LAURA DE FREITAS MENEZES

"RELAÇÃO ENTRE OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS E O ACESSO AOS SERVIÇOS SECUNDÁRIOS NO ESTADO DE SÃO PAULO"

PIRACICABA
2013

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

LAURA DE FREITAS MENEZES

"RELAÇÃO ENTRE OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS E O ACESSO AOS SERVIÇOS SECUNDÁRIOS NO ESTADO DE SÃO PAULO"

Orientadora: Profa. Dra. Stela Márcia Pereira
Co-orientadora: Profa. Dra. Gláucia Maria Bovi Ambrosano

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE APRESENTADA À FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA, DA UNICAMP, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA.

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna Laura de Freitas Menezes e orientada pela Profa. Dra. Stela Márcia Pereira.

_____
Profa. Dra. Stela Márcia Pereira

PIRACICABA
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARILENE GIRELLO – CRB8/6159 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

M524r

Menezes, Laura de Freitas.
Relação entre os Centros de Especialidades Odontológicas e o acesso aos serviços secundários no Estado de São Paulo / Laura de Freitas Menezes. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Stela Márcia Pereira.
Coorientador: Gláucia Maria Bovi Ambrosano.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Serviços de saúde - Avaliação. 2. Serviços de saúde bucal. 3. Assistência odontológica. 4. Políticas de saúde. I. Pereira, Stela Márcia. II. Ambrosano, Gláucia Maria Bovi, 1960- III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Relation between Specialized Dental Clinics and access to secondary care in the state of São Paulo

Palavras-chave em Inglês:
Health services evaluation
Dental health services
Dental care
Health policy
Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva
Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Stela Márcia Pereira [Orientador]

Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

Elaine Pereira da Silva Tagliaferro

Data da defesa: 27-05-2013
Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 27 de Maio de 2013, considerou a candidata LAURA DE FREITAS MENEZES aprovada.

Profa. Dra. STELA MÁRCIA PEREIRA

Profa. Dra. SILVIA HELENA DE CARVALHO SALES PERES

Profa. Dra. ELAINE PEREIRA DA SILVA TAGLIAFERRO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Antonio e Fátima pelo amor e apoio incondicional em todos os meus projetos. Aos meus irmãos Lucas e Leandro pela parceria na caminhada desde sempre. Ao meu amor Samuel pela compreensão nos momentos ausentes e carinho nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, em primeiro lugar, pela dádiva da vida e as oportunidades que se descortinaram em meu caminho.

Aos meus pais, Fátima e Antonio, por me conduzirem sempre em um caminho de retidão e me apoiarem incondicionalmente em meus projetos. Por serem meu referencial de vida, não há palavras para agradecê-los.

Aos meus irmãos, Lucas e Leandro, com quem desde cedo aprendi que a vida só é melhor se dividida em todos os momentos.

Ao Samuel, por suportar o estresse da pós-graduação ao meu lado e dividir seu amor com doçura quando mais precisei.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), na pessoa de seu magnífico Reitor, Prof. Dr. José Tadeu Jorge**,** e à Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP), na pessoa de seu Diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior, pela oportunidade de realizar este trabalho.

A Prof[a]. Dr[a]. Stela Márcia Pereira pela confiança, criteriosa orientação e por compartilhar seus preciosos conhecimentos.

À Prof[a]. Dr[a]. Gláucia Ambrosano pela co-orientação brilhante e presteza sempre.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, Coordenador do Curso de Pós-Graduação, pela atenção e disponibilidade sempre que bati a porta de sua sala.

Ao Dr. Almir Fantini, coordenador de Saúde Bucal do município de Monte Alto, pela compreensão e liberação indispensáveis para as atividades do mestrado.

Aos Profs. Drs. Marcelo Meneghim, Eduardo Hebling, Maria da Luz Rosário de Sousa**,** e Dagmar de Paula Queluz por contribuirem na construção do conhecimento.

As tutoras Fabiana de Lima Vazquez, Fernanda Gonçalves Duvra Salomão, Karine Laura Cortellazzi, Luciane Miranda Guerra pela valiosa colaboração nos vários momentos de dúvidas.

Ao colega Eloisio do Carmo Lourenço pela colaboração e apoio nos momentos iniciais deste trabalho.

A minha querida turma de Mestrado: Alexandre, Andréia, Cláudia, Cris, Eliana, Elô, Fábio, Fernanda, Lídia, Lilian, Lucas, Martha, Paula, Pedro, Raquel, Rodolfo e Néia.

A amiga Lídia pelo carinho e as conversas que a cada dia me faziam crescer um pouco mais.

A secretária do Departamento de Odontologia Social, Eliana Aparecida Mônaco Nogueira, pela disponibilidade em sempre ajudar.

A Equipe de Saúde da Família Santa Rosa 1 de Piracicaba pela força, aprendizado e momentos felizes de convivência.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste trabalho, minha gratidão e respeito.

A Palavra Mágica

Certa palavra dorme na sombra
de um livro raro.
Como desencantá-la?
É a senha da vida
a senha do mundo.
Vou procurá-la.

Vou procurá-la a vida inteira
no mundo todo.
Se tarda o encontro, se não a encontro,
não desanimo,
procuro sempre.

Procuro sempre, e minha procura
ficará sendo
minha palavra.

Carlos Drummund de Andrade

RESUMO

Este estudo seccional investigou o impacto dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) nos indicadores de procedimentos da atenção secundária no Estado de São Paulo, bem como sua relação com variáveis econômicas. A amostra contou com os 645 municípios do estado, divididos segundo a presença e ausência dos CEOs, no ano de 2009. As variáveis dependentes analisadas foram os procedimentos de endodontia, periodontia e cirurgia oral menor e as variáveis independentes selecionadas foram cobertura dos Centros de Especialidades, renda per capita e PIB per capita. A análise estatística dos dados foi feita através de teste Qui-quadrado e regressão logística múltipla, ajustada para a co-variável porte municipal. Como resultado, observou-se que os municípios que têm CEO apresentaram um maior número de procedimentos quando comparados aos que não o possuem ($p<0,0001$). A presença do CEO ($p=0,0001$; OR:49,06); ($p<0,0001$; OR:9,59); ($p<0,0001$; OR:26,39) foi considerada determinante para o maior número de procedimentos clínicos de Endodontia, Periodontia e Cirurgia Oral Menor, respectivamente. Pode-se concluir que os Centros de Especialidades Odontológicas impactaram, de forma substancial, o acesso aos serviços de atenção secundária no estado de São Paulo, independente do porte municipal.

Palavras-chaves: Avaliação de Serviços de Saúde, Serviços de Saúde Bucal, Assistência Odontológica, Acesso a Serviços de Saúde, Políticas de Saúde.

ABSTRACT

This cross-sectional study investigated the impact of Specialized Dental Clinics (SDC) on indicators of secondary care procedures in the state of São Paulo, as well as its relation to economic variables. The sample consisted of the 645 municipalities in the state, with and without SDC in 2009. The dependent variables analyzed were endodontics, periodontics and minor oral surgery procedures and independent variables selected were specialized coverage, *per capita* income and *per capita* GDP. The statistical analysis was performed using chi-square test and multiple logistic regression, adjusted for covariate municipal size. Results showed that counties with SDC presented greater number of procedures when compared with those who do not have ($p < 0.0001$). The presence of the SDC ($p = 0.0001$, OR = 49.06) ($p < 0.0001$, OR: 9.59), ($p < 0.0001$, OR: 26.39) was considered decisive for the largest number of clinical procedures of Endodontics, Periodontics and Minor Oral Surgery, respectively. In conclusion, Specialized Dental Clinics impacted access to secondary care services in the state of São Paulo, regardless of municipal size.

Key-words: Health Services Evaluation, Dental Health Services, Dental Care, Access to Health Services, Health Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Atendente de Consultório Dentário

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CAP - Caixa de Aposentadorias e Pensões

CD - Cirurgião-Dentista

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

DATA/SUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

FOP - Faculdade de Odontologia de Piracicaba

IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões

IC - Intervalo de Confiança

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

MS - Ministério da Saúde

OPM - Órteses, Próteses e Materiais Especiais

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PIB – Produto Interno Bruto

PSF - Programa de Saúde da Família

SESP - Serviços Especiais de Saúde Pública

SES-SP – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

THD - Técnico em Higiene Dental

TSB – Técnico em Saúde Bucal

SUMÁRIO

	Página
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1: Relação entre os Centros de Especialidades Odontológicas e o acesso aos serviços secundários no Estado de São Paulo	5
CONSIDERAÇÕES GERAIS	24
CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26
ANEXO 1	29
ANEXO 2	30

INTRODUÇÃO

O Brasil tem apresentado, em décadas recentes, um quadro de transformações socioeconômicas e demográficas com importantes repercussões sobre a saúde, tais transformações requerem uma reformulação do modelo assistencial (Matos & Tomita, 2004). Dentro deste contexto, a saúde bucal passa a integrar, evidentemente, a pauta de saúde nacional como política pública, uma vez que a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Equipes de Saúde da Família (ESF) foi concretizada através da Portaria 1.444/GM de 2000. Os objetivos foram reduzir os indicadores epidemiológicos e ampliar o acesso da população Brasileira às ações de saúde bucal (Lourenço *et al,* 2009).

Para as equipes de saúde bucal, definiram-se duas modalidades, sendo a modalidade I composta por um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD) e a modalidade II por um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico em higiene dental (THD). Em resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO) -85/2009, os termos THD e ACD passaram a ser denominados TSB (Técnico em Saúde Bucal) e ASB (Auxiliar de Saúde Bucal) (Brasil, 2000a; Brasil, 2009a).

Frente a estas transformações e, com o objetivo de traçar o perfil de saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde iniciou no ano 2000 a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários, e incluísse tanto a população urbana como a rural, buscando subsidiar o planejamento e a avaliação de ações nos diferentes níveis de gestão do SUS (Brasil, 2004b).

Como resultado dessas discussões, foi lançado o "SB Brasil - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira"- SB Brasil 2003 – levantamento epidemiológico com os achados preocupantes. Desse levantamento surge, sob a orientação do Governo Federal, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, a qual subsidiou um maior aporte de recursos às ações de saúde bucal. As diretrizes desta política pública apontam, fundamentalmente, para o fortalecimento da atenção básica e para a ampliação da oferta de serviços, assegurando também o atendimento nos níveis secundário e terciário, de modo a buscar integralidade da atenção. Este documento destaca a inclusão

e o fortalecimento das ESB nas ESF como forma preferencial para a reorganização da atenção básica (Soares & Paim, 2011; Brasil, 2004a), bem como estabelece como estratégia-chave a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como referência para as ESB. Além disso, destaca a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), com intuito de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados (Kornis et al, 2011; Machado, 2011).

Para o alcance de tais objetivos, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), popularmente conhecida como Programa Brasil Sorridente, engloba ações que objetivam ampliar o acesso à saúde bucal. Assim, destaca-se o aumento do número de equipes de saúde bucal, vinculadas às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Em 2001 havia cerca de 2.200 equipes de saúde bucal, ao passo que em 2005 este número subira para 12.900. Mas, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/2008), é grande a parcela de brasileiros que nunca foi ao dentista (11,7%), embora em 1998, esta proporção fosse ainda maior (18,7%) (Menicucci, 2009; Brasil, 2008).

O SB Brasil 2010, novo levantamento realizado no país, nos moldes do SB Brasil 2003, teve como objetivo servir de parâmetro para a condução da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e o delineamento de suas ações frente aos principais agravos de saúde bucal (cárie dentária, doença periodontal, oclusopatias, fluorose e edentulismo) (Roncalli, 2010). A pesquisa mostrou que apesar da redução na prevalência e gravidade de cárie, em várias faixas etárias, devido ao acesso majorado a serviços de assistência odontológica, há aspectos para os quais o poder público deve dedicar maior atenção: apesar das necessidades de próteses terem diminuído em adolescentes e adultos, o déficit em idosos ainda é significativo; e a prevalência de oclusopatia, a qual requer tratamento, é de 10% em adolescentes, indicando a necessidade de redimensionar a oferta de procedimentos ortodônticos na atenção secundária (Roncalli, 2011).

Deste modo, considerar necessidades específicas de pessoas ou grupos, ainda que minoritários, inclusive no que pertence aos diferentes níveis de complexidades é um desafio permanente e dinâmico. Para isso, deve-se trabalhar na estruturação de redes hierarquizadas e regionalizadas em que ações de baixa, média e

alta complexidades busquem articular-se para racionalizar o sistema e aumentar sua resolutividade no âmbito do SUS (Brasil, 2000b).

Por outro lado, a expansão da atenção básica, e o aumento da oferta e diversidade de procedimentos trouxeram consigo a necessidade de investimentos que permitiram aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Na organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as "linhas do cuidado" para as diversas idades (criança, adolescente, adulto, idoso), com a criação de fluxos de referência e contra-referência que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolhimento, informação, atendimento e encaminhamento. Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (Brasil, 2004a).

A implantação dos CEOs é uma das linhas de ação do Programa Brasil Sorridente e tem como objetivo a ampliação do atendimento e melhoria das condições de saúde da população na área odontológica. De acordo com as diretrizes da PNSB eles funcionariam como unidades de referência para as equipes de saúde bucal da rede básica e da Estratégia Saúde da Família, oferecendo procedimentos clínicos complementares aos realizados na atenção básica, de maneira articulada, permitindo a criação de uma interface entre os níveis de atenção e garantindo a integralidade (Brasil, 2004a; Chaves *et al*, 2010).

Os CEOs são estabelecimentos de saúde bucal inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como clínica especializada/ambulatório de especialidade, os quais oferecem serviços de odontologia gratuitos à população e realizam, no mínimo, as seguintes atividades: a) diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; b) periodontia especializada; c) cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; d) endodontia; e) atendimento a portadores de necessidades especiais. (Brasil, 2006a). Porém, a atenção secundária no âmbito dos CEOs, dependendo do interesse e da capacidade de sustentação financeira dos gestores locais, poderá incorporar outras especialidades odontológicas além daquelas que o MS exige como obrigatórias (Maia & Kornis, 2010).

De acordo com a estrutura física e recursos humanos, as unidades podem ser classificadas em três tipos: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO tipo II

(quatro a seis cadeiras odontológicas); e CEO tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas) com o número de profissionais variável em função do tipo de serviço e funcionamento de 40 horas semanais (Goes *et al,* 2012).

Como requisitos mínimos, o município interessado em implantar o CEO deverá possuir uma rede de Atenção Primária à Saúde organizada e realizar a produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria 1.464, de 24 de junho de 2011. Além das especialidades mínimas e dos respectivos equipamentos, materiais, e carga horária, os CEOs devem adequar a unidade com os itens considerados obrigatórios, contidos no Manual de Adequação Visual (Brasil, 2012). A *Portaria nº. 599/GM* trata da implantação dos CEOs enquanto a *Portaria nº. 600/GM* normatiza seu financiamento (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b).

O maior aporte de recursos financeiros que o MS vem destinando às ações nos diversos níveis de complexidade em odontologia, diretamente relacionado à importância política dada à atenção a saúde bucal pelo governo federal, tem feito o país avançar em direção à ampliação do acesso na atenção básica e secundária, no sentido da universalização do acesso. A implementação dos CEOs constitui também estratégia relevante com vistas à integralidade da atenção no âmbito odontológico (Maia & Kornis, 2010; Chaves *et al,* 2010).

Ante ao exposto e, para o avanço desta política, torna-se necessária a avaliação do impacto das ações desenvolvidas, a fim de se monitorar os resultados, bem como obter subsídios para sua readequação. Embora haja evidências de avanços na avaliação dos serviços públicos, existe uma lacuna em relação à avaliação de serviços de atenção secundária em Saúde Bucal, principalmente com a implantação dos CEOs, com estudos ainda incipientes (Goes *et al,* 2012).

O presente estudo foi realizado em formato alternativo, conforme deliberação da Comissão Central de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Campinas UNICAMP nº 002/06 e composto por um capítulo, cujo objetivo foi: mensurar o acesso aos serviços odontológicos secundários de acordo com municípios cobertos e não cobertos por Centros de Especialidades Odontológicas, bem como explorar possíveis relações com variáveis sociais e econômicas dos municípios envolvidos.

CAPÍTULO 1

Relação entre os Centros de Especialidades Odontológicas e o acesso aos serviços secundários no Estado de São Paulo

Submetido ao periódico "Cadernos de Saúde Pública"

Menezes LM[1], Ambrosano GMB[1], Pereira AC[1], Cortelazzi, KL[1], Pereira SM[2]

[1] Departamento de Odontologia Social, FOP /Unicamp, Piracicaba, São Paulo, Brasil
[2] Departamento de Medicina Veterinária, UFLA, Lavras, Minas Gerais, Brasil

Endereço para correspondência:
Profa. Dra. Stela Márcia Pereira
Universidade Federal de Lavras
Departamento de Medicina Veterinária
DMV / UFLA - Caixa Postal 3037 - CEP 37200-000 - Lavras MG
Telefone: (35) 3829-1148 - Fax (35) 3829 - 1715
E-mail: stelapereira@dmv.ufla.br

RESUMO

Este estudo buscou avaliar o acesso aos serviços odontológicos secundários no Estado de São Paulo, de acordo com os municípios cobertos e não cobertos pelos Centros de Especialidades Odontológicas, bem como explorar possíveis relações com variáveis econômicas dos municípios investigados. Foram avaliados os 645 municípios do estado, com e sem CEO no ano de 2009. As variáveis dependentes analisadas foram os procedimentos de endodontia, periodontia e cirurgia oral menor e as variáveis independentes selecionadas foram à cobertura de CEO, a renda *per capita* e o PIB *per*

capita. A análise dos dados foi feita por meio do teste Qui-quadrado e de regressão logística múltipla, ajustada para a co-variável porte municipal. Como resultado, observou-se que os municípios com CEO apresentaram um maior número de procedimentos em comparação aos que não o possuem (p<0,0001). A presença do CEO (p=0,0001; OR:49,06); (p<0,0001; OR:9,59); (p<0,0001; OR:26,39) foi considerada determinante para o maior número dos procedimentos de endodontia, periodontia e cirurgia oral menor, respectivamente. Conclui-se que os CEOs impactaram o acesso à atenção secundária no estado de São Paulo, independente do porte municipal.

Palavras-chaves: Avaliação de Serviços de Saúde, Serviços de Saúde Bucal, Assistência Odontológica, Acesso a Serviços de Saúde, Políticas de Saúde.

ABSTRACT

This cross-sectional study investigated the impact of Specialized Dental Clinics (SDC) on indicators of secondary care procedures in the state of São Paulo, as well as its relation to economic variables. The sample consisted of the 645 municipalities in the state, with and without SDC in 2009. The dependent variables analyzed were Endodontics, Periodontics and Minor Oral Surgery procedures and independent variables selected were specialized coverage, *per capita* income and *per capita* GDP. The statistical analysis was performed using chi-square test and multiple logistic regression, adjusted for covariate municipal size. Results showed that counties with SDC presented greater number of procedures when compared with those who do not have. (p <0.0001). The presence of the SDC (p = 0.0001, OR = 49.06) (p <0.0001, OR: 9.59), (p <0.0001, OR: 26.39) was considered decisive for the largest number of clinical procedures aforementioned. In conclusion, Specialized Dental Clinics impacted access to secondary care services in the state of São Paulo regardless of municipal size.

Key-words: Health Services Evaluation, Dental Health Services, Dental Care, Access to Health Services, Health Policy

RESUMEN

Este estudio transversal se investigó el impacto de los Centros Odontológicos Especializados (COE) en los procedimientos de atención secundaria en el estado de São Paulo, así como su relación con las variables económicas. La muestra estuvo constituida por los 645 municipios del estado, con y sin COE en 2009. Como variables dependientes fueron analizados procedimientos de endodoncia, periodoncia y cirugía oral menor y las variables independientes fueron cobertura de los COE, ingresos per cápita y PIB per cápita. El análisis estadístico se realizó mediante chi-cuadrado y regresión logística multiple, ajustada por covariable tamaño municipal. Los resultados mostraron que los municipios com COE presentaron un mayor número de procedimientos en comparación con los que no tienen (p <0.0001). La presencia del COE (p=0,0001; OR:49,06); (p<0,0001; OR:9,59); (p<0,0001; OR:26,39) se ha considerado determinante para el mayor número de los procedimientos clínicos antes citados. Se puede concluir que los COE impactan el acceso a atención secundaria en el estado de São Paulo, con independencia de su tamaño.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), política pública formada pelo conjunto de ações e serviços prestados pela administração pública direta e indireta nas três esferas de governo, norteia-se pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade[1], sendo este o princípio em que se verificam maiores dificuldades de contemplação. Os sistemas de saúde são sistemas abertos, com componentes interligados dentro do contexto em que está situado, formando um todo em que os níveis interagem influenciando uns aos outros coletivamente[2]. Porém, a maioria dos sistemas de saúde ignora as interconexões entre seus componentes, levando a relações complexas, fragmentadas, em que suas várias faces não são suficientemente consideradas[3].

Tal fragmentação dos modelos assistenciais em saúde, em todo o mundo, tem sido enfocada como principal desafio à integralidade das ações e ao planejamento em saúde[4]. Destarte, a consolidação da "integração" dos serviços, caracterizada pela coordenação destes, juntamente com a instituição de uma rede fortemente integrada, é fundamental para a criação de um sistema genuíno, fato este que, na prática, ainda não

ocorreu[5]. Dessa forma, a organização de uma rede unificada é premissa para garantir o acesso à saúde em todos os níveis de atenção.

Acesso é um conceito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Apesar das divergências conceituais, este pode estar ligado a características de oferta dos serviços, mas também se relaciona à entrada inicial nos mesmos e aos cuidados recebidos posteriormente, em todos os níveis de complexidade[6].

Todavia, historicamente, a prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil limitou-se a procedimentos de baixa complexidade, com reduzida realização de procedimentos de média e alta complexidade, além de priorizar o atendimento de crianças em idade escolar, esquivando-se do atendimento de adultos e idosos, os quais inevitavelmente recorriam a tratamentos predominantemente curativos e mutiladores[7].

Deste modo e, com o intuito de seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde, referentes ao acesso universal à saúde bucal e com vistas à integralidade da atenção, o Brasil tem passado por uma reformulação do modelo assistencial odontológico. A substituição das práticas tradicionais, exercidas nas unidades de saúde, pela busca ativa e a resolubilidade das questões de saúde bucal, visando vencer as iniquidades e viabilizar o acesso aos serviços destaca-se neste cenário. As mudanças estruturais sofridas pela odontologia na busca por melhores indicadores de saúde bucal e ampliação do acesso às suas ações culminaram, num primeiro momento, na inclusão de equipes de saúde bucal à estratégia de Saúde da Família[8,9, 10,11].

Posteriormente, com a expansão do conceito de atenção básica e o consequente aumento da oferta e diversidade de procedimentos, além das mudanças na lógica tradicionalmente hegemônica de atendimento, foram necessários investimentos nas ações de níveis secundário e terciário da atenção, de modo a superar as desigualdades trazidas pelos modelos precursores[12, 13].

Assim, foi criada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que reúne uma série de ações em saúde bucal para todas as faixas etárias, além da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com o intuito de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados[12, 13].

Em face do exposto, e para o avanço desta política, torna-se necessária a avaliação do impacto das ações desenvolvidas, a fim de se monitorar os resultados, bem como obter subsídios para sua readequação. Embora haja, na área da Saúde Bucal, uma lacuna relativa à avaliação dos serviços públicos, há evidências de avanços neste sentido. Todavia, em relação às avaliações sobre serviços de atenção secundária em saúde bucal, principalmente com a implantação dos CEOs, os estudos ainda são incipientes[14].

Dentro desse contexto e, com vistas à compreensão de tais processos, o presente estudo objetivou avaliar o acesso aos serviços odontológicos secundários no estado de São Paulo, de acordo com os municípios cobertos e não cobertos pelos Centros de Especialidades Odontológicas, bem como explorar possíveis relações com variáveis sociais e econômicas dos municípios investigados.

MATERIAL E MÉTODOS

Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, o qual declarou não haver necessidade de apreciação do mesmo, segundo a resolução CNS 196/96 (CEP/FOP Nº 007/2011), por tratar-se de uma avaliação de dados secundários de domínio público, disponíveis em bancos de dados de sistemas oficiais (acesso não restrito).

Os dados coletados, referentes ao número de estabelecimentos odontológicos especializados, estão disponíveis no banco de dados do SUS e constituem-se de dados de domínio público. O cadastro do estabelecimento é obrigatório desde a publicação da portaria SAS 511/2000, sendo de responsabilidade do gestor municipal e/ou estadual.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) visa disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja, - Federal, Estadual e Municipal[15].

Amostra

Foram avaliados todos os 645 municípios do Estado de São Paulo, dicotomizados pela presença ou ausência de CEO credenciados até o ano de 2009. Para a análise dos dados econômicos utilizou-se as informações do ano de 2008, sendo este o último ano cujos dados foram disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística[16].

Delineamento do estudo e caracterização das variáveis investigadas

O presente estudo, de caráter seccional, investigou o impacto dos Centros de Especialidades Odontológicas, caracterizados pela atenção secundária, sobre os principais indicadores de procedimentos endodônticos, periodontais e cirúrgicos disponibilizados no DATA/SUS. Adicionalmente, verificou-se a influência de variáveis dos municípios (PIB *per capita* e renda *per capita*) sobre os desfechos propostos.

Fonte dos dados

A coleta dos dados, referentes ao ano de 2009, foi realizada mediante compilação das informações do banco de dados do Departamento de Informática do SUS - DATASUS/SUS, do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos CEOs pesquisados. Como critério de inclusão para esta fase do estudo, admitiu-se que todos os CEOs do estado de São Paulo, credenciados até o ano de 2009 estariam incluídos, resultando em 110 Centros de Especialidades. Os dados relacionados às variáveis dos procedimentos de assistência de média complexidade referentes à endodontia, periodontia e cirurgia oral menor foram extraídos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde[17]. A partir da tabela OPM foram selecionados os 54 procedimentos de realização mínima obrigatória dos CEOs e que contemplam desde raspagem corono-radicular por sextante até apicectomia e marsupialização de cistos[17]. Os dados populacionais foram obtidos do DATA/SUS e das projeções calculadas pelo IBGE, disponibilizadas pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP)[16].

Neste estudo as variáveis dependentes foram o número de procedimentos de endodontia, periodontia e cirurgia oral menor, os quais foram dicotomizados pela mediana (Med = 435, Med = 387 e Med = 179, respectivamente). As variáveis

independentes foram assim classificadas: a) relacionadas aos CEO – cobertura pelos Centros de Especialidades (município com CEO - ≥ 1 Centro, município sem CEO); b) porte municipal - população do município dividida segundo o porte em pequenos (até 10 mil habitantes), médios (de 10 mil a 100 mil habitantes) e grandes (acima de 100 mil habitantes)[18]; c) econômicas - Renda per capita (baixa, intermediária, alta); PIB per capita dicotomizado pela mediana (≤ 13072,9; > 13072,9).

Análise Estatística

Inicialmente, realizou-se análise bivariada, para verificar a existência de associação entre cada variável independente e as variáveis dependentes. Calculou-se a odds ratio e os respectivos intervalos de confiança (IC95%) para todas as variáveis estudadas. Em uma segunda etapa, as variáveis independentes que, na análise bivariada, apresentaram um valor de p menor que 0,15[18] foram testadas em um modelo de regressão logística múltipla, ajustado para a co-variável porte municipal, permanecendo no modelo aquelas com p≤0,05. O efeito conjunto sobre o acesso aos serviços de média complexidade, exercido pelas variáveis relacionadas aos CEO e econômicas, foi avaliado com a aplicação do modelo de regressão logística múltipla. Todos os testes estatísticos foram realizados utilizando o software SAS (SAS Institute Inc. 8.2, 2001) ao nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Por meio dos achados deste estudo observou-se que os municípios que contam com CEO em sua estrutura de saúde apresentaram um número de procedimentos de endodontia, periodontia e cirurgia oral menor mais elevados quando comparados aos que não possuem CEO (Tabela 1). Dentre os municípios que contam com CEO em sua estrutura de saúde, 52 (47%) tem mais de 100 mil habitantes, 55 (50%) são considerados de médio porte e apenas três (3%) tem menos de 10 mil habitantes.

Para a variável dependente procedimentos de endodontia foram demonstradas significâncias estatísticas quando associadas ao desfecho proposto as variáveis CEO, porte municipal, PIB *per capita* e renda *per capita* ao nível de 5%. Apresentaram maiores valores para a razão de chances os estratos com CEO

(OR:190,05), municípios de grande porte (OR:349,08), os de maior PIB *per capita* (OR:2,44) e os de alta renda *per capita* (OR:24,11) (Tabela 2).

Observou-se que as variáveis relacionadas aos CEO, ao porte municipal e PIB *per capita* influenciaram os desfechos procedimentos de periodontia e procedimentos de cirurgia oral menor ($p < 0,05$). As variáveis relacionadas aos CEO, porte municipal e PIB *per capita* mostram a maior associação com os procedimentos de periodontia e cirurgia oral menor. Todavia, a renda *per capita* baixa e média não apresentaram diferenças significativas frente aos referidos desfechos o que, por outro lado, pôde ser notado apenas em relação à renda *per capita* alta e os procedimentos de periodontia ($p=0,0018$; OR:24,90) e aos procedimentos de cirurgia oral menor ($p<0,0001$; OR:14,20) (tabela 2).

A variável presença de CEO ($p=0,0001$; OR:49,06); ($p<0,0001$; OR:9,59); ($p<0,0001$; OR:26,39) foi considerada determinante para o maior número de procedimentos clínicos de Endodontia; Periodontia; e Cirurgia Oral Menor, respectivamente, conforme mostrado pelo modelo logístico (Tabela 3).

Tabela 1. Número de procedimentos de média complexidade no ano de 2009, segundo CEO e porte municipal.

Variáveis	Endodontia n (%)	Periodontia n (%)	Cirurgia oral menor n (%)
CEO			
com CEO	864478 (54,71%)	451674 (72,82%)	660361 (80,8%)
sem CEO	715549 (45,29%)	168526 (27,18%)	156977 (19,2%)
Porte			
pequeno	147015 (9,3%)	28000 (4,5%)	24316 (2,9%)
médio	664941 (42%)	196163 (31,6%)	211151 (25,9%)
grande	768071 (48,7%)	396037 (63,9%)	581871 (71,2%)

Tabela 2. Análise bivariada das frequências de Procedimentos de Endodontia, Periodontia e Cirurgia Oral Menor

Variável	Endodontia						Periodontia						Cirurgia Oral Menor					
	N	*Endodontia> 435		OR	*Intervalo de confiança 95%*	p	N	*Periodontia> 387		OR	*Intervalo de confiança 95%*	p	N	*Cirurgia Oral Menor >179		OR	*Intervalo de confiança 95%*	p
		N	%					N	%					N	%			
CEO																		
Sem	535	195	36,4%	Ref			535	71	13,3%	Ref			535	129	24,1%	Ref		
Com	110	109	99,1%	190,05	26,32-1372,08	<0,0001	110	94	82,7%	31,30	17,99-54,46	<0,0001	110	106	96,4%	83,40	30,14-230,78	<0,0001
Porte																		
Pequeno	284	48	16,9%	Ref			284	13	4,6%	Ref			284	29	10,2%	Ref		
Médio	289	185	64,0%	8,74	5,91-12,95	<0,0001	289	89	30,8%	9,27	5,04-17,07	<0,0001	289	138	47,8%	8,04	5,13-12,58	<0,0001
Grande	72	71	98,6%	349,08	47,34-2574,25	<0,0001	72	60	83,3%	104,20	45,30-239,66	<0,0001	72	68	94,4%	149,44	50,80-439,59	<0,0001
PIB per capita																		
≤13072.9[1]	323	117	36,2%	Ref			323	46	14,2%	Ref			323	85	26,3%	Ref		
>13072.9	322	187	58,1%	2,44	1,78-3,35	<0,0001	322	116	36,0%	3,39	2,30-4,99	<0,0001	322	150	46,6%	2,44	1,75-3,40	<0,0001
Renda per capita																		
Baixa	24	3	12,5%	Ref			24	1	4,2%	Ref			24	3	12,5%	Ref		
Média	421	143	34,7%	3,72	1,09-12,67	0,0359	421	57	13,5%	3,60	0,48-27,16	0,2142	421	98	23,3%	2,12	0,62-7,26	0,2306
Alta	200	155	77,5%	24,11	6,88-84,53	<0,0001	200	104	52,0%	24,90	3,30-187,88	0,0018	200	134	67,0%	14,20	4,09-49,32	<0,0001

*Número de procedimentos dicotomizados pela mediana dos valores; [1] Dicotomizado pela mediana.

Tabela 3. Análise de regressão logística múltipla, segundo Procedimentos de Endodontia, Periodontia e Cirurgia Oral Menor

	Endodontia				Periodontia				Cirurgia Oral Menor			
Variável	*Endodontia> 435	Odds Ratio	*Intervalo de confiança 95%*	p	*Periodontia> 387	Odds Ratio	*Intervalo de confiança 95%*	p	*Cirurgia Oral Menor>179	Odds Ratio	*Intervalo de confiança 95%*	p
CEO												
Sem	535/195 (36,4%)	Ref			535/71 (13,3%)	Ref			535/129 (24,1%)	Ref		
Com	110/109 (99,1%)	49,06	6,60-364,94	0,0001	110/94 (82,7%)	9,59	5,19-17,74	<0,0001	110/106 (96,4%)	26,39	9,20-96,68	<0,0001

*Número de procedimentos dicotomizados pela mediana dos valores.

DISCUSSÃO

Em um cenário ideal de integração, entre os níveis de atenção e, após adequado encaminhamento, não deveria haver barreiras para o acesso ao nível mais especializado. A interface entre a atenção primária e secundária levaria a continuidade do serviço, a qualquer tratamento não disponível, quando da lacuna do primeiro[19,20]. Em razão disso, destaca-se a importância da investigação do acesso, quantidade e qualidade dos serviços, com vistas a um efetivo planejamento das ações em saúde, buscando romper com a fragmentação dos modelos de atenção e assistenciais[4].

A análise dos achados do presente estudo mostra uma maior frequência de procedimentos de média complexidade nos municípios que apresentaram CEOs implantados até o ano de 2009. Tais achados corroboram com os dados de incidência encontrados no Estado do Rio de Janeiro, os quais demonstraram volumes ascendentes de procedimentos especializados, tanto de periodontia quanto os de endodontia após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) na agenda do governo[21].

De acordo com Chaves *et al* (2010), os usuários que foram referenciados a partir da rede básica tiveram mais chance de concluir o tratamento do que aqueles que chegaram por livre demanda ou encaminhados por pronto-socorro ou hospital, assim como os que moravam em municípios com grande cobertura do PSF. Desse modo o paciente assistido por profissional de atenção básica tem seu acesso favorecido à atenção secundária, além do que em municípios de cobertura de PSF elevada, possivelmente a atenção básica é organizada de maneira mais eficaz, diminuindo a possibilidade dos CEOs sofrerem pressão da demanda por procedimentos de baixa complexidade, desviando-se assim de seu objetivo principal. Assim, acredita-se que a atenção básica assume um papel essencial na estruturação do sistema como um todo, articulando-se com a atenção secundária e terciária[22,23].

Entre as especialidades avaliadas, a endodontia apresentou um maior número de procedimentos realizados no estado de São Paulo, na comparação inter-especialidades. O mesmo ocorreu quando foram comparados os procedimentos realizados entre os municípios que apresentaram CEO e os que não apresentaram o mesmo, a endodontia se mostra como a especialidade de maior registro de procedimentos, com maior chance de assistência em municípios de grande porte, com

PIB *per capta* maior do que 13072 e alta renda *per capita*, conforme os valores de OR apresentados nas tabelas[22]. Neste contexto, segundo Chaves *et al* (2011), a baixa taxa de utilização em algumas especialidades pode ser reveladora de problemas de gestão do serviço. Entre eles, pode-se destacar a ausência de clareza sobre os padrões e metas propostos pelo serviço, a constante falta de pacientes, que não são substituídos, além das diferentes tecnologias utilizadas por cada especialista, o que dificulta possíveis padronizações[24].

Apesar dos achados do presente estudo demonstrarem um maior número de procedimentos de nível secundário nos municípios com CEO, em comparação com os que não o possuem, os dados do SIA/SUS informam que os serviços odontológicos especializados, especificados neste estudo, correspondem a aproximadamente 5,8% do total de procedimentos clínicos odontológicos realizados no estado de São Paulo. Deste modo, representam um aumento em comparação com dados nacionais de 2002, que mostravam que os serviços especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Assim, fica evidente que apesar do aumento demonstrado no Estado, ainda há baixa capacidade de oferta dos serviços de Atenção Secundária[25].

Maia & Kornis (2010), em um estudo de série histórica, demonstraram que, em um panorama geral, houve ampliação quantitativa do acesso e da oferta de serviços e sugere-se que esta tenha ocorrido muito mais em função da existência dos incentivos federais do que pela existência de um planejamento ou programação que considerasse as necessidades da população[21]. Apesar do presente estudo possuir caráter transversal pode-se ponderar que municípios do estado de São Paulo com CEO em sua estrutura de saúde e que, por conseguinte, aderiram aos incentivos financeiros do Governo Federal, tiveram a variável acesso aos serviços de atenção secundária maior quando comparada aos municípios que não apresentam CEO.

Há de se ponderar se o maior número de procedimentos de média complexidade não se dá à custa da falta de prioridade na atenção primária em saúde bucal, uma vez que a falta das ações de vigilância em saúde bucal pode levar à necessidade de referência aos serviços de complexidade superior. Por outro lado, antes da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal os procedimentos de atenção secundária e terciária não eram contemplados nos incentivos do governo federal aos

municípios e, por conseguinte, não figuravam como parte importante do acesso a população geral[21].

No presente estudo não se mensurou o incremento de municípios com CEO, como demonstrado por Goes *et al* (2012), uma vez que trata-se de um estudo transversal, mas foi possível observar uma alta frequência deste serviço especializado em municípios de maior porte populacional, o que corrobora com o estudo anteriormente citado, levando a crer que quanto maior o porte do município, maior acesso a um serviço especializado e, por conseguinte, maior o número de procedimentos de média complexidade por eles apresentado, principalmente nas cidades de grande porte populacional[14].

Diferente do que acontece com a implantação de uma Equipe de Saúde da Família, não há uma cobertura populacional mínima para a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas. Assim, o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas está diretamente relacionado ao porte municipal e, quanto menor o município, pior seu desempenho em atenção secundária. Uma alternativa para que se tenha uma distribuição mais equânime em termos de atenção e assistência seria o reforço conjunto dos governos no cumprimento do Plano Diretor de Regionalização pactuado, além do estímulo a criação de consórcios intermunicipais em saúde para efetivação da regionalização da atenção secundária em saúde bucal. Ademais, a adoção do critério de situação do município no Plano Diretor de Regionalização Estadual seria adequado para normatizar a escolha dos municípios de implantação de Centros de Especialidades Odontológicas [23, 26, 27].

Melhorar o acesso ao cuidado em todos os níveis é um passo importante para a redução das disparidades em saúde bucal, visto que a associação entre a pobreza, a má condição bucal e a dificuldade de acesso ao serviço leva a população a uma condição penalizante e mutiladora, a qual potencializa as desigualdades a partir da redução das oportunidades de ascensão na vida. Neste sentido, reforça-se também o desafio do acesso adequado e humanizado aos serviços de saúde bucal na tentativa de diminuir a dimensão elitista do tratamento odontológico[28, 29].

Por adotar o uso de sistemas de informação em saúde, o presente estudo restringiu-se à análise dos dados de procedimentos realizados, o que não permite traçar perfis de morbidade. No mais, o SIA/SUS foi implantado para fins de pagamento dos

procedimentos realizados, podendo acarretar em supra ou sub-registro. Todavia, por ser de fácil acesso e captação de informações para os gestores, torna-se um instrumento interessante, embora pouco usado para a tomada de decisão, objetivo principal dos processos avaliativos de programas e serviços de saúde, sobretudo se associado a outras fontes documentais, sendo usado em estudos sobre a utilização de serviços em saúde bucal[14, 30, 31,32].

Por meio dos achados do presente estudo entende-se que a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas promove impacto relevante no acesso às ações de maior complexidade em saúde bucal, todavia, não é possível discutir acerca da qualidade do serviço, bem como suas peculiaridades, uma vez que se investigou apenas os aspectos quantitativos, disponibilizados no referido banco de dados. Por outro lado estes achados trazem um panorama complexo no que tange a busca pela integralidade das ações em saúde.

Por fim, conhecer a situação do acesso aos serviços de média complexidade é importante para o planejamento e monitoramento dessas ações, colaborando para eficiência e resolutividade dos serviços de atenção secundária em odontologia na esfera pública.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os Centros de Especialidades odontológicas impactam, de forma substancial, o acesso aos serviços de atenção secundária, no Estado de São Paulo, independente do porte municipal. Ao tempo de corte deste estudo, não foi possível observar relações entre o número de procedimentos especializados e as variáveis e econômicas dos municípios investigados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas. Brasília, 2000 [acessado em 2011 mar 03]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

2. Atun R. Health systems, systems thinking and innovation. *Health Policy Plan.* 2012 Oct; 27(suppl 4): iv4-iv8.

3. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B, Van Damme W. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy Plan [Internet].* 2012 Nov 22 [acessado 2012 jan 04]; 1-13. Disponível em: http://heapol.oxfordjournals.org/content/early/2012/11/21/heapol.czs108.full.pdf

4. Kuhlmann E, Batenburg R, Groenewegen PP, Larsen C. Bringing a European perspective to the health human resources debate: A scoping study. Health Policy [Internet]. 2012 Nov 28. [acessado 2012 jan 08]; 1- 8. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851012002989

5. Leatt P, Pink GH, Guerriere M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. HealthcarePapers. 2000; 1(2): 13-35.

6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(Supl 2):190-8.

7. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2011; 21(1): 197-215.

8. Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. Cad. Saúde Pública, 2004 Nov-Dez; 20(6): 1538-1544.

9. Somkotra T, Detsomboonrat P. Is there equity in oral healthcare utilization: experience after achieving Universal Coverage. Community Dent Oral Epidemiol. 2009; 37: 85–96.

10. Rodrigues AAAO, Santos AM, Assis MMA. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia**.** Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(3): 907-915.

11. Villalba JP, Madureira PR, Barros NF. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev Inst Ciênc Saúde. 2009; 27(3): 262-8.

12. 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, 2004a [acessado 2011 abr 05]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional

13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos da atenção básica nº 17: Saúde Bucal.* Brasília, 2006 [acessado em 2011 jun 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf

14. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(suppl): s81-s89.

15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). DATASUS. Informações de saúde (TABNET). Brasília, 2013 [acessado em 2013 abril 28]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qasp.def

16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio(PNAD)*. Brasília: IBGE; 2008.

17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.464/GM, 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 União 2011. [acessado em 2012 ago 02]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.jun.11/Iels118/U_PT-MS-GM-1464_240611.pdf

18. Lucas SD, Portela MC, Mendonça LL. Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2005 Feb; 21(1): 55-63.

19. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *Br Dent J.* 2001; 191(12): 660-664.

20. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, Cury PR. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. Ciênc. saúde coletiva. 2012 Nov; 17(11): 3115-3124.

21. Maia LS, Kornis GEM. A reorganização da atenção a saúde bucal frente aos incentivos federais: a experiência fluminense. Rev. APS. 2010 Jan-Mar; 13(1): 84-95.

22. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev. Saúde Pública. 2010 Dec; 44(6): 1005-1013.

23. Venancio SI, Nascimento PR, R TE, Morais MLS, Martins PN, Voloschko A. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2011, Sep; 16(9): 3951-3964.

24. 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. Saúde Pública. 2011 Jan; 27(1): 143-154.

25. Costa JFR, Chagas L, Silvestre R. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. (Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11).

26. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009 Feb; 25(2): 259-267.

27. Nicoletto SCS, Cordoni Jr. L, Costa NR. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2005 Feb; 25(1): 29-38.

28. Telleen S, Rhee Kim YOR, Chavez N, Barrett RE, Hall W, Gajendra S. Access to oral health services for urban low-income Latino children: social ecological influences. Journal of Public Health Dentistry. 2011; 72: 8–18.

29. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007 Jun; 23(6): 1383-1392.

30. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. Epidemiol. Serv. Saúde. 2003 Mar; 12(1): 41-51.

31. Volpato LER, Scatena JH. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Epidemiol. Serv. Saúde. 2006 Jun; 15(2): 47-55.

32. Lam R, Kruger E, Tennant M. Experiences in the implementation of a national policy: A retrospective analysis of the Australian Chronic Dental Disease. Australas Med J. 2012; 5(10): 551-559.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Desde sua implantação, o SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira. Contudo, persistem muitos problemas a serem enfrentados para aprimorá-lo como um sistema universal que possa prestar serviços de qualidade a toda população brasileira (Brasil, 2009b).

A partir da inclusão das Equipes de Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família, em 2000, maior destaque tem sido dado a ações de saúde bucal no país, com inserção cada vez maior na pauta das políticas públicas de saúde nacionais, saindo assim da estratégia de programas focais de atenção odontológica para grupos específicos e caminhando para a ampliação do acesso a saúde bucal de toda população Brasileira (Lourenço *et al,* 2009).

Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, um conjunto de ações voltadas a ações coletivas de saúde bucal e a atenção e assistência individual tem sido desenvolvidas, buscando a concretização dos SUS em seus princípios. Cabe considerar, então, que não é suficiente ater-se a um dos vários aspectos que devem ser considerados na caracterização de uma política de saúde bucal abrangente e que perpasse pelos níveis de atenção e garanta além da Universalidade e Equidade, também a Integralidade das ações a todos os usuários em todos os lugares.

As ações em odontologia nos vários níveis administrativos da federação têm contribuído para a melhoria nas condições de saúde da bucal da população brasileira, porém são necessários estudos acerca do tema para entender melhor os resultados locais e nacionais de tal política em um País extenso e díspare como o Brasil.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os Centros de Especialidades odontológicas impactam, de forma substancial, o acesso aos serviços de atenção secundária, no Estado de São Paulo, independente do porte do município analisado.

Ao tempo de corte deste estudo, não foi possível observar relações entre o número de procedimentos especializados e as variáveis sociais e econômicas dos municípios investigados.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. *Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.* Diário Oficial da União 2000a; [acessado em 2013 fev 14]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas. Brasília*: Ministério da Saúde; 2000b; [acessado em 2013 fev 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003 - Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - Resultados Principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. [acessado em 2011 ago 21]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. *Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento*. Diário Oficial da União 2006a. [acessado em 2012 out 13]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria599_23_03_06.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 600. *Institui o financiamento dos centros de especialidades odontológicas*. Diário Oficial da União 2006b. [acessado em 2012 out 13]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria600_23_03_06.pdf

Brasil. Conselho Federal de Odontologia (CFO). RESOLUÇÃO CFO-85/2009. Rio de Janeiro: CFO; 2009a. [acessado em 2013 fev 14]. Disponível em: http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1286

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS 20 anos*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009b. [acessado em 2013 fev 08]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [acessado em 2012 out 13]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/passo_a_passo_DAB.pdf

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio(PNAD)*. Brasília: IBGE; 2008. [acessado em 2013 fev 14]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf

Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14(Supl. 1): 1367-1377.

Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad. Saúde Pública. 2011 Mar; 27(3): 521-532.

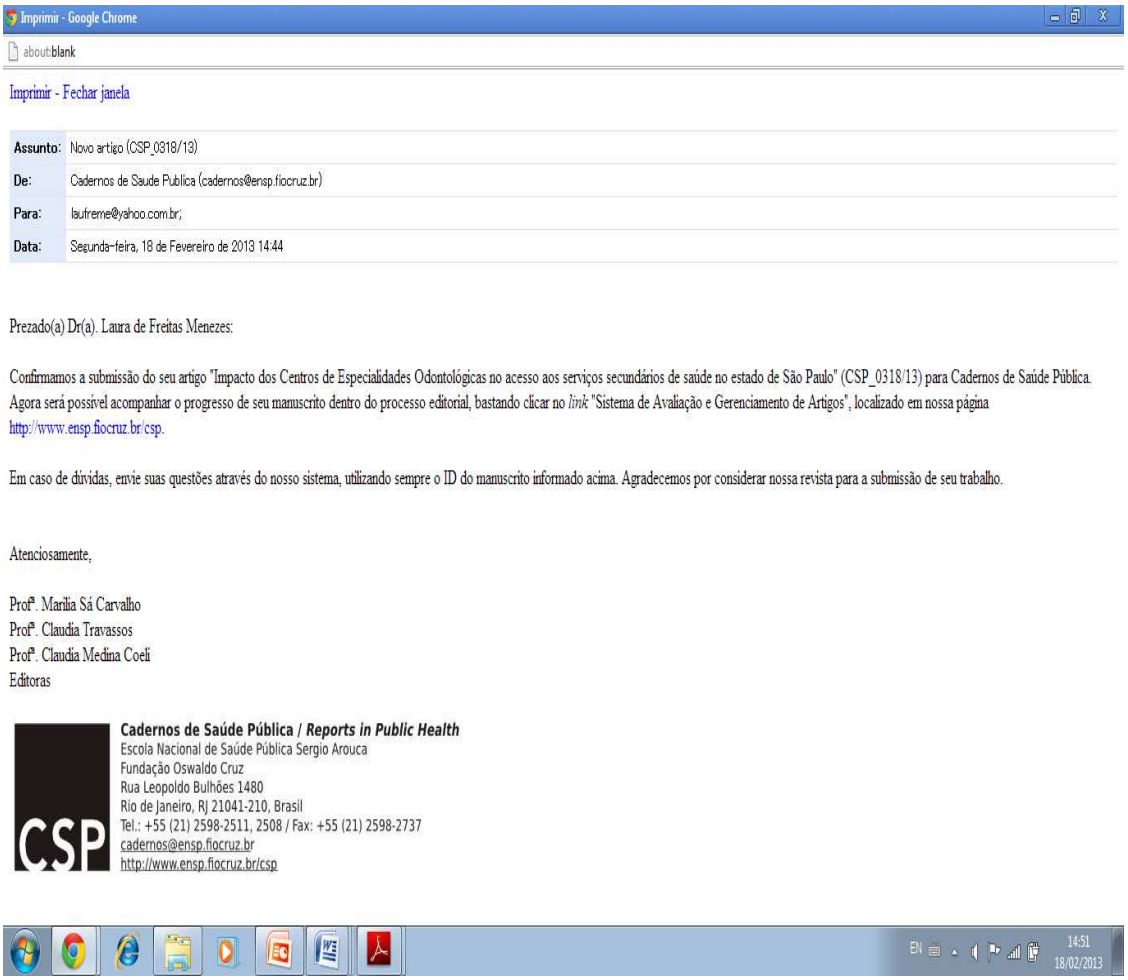
Menicucci, TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cad. Saúde Pública. 2009 Jul; 25(7): 1620-1625.

Roncalli, AG. Projeto SB Brasil 2010: elemento estratégico na construção de um modelo de vigilância em saúde bucal. Cad. Saúde Pública. 2010 Mar; 26(3): 428-429.

Roncalli, AG. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. Cad. Saúde Pública. 2011 Jan; 27(1): 4-5.

Soares CLM, Paim JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011 May; 27(5): 966-974.

ANEXO 1



Imprimir - Google Chrome

about:blank

Imprimir - Fechar janela

Assunto:	Novo artigo (CSP_0318/13)
De:	Cadernos de Saude Publica (cadernos@ensp.fiocruz.br)
Para:	laufreme@yahoo.com.br;
Data:	Segunda-feira, 18 de Fevereiro de 2013 14:44

Prezado(a) Dr(a). Laura de Freitas Menezes:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Impacto dos Centros de Especialidades Odontológicas no acesso aos serviços secundários de saúde no estado de São Paulo" (CSP_0318/13) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página http://www.ensp.fiocruz.br/csp.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marilia Sá Carvalho
Profª. Claudia Travassos
Profª. Claudia Medina Coeli
Editoras

CSP
Cadernos de Saúde Pública / *Reports in Public Health*
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
http://www.ensp.fiocruz.br/csp

EN 14:51 18/02/2013

ANEXO 2

Faculdade de Odontologia de Piracicaba
UNICAMP

OF. CEP/FOP N. º 007/2011
lcfpr/JJJ

Piracicaba, 06 de outubro de 2011.

ILMA. Sra.
Dra. Laura de Freitas Menezes
Odontologia Preventiva e Saúde Pública,
Departamento de Odontologia Social da
Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP

Prezada Doutora,

Após analisar a documentação apresentada por Vsa. com respeito ao projeto "**Acesso aos serviços odontológicos secundários no estado de São Paulo e sua relação com variáveis sociais e econômicas**", de sua autoria e sob orientação da **Profa. Dra. Stela Márcia Pereira**, informo que este projeto não necessita, em princípio, de análise por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, pois envolve essencialmente informações origem humana, mas de caráter público (acesso não restrito). A documentação enviada por Vsa é esclarecedora e, se correspondente ao projeto que será executado, não demanda apreciação por CEP, na forma descrita pela resolução CNS 196/96. Todo o material enviado será arquivado no CEP pelo período de cinco anos. Ainda assim, a pesquisa poderá, caso seja da vontade ou necessidade de Vsa., ser analisada adicionalmente pelo CEP-FOP. Colocamo-nos a disposição para qualquer informação adicional que julgar necessária.

Cordialmente,

Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior
Coordenador

Av. Limeira, 901 - Bairro Areão - PIRACICABA /SP - CEP 13.414.903 - Caixa Postal 52
Fone/Fax:: (19) 2106.5349 - E-Mail: cep@fop.unicamp.br
Home Page: http://www.fop.unicamp.br/cep