da atenção secundária, como a realização de biópsias e tratamento periodontal (“tratamento de gengiva”, conforme perguntado aos usuários). Somente dois entrevistados relataram biópsia no município A, enquanto que no B não houve realização desse procedimento. Além disso, o tratamento periodontal teve uma frequência muito baixa (A = 5,7% e B = 3,8%). (Tabela 3).

Por outro lado, observou-se grande proporção de procedimentos típicos da atenção básica realizados nos CEO, como a restauração dentária, em especial no município B, conforme relatado anteriormente, e a realização de limpeza (A = 25,5% e B = 20,9%). (Tabela 3).

A higiene bucal supervisionada, apesar de ser um procedimento característico de primeira con-

sulta e essencial a todos os casos como parte da prática clínica cotidiana, revelou um percentual bastante baixo, tanto quando foi realizado no CEO (A = 5,7% e B = 10,4%), quanto na atenção básica (A = 7,6% e B = 6,2%) para ambos os municípios (Tabela 4).

Entre os procedimentos odontológicos mais utilizados na atenção primária, destacou-se a limpeza (A = 51,1% e B = 52,3%), seguido pela restauração dentária (A = 34,2% e B = 29,3%) e a extração dentária (A = 34,4% e B = 28,2%). Importante observar o predomínio de procedimentos característicos de uma prática odontológica tradicional, em detrimento dos procedimentos preventivos, visto o baixo percentual de aplicação de flúor (A = 12,5% e B = 18,3%) e higiene bucal supervisionada (A = 7,6% e B = 6,2%) quando comparado com os procedimentos restauradores (Tabela 4).

Tabela 3. Características da acessibilidade aos serviços especializados de saúde bucal em dois municípios de médio porte. Município A (n = 192) e município B (n = 105). Bahia, 2011.

Variáveis	Município A n = 163		Município B n = 91		p valor
	n	%	n	%	
Realizou procedimentos básicos antes do especializado?					
Sim, na UBS	136	88,8	71	81,6	0,14
Sim, no setor privado	1	0,6	5	5,6	
Não	15	9,8	12	13,8	
Levou ficha de referência?					
Sim	113	78,5	74	89,1	0,06
Não	31	21,5	19	23,8	
Retornou com ficha de referência?					
Sim	28	19,4	15	18,8	0,81
Não	116	80,6	65	81,2	
Tempo (em dias) agendamento consulta					
Até 15 dias	106	79,7	52	64,2	0,03
Mais que 15 dias	27	20,3	29	35,8	
Tempo (em dias) para consulta de retorno					
Até 15 dias	92	73,0	44	59,6	0,23
Mais que 15 dias	37	27,0	30	40,4	
Tipo de procedimento no CEO					
Higiene bucal supervisionada	10	6,1	10	11,0	0,45
Limpeza	41	25,1	19	20,9	0,96
Restauração dentária	19	11,7	39	31,9	0,17
Extração	77	47,2	20	22,0	0,03
Tratamento periodontal	10	6,1	4	4,4	-
Tratamento endodôntico	44	27,0	25	27,5	0,94
Raios x	50	30,7	46	50,5	0,04

*Sem informação, A = 10, B = 4; **Sem informação, A = 19, B = 11; ***Sem informação, A = 30, B = 11; ****Sem informação, A = 37, B = 17

Tabela 4. Procedimentos odontológicos realizados na atenção primária em dois municípios da Bahia de médio porte com 100% de cobertura do PSF. Bahia, 2011.

	Município A n = 409		Município B n = 273		
	n	%	n	%	p valor
Tipo de procedimento na AB					
Higiene Bucal Supervisionada	31	7,6	17	6,2	0,58
Aplicação Tópica de Flúor	51	12,5	50	18,3	0,37
Limpeza	209	51,1	143	52,3	0,81
Restauração dentária	140	34,2	80	29,3	0,39
Extração dental	141	34,4	77	28,2	0,35
Outros	70	17,1	47	17,8	0,98

Discussão

Este estudo revelou uma utilização relativamente elevada de serviços públicos odontológicos em municípios de médio porte. Houve diferenças entre eles cuja hipótese pode estar relacionada a aspectos da dimensão político e técnico-organizacional como já expresso em outras pesquisas com enfoques metodológicos distintos^{12,18}. Esses aspectos não foram objeto de aprofundamento nesta investigação, entretanto um estudo que analisou o sistema de saúde brasileiro chamou atenção de que o maior desafio encontrado pelo SUS atualmente é político¹, além de outro apontar que as características de governo como seus propósitos e projeto, bem como sua capacidade podem influenciar fortemente a organização dos serviços de saúde bucal¹⁸. Cabe destacar também que a necessidade de serviços de saúde bucal foi de 57,2%, maior que a média encontrada em estudo do Vigitel nas capitais brasileiras (45,0%)¹⁹. Além disso, no presente estudo, a proporção dos que não obtiveram atendimento foi menor (15,2%) que nas capitais e também com menor uso de serviços privados, 36,5% contra 63,2% no estudo de Peres et al.¹⁹. Isso pode revelar melhor acesso a esses serviços públicos odontológicos em municípios menores.

Assim, apontam-se possíveis elucidações para alguns achados deste estudo como, maior utilização de serviços públicos odontológicos em relação aos privados no município A quando comparado ao município B, bem como, melhor acessibilidade organizacional ao CEO, ainda que tenha apresentado menor barreira de acesso à atenção primária. Cita-se também o fato de ambos os CEO desenvolverem ações típicas de AP, aspecto que corrobora com os achados de outras investigações^{8,9,12,13,18}.

Em estudo multicêntrico, Tomasi et al.²⁰ revelaram que o modelo de saúde da família apresenta maior utilização de serviços odontológicos em relação ao modelo de UBS tradicional. Tal evidência também foi encontrada no presente estudo, com boa utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte no modelo de saúde da família. Entretanto, este estudo aponta que uma cobertura universal da ESF por si só não é capaz de superar problemas de acessibilidade na AP. Nesta perspectiva, um estudo realizado para analisar o acesso às equipes de saúde bucal da ESF²¹, também identificou não haver associação entre o acesso e a cobertura da equipe de Saúde da Família, revelando problemas de acessibilidade a esse nível de atenção.

A utilização de serviços públicos odontológicos neste estudo foi próxima daquela encontrada em outro multicêntrico com indicadores de utilização em municípios de grande porte²², que também apontou ser o modelo ESB/PSF aquele com mais potencial de possibilitar maior acesso em relação ao modelo tradicional. Cabe analisar em que medida o maior acesso à atenção primária poderá significar melhor desfecho aos casos que necessitem de outros níveis de complexidade do sistema de saúde.

Cabe destacar também que, diferentemente de outros estudos, este reforça que a principal barreira está na AP e não na atenção especializada pública¹⁰. Nesse sentido, estudos no Reino Unido, país com sistema nacional de saúde consolidado, têm defendido um modelo do que seria uma interface ideal entre a atenção primária (AP) e secundária (AS). Esta, perpassaria a equidade, a integralidade, a eficiência e a efetividade do serviço ainda que com conceitos distintos dos autores clássicos do campo da avaliação^{23,24}.

A interface ideal contemplaria o acesso à atenção secundária de todos os casos referenciados sem barreiras; sistema de referenciamento para a AS dos procedimentos não pertinentes à AP; referências apropriadas, em tempo hábil e contrarreferência à AP. É recomendado que os pacientes remetidos a tratamentos especializados longos mantenham seus cuidados de rotina com os profissionais da AP²⁵, como também defendido por Starfield²⁶. No presente estudo, os municípios investigados estão distantes de alcançar a interface ideal pretendida. Um dos aspectos fundamentais já apontados por outros estudos está na baixa resolutividade de problemas na atenção básica com consequente baixa valorização nas Unidades Básicas de Saúde, além dos modelos tradicionais de acesso aos serviços com a persistência de filas evitáveis^{9,27}.

A pouca utilização de procedimentos preventivos individuais em ambos os níveis de atenção revelam o predomínio do modelo de atenção curativo. Tal evidência já foi apontada no estudo de Chaves *et al.*⁸ que, diferentemente do que recomenda Ferreira e Loureiro²⁸, a higiene bucal supervisionada deve ser ação cotidiana e parte essencial da prática odontológica clínica, tanto na AB quando no serviço especializado.

Por outro lado, o estudo reforçou que, de fato, as mulheres consultaram mais do que os homens, mesmo após ajustes para necessidades de saúde. Estudos têm apontado o interesse maior do gênero feminino pela sua condição de saúde, ainda que isso tenha levado a maior perda dental nesse grupo em relação aos homens³. Os dados do SB 2003 revelaram também uma maior utilização pelas mulheres, mas também uma proporção de utilização de serviços odontológicos no último ano de 34,8% entre os adultos jovens (35-44 anos)²⁹.

Um aspecto da acessibilidade não investigada neste estudo foram as barreiras socioculturais relacionadas à posição socioeconômica, como a escolaridade e a renda, atualmente considerados preditores importantes de utilização de serviços de saúde na medida em que estão relacionados a maior informação e comportamentos mais saudáveis. Ou seja, há um grupo de usuários que necessitou, mas não procurou atendimento, o que também deve ser objeto de investigação com estudos de enfoque qualitativo para o enfrentamento dessas barreiras culturais aos serviços de saúde.

Vale destacar que a opção metodológica deste estudo ao eleger municípios com 100% de cobertura da ESF e realizar inquérito de base domiciliar teve o intuito de responder, também, lacunas metodológicas e de conhecimento³⁰ acerca da atenção secundária odontológica no país.

Contudo, ainda é necessário explicar com outras investigações, as diferenças aqui observadas entre o percentual de usuários com necessidades sentidas e àqueles que efetivamente buscaram o serviço, como também investigar possíveis determinações da posição do usuário no espaço social e a utilização da AS odontológica.

Recomenda-se a redução de barreiras de acesso na AP com outras estratégias de marcação – marcação permanente de consultas, substituição de faltosos e eliminação de filas evitáveis³⁰ – bem como um protocolo que estimule a continuidade e a longitudinalidade do cuidado nesse nível, conforme defendem outros autores^{25,26}. Ainda que os problemas de acesso à assistência especializada sejam reconhecidos^{31,32}, a boa capacidade resolutiva da atenção primária pode reduzir as grandes filas de espera para esse nível de atenção. Recomenda-se assim o fortalecimento da capacidade gerencial no nível local para melhor utilização dos serviços públicos odontológicos.

Colaboradores

SCL Chaves foi coordenadora do estudo, desde sua concepção, execução, análise e redação final. FF Soares, TRA Rossi foram coordenadores da coleta, bem como na análise dos resultados e redação final. MCT Cangussu, ACL Figueiredo, DN Cruz, PR Cury participaram na formulação do método, análise e redação final do artigo.

Agradecimentos

Este projeto agradece o financiamento do Edital FAPESB-BA Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde - PPSUS – BA. MS/CNPq/FAPESB/SESAB.

Referências

- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)*. Brasília: IBGE; 2003.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)*. Brasília: IBGE; 2009.
- Donabedian A. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México DF: Editora Biblioteca de la Salud; 1988.
- Pucca Jr GA, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. Oral Health Policies in Brazil. *Brazilian Oral Research* 2009; 23(Supl.):9-16.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*, Brasília, 2004 [acesado 2012 abr 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portal da Saúde. *Ministério investe R\$ 2,7 bilhões em Saúde Bucal*. [acesado 2012 abr 10]. Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3935/162/ministerio-investe-r\\$-27-bilhoes-em-saude-bucal.html](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3935/162/ministerio-investe-r$-27-bilhoes-em-saude-bucal.html)
- Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6):1005-1013.
- Medeiros E. *Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção Básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade* [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
- Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):991-1002.
- 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.
- Soares CLM, Paim JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador. *Cad Saude Publica* 2011; 27(5):966-974.
- 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.
- Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J* 2001; 191(12):666-670.
- Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saude Publica* 2011; 27(3):521-532.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Brasileiro 2000*. Geociências. [acesado 2011 abr 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/download/geociencias.shtml>
- Andersen R, Newman JF. Societal and Individual determinants of medical care utilization in United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51(1):95-124.
- Rossi TRA. *A política de saúde bucal na atenção especializada em dois municípios da Bahia: da entrada na agenda à sua implementação*. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.
- Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.):90-100.
- Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, Siqueira FV, Teixeira VA, Dilélio AS, Maia MFS. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4395-4404.
- Rocha RACP, Góes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2871-2880.
- Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, Noro LRA, Patrício AAR, Lima KC. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saude Publica* 2012; 28(3):449-462.
- Vieira-Da-Silva LM, Hartz ZMA. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro, Salvador: Fiocruz, EDUFBA; 2005.
- Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):331-336.
- Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *Br Dent J* 2001; 191(12):660-664.
- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.
- Zaitter WM. *Acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de endodontia: estudo dirigido dos inscritos aguardando em fila de espera, nos distritos de saúde Boa Vista e Cajuru do Município de Curitiba-PR*. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
- Ferreira CA, Loureiro CA. Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade. *Cad Saude Publica* 2008; 24(9):2071-2080.

29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *SB 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais*. Brasília-DF [acessado 2002 abr 10]. Disponível em: <http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/textocompleto/005164>
30. 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.
31. Vieira-da-Silva LM, Esperidião MA, Viana SV, Alves VS, Lemos DVS, Caputo MC, Cardoso MO, Chaves SCL, Souza LEPE, Santana EM, Oliveira MCBA, Cunha ABO. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010; 10(Supl. 1):131-143.
32. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 627-673.

Artigo apresentado em 30/04/2012

Aprovado em 17/07/2012

Versão final apresentada em 30/08/2012