

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS E O**  
**ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ESPECIALIZADOS:**  
**O ATUAL PANORAMA**

Gabriel Ferrari Soares

Lagoa Santa/Minas Gerais

2012

Gabriel Ferrari Soares

**OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS E O  
ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ESPECIALIZADOS: O  
ATUAL PANORAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Simone Dutra Lucas

Lagoa Santa/Minas Gerais

2012

Gabriel Ferrari Soares

**OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS E O  
ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ESPECIALIZADOS: O  
ATUAL PANORAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Simone Dutra Lucas

Banca Examinadora

Profa. Simone Dutra Lucas – orientadora

Profa. Leniana Santos Neves

Aprovado em Belo Horizonte 04/02/2012

À minha namorada amada Millena, por estar sempre ao meu lado compartilhando todos os sofrimentos e alegrias, nas viagens, provas, atividades e congressos. Para você, qualquer dedicatória e agradecimento representariam pouco o quanto você é importante de mim. Te amo demais!!

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Simone Dutra Lucas, minha orientadora neste Trabalho de Conclusão de Curso, pela paciência, compreensão e pelas valiosas orientações durante a confecção deste trabalho.

À Professora Ana Carolina Diniz Oliveira, tutora dos Módulos Didáticos I e II, não só pelos conhecimentos compartilhados, mas também pela amizade iniciada neste curso de especialização.

Ao meu sogro Fernando, pelas caronas às quatro horas da manhã para o aeroporto e por ser um grande amigo e parceiro.

E como não poderia faltar, à minha sogra Rita, que me indicou este novo desafio de fazer um curso de especialização em outro Estado, pelo cuidado de mãe e pela sabedoria.

“O ser humano vivencia a si mesmo seus pensamentos como algo separado do resto do universo, numa espécie de ilusão de ótica de sua consciência. E essa ilusão é uma espécie de prisão que nos restringe a nossos desejos pessoais, conceitos e ao afeto por pessoas mais próximas. Nossa principal tarefa é a de nos livrarmos dessa prisão, ampliando o nosso círculo de compaixão, para que ele abranja todos os seres vivos e toda a natureza em sua beleza. Ninguém conseguirá alcançar completamente esse objetivo, mas lutar pela sua realização já é por si só parte de nossa liberação e o alicerce de nossa segurança interior.”

ALBERT EINSTEIN

## RESUMO

Este trabalho visa avaliar, por meio de uma revisão da literatura, a maneira que vem ocorrendo a absorção das demandas dos serviços odontológicos da atenção primária pelos serviços especializados. Para tal, fez-se necessária a identificação do atual panorama do atendimento nos diversos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. A Política Nacional de Saúde Bucal (2004) tem a proposta de reorientação das práticas odontológicas a fim de promover, dentre outros pressupostos, um serviço resolutivo tanto na atenção primária como na atenção especializada. Assim, o Ministério da Saúde propõe o incentivo aos Centros de Especialidades Odontológicas que são unidades de referência para o serviço de saúde bucal da atenção primária, a fim de dar continuidade aos procedimentos previamente realizados na atenção primária e que necessitem de atenção especializada para sua conclusão. Entretanto o que se observa é a falta de continuidade dos serviços odontológicos no momento em que o paciente é atendido na atenção primária e referenciado ao Centro de Especialidades Odontológicas. Foi realizada uma revisão de literatura utilizando-se periódicos publicados no período entre 2002 e 2011, consultando-se as bases de dados da BVS, LILACS e SciELO, além do acervo da biblioteca do Ministério da Saúde e dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Nesta revisão concluiu-se que a expansão da atenção secundária e seus investimentos não acompanharam a demanda da atenção primária, o que reflete em problemas de fluxo de referência e contra-referência do serviço odontológico, ocasionando um grande entrave à resolutividade do processo de doença do indivíduo e à integralidade da assistência.

**Palavras-chave:** Centros de Especialidades Odontológicas, Política Nacional de Saúde Bucal, Continuidade, Integralidade da Assistência.

## ABSTRACT

This study aims to evaluate, through a literature review, the way that has taken place the absorption of the demands of primary dental care services by the specialist services. To achieve this aim, it was necessary to identify the current overview of care in different specialized dental clinics in Brazil. The National Oral Health Policy (2004) has proposed a reorientation of dental practices to promote, among other assumptions, an optimized service both in primary and specialized care. Thus, the Ministry of Health proposes the incentive for specialized dental clinics which are units of reference for the service of oral health in primary care, in order to continue the procedures previously performed in primary care and requiring specialized care for its conclusion. However what is observed is lack of continuity of dental services at the time the patient is treated in primary care and referred to the specialized dental clinics. Was performed a literature review using journals published between 2002 and 2011, consulting the databases of the BVS, SciELO and LILACS, and the library collection of the Ministry of Health and the modules of the Specialization Course in Primary Care in Family Health. This review concluded that the expansion of secondary care and their investments haven't accompanied the demand for primary care, reflecting problems in flow reference and counter-reference dental service, causing a major obstacle to solving the disease process and for the integrality of assistance.

**Keywords:** Specialized Dental Clinics, National Oral Health Policy, Continuity, Integrality of Assistance.



## SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
3. JUSTIFICATIVA	13
4. METODOLOGIA	14
5. REVISÃO BIBILOGRÁFICA	15
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	23
ANEXO	25

## 1 INTRODUÇÃO

O processo histórico evolutivo dos serviços de saúde bucal no Brasil, nos últimos 50 anos, foi caracterizado pela assistência, principalmente, aos brasileiros na faixa etária escolar, entre seis e 14 anos de idade (BRASIL, 2006). À população incluída nas demais faixas etárias era oferecido um serviço mutilador e pouco humanizado que supria apenas as urgências odontológicas dos indivíduos, através das extrações dentárias. Em consequência deste processo, é possível explicar a atual condição de saúde bucal observada nas populações adulta e idosa e principalmente a tendência destas em acreditar nas extrações dentárias como a melhor forma de tratamento odontológico, a chamada “cultura das extrações”.

Com o incentivo do Programa Brasil Sorridente, que busca uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis, o número de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) aumentou bastante, melhorando o acesso da população adulta e idosa aos serviços de saúde bucal advindos da atenção básica, na Cidade do Rio de Janeiro. Porém, infelizmente, os serviços de atenção secundária, como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), não têm acompanhado a demanda desta população, se tornando um entrave à integralidade das ações de saúde bucal e a reabilitação da população adulta e idosa do PSF Jardim Anápolis.

A minha inserção na atenção básica se deu em 2007, através do Programa de Saúde da Família (PSF), no município do Rio de Janeiro, na equipe de saúde bucal do PSF Barra de Guaratiba, quatro anos após a conclusão da minha graduação. No PSF Barra de Guaratiba, a primeira das três Unidades Básicas de Saúde que já trabalhei, pude começar a crescer como profissional de saúde, me libertando do individualismo inerente aos cirurgiões-dentistas que somente atendem em consultório dentário, focados no modelo biomédico e nas técnicas cirúrgico-restauradoras, para aprender a trabalhar coletivamente em equipe multidisciplinar, valorizando as condições de vida em que vivem os indivíduos, estimulando e fortalecendo o vínculo e prestando assistência de maneira integral, prevenindo, promovendo, protegendo e recuperando a saúde.

Em 2010, participei do processo seletivo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) e fui aprovado. Ao realizar a Unidade Didática I, no módulo de Planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2008) fazendo o diagnóstico situacional do território de atuação da minha Unidade, pude identificar os problemas encontrados na população adscrita, para em seguida, priorizar os principais problemas para que fosse feito um plano de ação. A alta prevalência de lesões de cárie e principalmente a dificuldade em dar continuidade ao atendimento de saúde bucal nos CEO foram alguns dos problemas priorizados naquele momento. Na Unidade Didática II, tive a oportunidade de realizar os módulos: Saúde bucal: Aspectos básicos e atenção ao adulto (PALMIER *et al*, 2008), Saúde bucal: Atenção ao idoso (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2009) e Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009) que contribuíram para seleção do problema que seria objeto deste trabalho.

A cultura da população adulta e idosa em procurar os serviços de saúde bucal somente quando tem um problema instalado, e principalmente, quando este é seguido por dor, tem como consequência, o crescimento dos atendimentos na demanda espontânea e de faltas nos atendimentos programados. Desta forma, é árduo e diário o trabalho da equipe de saúde bucal em incluir a população adulta e idosa nas ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde, sensibilizando estas a mudar a “cultura das extrações” que vigora até hoje, fruto da histórica exclusão destas populações aos serviços de saúde bucal.

Desta forma seria importante ter um serviço odontológico de atenção secundária que absorvesse prontamente, quando necessário, as demandas dos serviços odontológicos da atenção primária a fim de evitar extrações desnecessárias e medidas meramente paliativas, através da oferta de serviços especializados como os tratamentos endodônticos e periodontais.

Em contrapartida, o que se observa no município do Rio de Janeiro é que, na prática, ocorre um processo contrário à ampliação e qualificação da atenção secundária o que ocasiona um engessamento no que diz respeito à resolutividade integral da assistência ao indivíduo. Isto tem embasamento a partir da observância da questão do fluxo de referência para os CEO do Rio de Janeiro, que vem passando por muitos entraves técnicos e organizacionais.

Desde agosto de 2007, quando ingressei na ESF, pude presenciar diversas tentativas frustradas de organização dos serviços de referência odontológicas no Município do Rio de Janeiro. Já foi tentado o agendamento dos usuários dos serviços odontológicos da atenção primária para os CEO: a partir do envio de faxes com os dados dos usuários, para um regulador da Central de Regulação; por meio de um sistema de cotas de agendamento para as Unidades Básicas, informatizado, diretamente das Unidades de Saúde, via Sistema de Regulação (SISREG); e por meio de fila de espera, via SISREG. Nenhuma destas formas foi capaz de mudar o panorama atual que é de uma fila de espera sem previsão para atendimento.

A partir desta afirmação, optei por realizar este estudo com a finalidade de discorrer sobre a falta de continuidade nos serviços de saúde bucal iniciados na atenção primária e referenciados aos CEO perpetuando a “cultura das extrações”, buscando na literatura nacional estudos relacionados ao tema e as possíveis soluções encontradas por outros gestores para este problema.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar como vem ocorrendo a absorção das demandas dos serviços odontológicos da atenção primária pelos serviços especializados dos Centros de Especialidades Odontológicas.

### **2.2 Específicos**

1. Analisar a inserção dos CEO no contexto da Política Nacional de Saúde Bucal.
2. Realizar revisão bibliográfica para identificar o atual panorama do atendimento nos diversos CEO no Brasil.

### 3 JUSTIFICATIVA

A falta de continuidade dos serviços odontológicos no momento em que o paciente é atendido na atenção primária e referenciado ao CEO, e, conseqüentemente, a falta da atenção integral ao paciente, tem contribuído para o retorno dos pacientes à atenção primária devido às recidivas dos problemas dentários. Tal contexto culmina na perpetuação de problemas, como o edentulismo, e práticas mutilatórias, como as exodontias, obrigando os profissionais da saúde bucal da atenção primária a trabalhar sob a ótica do modelo curativista, a fim de resolver a questão da dor e infecções dentárias.

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004, p.14):

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos – ainda assim, com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços da atenção básica.

Com a reorganização da atenção primária, ampliação do acesso e qualificação dos serviços de saúde bucal, fazem-se necessários, também, investimentos que permitam aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (BRASIL, 2004).

Sendo assim, o presente estudo poderá contribuir avaliando como vem ocorrendo a absorção das demandas dos serviços odontológicos da atenção primária pelos serviços especializados dos Centros de Especialidades Odontológicas, identificando os problemas e as possíveis estratégias que poderão melhorar a resolutividade do processo de doença do indivíduo e a integralidade da assistência.

## 4 METODOLOGIA

Neste trabalho optou-se por fazer uma revisão bibliográfica sobre o acesso aos Centros de Especialidades Odontológicas em todo Brasil. Para tanto, buscou-se na literatura nacional as publicações já existentes sobre o tema. Definiu-se como critério de inclusão somente os artigos publicados em português e com acesso ao texto integral. A busca dos artigos foi realizada livremente sem definição de tempo, no entanto, foram selecionados, os publicados entre 2002 e 2011. Foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), além do acervo da biblioteca do Ministério da Saúde e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF).

Para o levantamento das publicações existentes nos bancos de dados, foram utilizados os seguintes descritores: Centros de Especialidades Odontológicas, Acesso CEO.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Por muitas décadas predominou no serviço público odontológico o modelo assistencial curativista e mutilador. Neste panorama, destacou-se um modelo assistencial denominado Sistema Incremental voltado apenas para os escolares na faixa etária de seis a 14 anos que perdurou por mais de 40 anos. Desta forma, pode-se dizer que os outros grupos populacionais ficavam desassistidos de uma política pública odontológica, ficando restritos a estes grupos os atendimentos emergenciais e não conservadores. (PALMIER, 2009)

Neste contexto, então, surge na década de 80, a tentativa de uma consolidação da proposta de saúde como direito de todos e dever do Estado, através da reformulação do modelo vigente, até então. Esta proposta de reformulação se concretizou especialmente na constituição de 1988, tendo como precedentes a 8ª Conferencia Nacional de Saúde (1986), da 1ª Conferencia Nacional de Saúde Bucal (1986) e do 1º Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal (1986). (GUERRA, 2009)

Ainda que começasse a emergir todo um esforço para mudanças favoráveis da política de saúde bucal, em especial na década de 90, a estrutura de organização ainda se mostrava falha no que dizia respeito aos outros níveis de atenção, em especial os tratamentos especializados. Nesta década, apesar da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal reafirmar o direito à cidadania e um novo modelo para a saúde bucal, de acordo com Guerra (2009) era nítida a falta de incentivos e de representatividade na área da saúde bucal, não havendo uma política específica em âmbito federal, para a área odontológica.

Desta forma, surgiu em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal dentro do SUS, como uma proposta de reorientação e reorganização das práticas, a fim de promover, além de outros pressupostos, um serviço resolutivo tanto na atenção primária como em todos os níveis de atenção (serviços odontológicos especializados), permitindo a ampliação e o atendimento nos níveis secundário e terciário de modo a garantir a integralidade da atenção. (BRASIL, 2004)



Para tanto, entende-se que se fazem necessários investimentos que também ampliem o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção a fim de promover a assistência integral ao indivíduo, através da recuperação parcial ou total de suas capacidades comprometidas pela doença. (BRASIL, 2004)

Segundo Zaitter *et al.* (2009), o acesso aos serviços de saúde é escasso, resultando em demora e, conseqüentemente, em filas de espera para o atendimento e que estas organizam o acesso em um princípio igualitário, protegendo os usuários que chegam antes. Ainda segundo os autores *“a intervenção na fila de espera como forma de conhecê-la e de dimensioná-la, validando-a, é uma estratégia que colabora para redução da fila de espera”*.

Neste panorama de necessidade de ampliação e qualificação de serviços odontológicos, o Ministério da Saúde propôs o incentivo aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são unidades de referência para o serviço de saúde bucal da atenção primária, a fim de dar continuidade aos procedimentos previamente realizados na atenção primária e que necessitem de atenção especializada para sua conclusão, como tratamentos endodônticos, cirurgias periodontais e cirurgia oral menor. (BRASIL, 2004)

Estes Centros de Especialidades são serviços de atenção secundária que devem funcionar 40 horas semanais, ofertando minimamente as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral, sendo de mais de 584 o número destes centros implantados no Brasil. (FIGUEIREDO & GÓES, 2009)

Assim, a Política Nacional de Saúde Bucal vem redirecionar a aplicação dos recursos e promover novas ações a fim de garantir a ampliação do acesso e a ampliação e qualificação da atenção, através da criação dos CEO em todas as regiões, de acordo com os planos municipais e regionais de saúde de cada estado (BRASIL, 2006)

Para tal, o fluxo de encaminhamentos para os CEO obedece critérios a serem seguidos pelas equipes de saúde bucal da atenção primária, que envolvem a eliminação prévia da dor do usuário e o controle de infecções bucais, o agendamento prévio das consultas respeitando os critérios de cada município e da

gerência do CEO e a utilização de formulário de referência/contra-referência acompanhados ou não de exames complementares e radiografias. (BRASIL, 2006)

É válido ainda ressaltar que, após o término do tratamento no CEO, o paciente deve retornar à unidade de atenção primária de origem com a posse da contra-referência que deve conter o diagnóstico e tratamento realizado pelo profissional do CEO, a fim de dar continuidade ao seu tratamento. (BRASIL, 2006)

Neste contexto, segundo Brasil (2004, p.11):

À atenção básica compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento.

Ainda, na perspectiva da atenção secundária e terciária, fato é que a sua expansão e seus investimentos não acompanharam a demanda da atenção primária, o que reflete em problemas de fluxo de referência e contra-referência do serviço odontológico, ocasionando um grande entrave à resolutividade do processo de doença do indivíduo e à integralidade da assistência. (BRASIL, 2004)

Neste quesito, Starfield (2002) chama de Coordenação a capacidade do serviço em garantir a continuidade da atenção, o seguimento do usuário no sistema ou a garantia de referência a outros níveis de atenção, sendo este um dos princípios ordenadores da Atenção Primária.

Figueiredo & Góes (2009), a respeito da interface entre a atenção primária e secundária, apontam que a falta de acesso às ações e serviços odontológicos é um dos principais problemas de saúde bucal a ser enfrentado. Assim, ainda segundo os autores, existe uma grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos de atenção primária e especializados.

Quanto à implementação dos CEO, estudos avaliam seus custos como próximos aos da atenção primária pelo predomínio dos gastos com pessoal, mas também apontam uma baixa performance destes serviços. (CHAVES *et al.*, 2011)

De acordo com seu estudo sobre centros de especialidades odontológicas em Pernambuco, Figueiredo & Góes (2009) apontam que dos 22 centros de especialidades estudados, cerca de 40,9% obtiveram desempenho bom, porém 31,8% obtiveram desempenho ruim e que o perfil da assistência odontológica em

serviços públicos no Brasil tem se restringido quase que exclusivamente à atenção primária.

No que se diz respeito ao financiamento e implementação dos CEO, Saliba *et al.* (2010) expõem que os recursos financeiros, bens e insumos deverão ser destinados aos procedimentos odontológicos complementares à atenção primária e que tanto o Estado quanto o Município devem participar de sua implementação.

Dentre os diversos aspectos mencionados na literatura a respeito dos entraves de acesso ao CEO, Chaves *et al.* (2011) identificam que a ausência de clareza sobre os padrões e metas propostas pelo serviço, a constante falta de pacientes, que não são substituídos, e o não cumprimento da carga horária real pelos profissionais são aspectos importantes para a falta do êxito esperado pela assistência dos CEO. Os autores ainda expõem que:

Uma maior oferta e disponibilidade de serviços de saúde podem não necessariamente significar maior utilização. As principais razões para a distância entre oferta e utilização podem estar associadas à disponibilidade da força de trabalho e sua distribuição geográfica, às mudanças no perfil epidemiológico que reduz necessidades, à facilidade de acesso a serviços odontológicos como redução de barreiras financeiras, geográficas e, especialmente as características da gestão do serviço como a natureza do prestador (público ou privado) e a forma de remuneração pelo serviço (se assalariada, *per capita* ou pós-fixada pelo rendimento). Esses fatores podem influenciar o desempenho do serviço no cumprimento dos padrões de oferta adequada de procedimentos. (CHAVES *et al.*, 2011, p.143)

Entende-se, desta forma, que usuários com maior facilidade no acesso geográfico ao serviço especializado, que cheguem ao CEO com a devida ficha de referência, que se originam da atenção primária e através de demanda livre e que tenham suas consultas marcadas com 16 dias de antecedência ou mais apresentam-se com mais chance de alcance da integralidade na saúde bucal em relação aos demais usuários. (CHAVES *et al.*, 2010)

Ainda neste contexto, Souza & Chaves (2010), em seu estudo a respeito da acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia, definem que a acessibilidade ao serviço pode ser caracterizada por três barreiras: a organizacional, relacionada à forma de marcação das consultas, origem do usuário, horário de marcação, existência de filas, tempo de espera para marcar e tempo para consulta de retorno; a geográfica,

relacionada ao meio de transporte utilizado e o tempo de deslocamento; e a socioeconômica, relacionada à escolaridade e renda do usuário.

O tratamento agendado não deve ser a única maneira de o usuário sair da fila de espera. Outras ações podem manter a fila atualizada, como a adoção de uma atualização sistemática, verificando-se mudanças de endereço, ocorrência de óbitos ou o tratamento realizado em outros serviços. Tal gerenciamento deve fazer parte de um processo de trabalho contínuo. (ZAITTER *et al.*, 2009; ZAITTER, 2009)

Em estudo realizado por Lima; Cabral; Vasconcelos (2010), avaliando a satisfação dos usuários assistidos nos CEO do município do Recife, no quesito acessibilidade, a maioria das respostas dos usuários corresponderam a avaliações negativas. Apenas 29,8% dos usuários entrevistados consideraram fácil obter uma vaga, enquanto 52,5% dos usuários entrevistados consideraram difícil ou muito difícil obter uma vaga para atendimento no CEO.

Ainda segundo Lima; Cabral; Vasconcelos (2010, p. 999):

Longas filas de espera, necessidade de chegar muito cedo para obtenção de uma ficha e favorecimento de vagas no serviço de saúde, assim como cobertura insuficiente, demanda reprimida e o fato de ser usuário exclusivo da rede pública, podem estar intimamente relacionados à percepção do usuário sobre a dificuldade para obtenção de uma vaga para o atendimento.

Segundo estudo para avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia realizado por Chaves *et al.* (2011), há uma baixa taxa de utilização dos serviços públicos odontológicos especializados nos quatro CEO analisados, nas especialidades endodontia e cirurgia oral menor, conforme os padrões propostos pela portaria GM nº 1101/2002 e pela consulta aos especialistas.

Souza & Chaves (2010) já tinham encontrado resultado semelhante ao estudo de Chaves *et al.* (2011), observando-se uma baixa taxa de utilização dos procedimentos de endodontia e cirurgia, representando 16,1% e 26,5%, respectivamente. Ou seja, a oferta disponível está, de fato, sendo subutilizada para um serviço essencial na garantia da integralidade da atenção à saúde bucal.

A baixa taxa de utilização em algumas especialidades pode ser reveladora de problemas de gestão do serviço, na medida em que compete à gestão a supervisão

e o acompanhamento do trabalho dos demais agentes no serviço. (SOUZA & CHAVES, 2010; CHAVES *et al.* 2011)

Os artigos analisados expõem vários supostos entraves para o pleno desenvolvimento da acessibilidade integral do usuário aos serviços odontológicos. Além da questão da baixa oferta de serviços, os autores consultados na bibliografia revisada ainda expõem a necessidade de se considerar os fatores inerentes ao usuário e às questões organizacionais do sistema no que diz respeito às barreiras para o acesso aos CEO.

É evidente, ainda, a escassez de estudos comprobatórios da ineficácia da absorção da demanda da atenção primária pelos CEO no Brasil. Os artigos analisados restringiram-se aos estados de Pernambuco, Bahia e Paraná que apresentam problemas semelhantes aos vividos na prática do atendimento na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou identificar, através da exposição do atual panorama de atendimento dos CEO, a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos especializados, impedindo uma abordagem integral aos usuários atendidos na atenção primária.

Neste contexto, fica clara a necessidade de uma abordagem integral do indivíduo, através do acesso à atenção primária e continuidade do cuidado na atenção especializada.

Assim, pode-se compreender que isso só será possível com o envolvimento de toda a equipe na implementação dos protocolos e projetos de acolhimento, reforçando a importância na construção desses processos, ainda inacabados.

Desta forma, para que os ajustes tenham o resultado esperado na prática, é imprescindível que a gestão assuma seu papel na tomada de decisão, a fim de permitir avanços nos mecanismos de planejamento e avaliação das ações, principalmente aqueles relacionados ao acesso e utilização dos serviços de saúde pela população.

No Brasil, a discussão acerca do acesso à atenção odontológica no sistema público é recente e torna-se relevante na medida em que a atual Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente, tem visado, entre outros pressupostos, a ampliação do acesso a atenção secundária, por meio, principalmente dos CEO. (CHAVES *et al.*, 2011)

Entretanto, o que se vem observando é que a discussão sobre o acesso aos serviços já ultrapassou a mera questão da oferta, adquirindo um perfil muito mais amplo que considera outras variáveis, como questões organizacionais e geográficas, o que difere aumento de oferta do real aumento de utilização pelo usuário. Logo, fica cada vez mais claro que ser resolutivo no acesso do usuário ao sistema significa capacidade de promover oferta de serviços e a oportunidade de utilização dos mesmos.

Fato é que se pode observar, durante a busca bibliográfica deste trabalho, o discreto número de estudos avaliativos dos serviços da atenção secundária de saúde bucal no Brasil.

Desta forma, fica clara a necessidade de realização de novas pesquisas focando a satisfação do usuário na esfera da resolutividade dos serviços especializados, além da situação de acessibilidade destes usuários e o que motiva a baixa utilização ou utilização inapropriada destes serviços. Isto, em suma, poderá contribuir para a melhoria dos serviços e também na implementação de ações em prol de uma assistência de maior qualidade, humanizada e resolutiva.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/imgs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.jpg](http://dab.saude.gov.br/imgs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.jpg). Acesso em 19 set 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. **Cadernos de atenção básica**, n.17. Brasília, DF, 2006. 91p. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/imgs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd17.jpg](http://dab.saude.gov.br/imgs/publicacoes/cadernos_ab/abcd17.jpg). Acesso em 19 set 2011.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 1 ed. Belo Horizonte: UFMG, 2008. 80p.

CHAVES, S.C.L. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.1, p.143-154, jan. 2011.

CHAVES, S.C.L. *et al.* Política nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.6, p.1005-1013, dez. 2010.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.2: p.259-267, fev. 2009.

GUERRA, K.C.M. **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 (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, A.C.S.; CABRAL, E.D.; VASCONCELOS, M.M.V.B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.5, p.991-1002, mai. 2010.

PALMIER, A.C. *et al.* **Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2008. 72p.

SALIBA, N.A. *et al.* Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v.18, n.48, p.62-66, 2010.

SOUZA, L.F.; CHAVES, S.C.L. Política Nacional de Saúde Bucal: Acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.2: p.371-387, abr./jun. 2010.



STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em : [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf). Acesso em 30 out 2011.

VARGAS, A.M.D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M.T.F. **Saúde bucal: atenção ao idoso**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2009. 50p.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 84p.

ZAITTER, W.M. **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**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2009.

ZAITTER, W.M. et al. Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR). **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v.6, n.4, p.413-420, 2009.

**ANEXO – Organograma da Política Nacional de Saúde Bucal – Ministério da Saúde**

