

Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde

Information from secondary care in dentistry for evaluation of models of health care

Jaqueline Vilela BULGARELI^a, Eduardo Tanajura de FARIA^b, Gláucia Maria Bovi AMBROSANO^a, Fabiana de Lima VAZQUEZ^a, Karine Laura CORTELLAZZI^a, Marcelo de Castro MENEGHIM^a, Fábio Luiz MIALHE^a, Antonio Carlos PEREIRA^a

^aFaculdade de Odontologia, UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil

^bSecretaria Municipal da Saúde, Marília, SP, Brasil

Resumo

Introdução: Considerando-se o princípio da integralidade e a construção das redes de atenção no Sistema Único de Saúde, a atenção secundária pode refletir a resolutividade da atenção básica, apoiando a organização das ações e dos serviços de saúde bucal no âmbito da média complexidade. **Objetivo:** Avaliar os modelos de atenção básica em saúde bucal existentes no município de Marília-SP por meio de informações referentes à atenção secundária em Odontologia, segundo o princípio da integralidade. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, com uma amostra composta por seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), caracterizadas pelo modelo tradicional de atenção, e 11 Unidades de Saúde da Família (USF), que trabalham na perspectiva do modelo Saúde da Família. Os dados secundários foram coletados no Departamento de Avaliação, Controle e Auditoria municipal, que informou a quantidade de encaminhamentos agendados para as especialidades, e no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que apontou o número de pacientes faltosos na consulta inicial e o número de pacientes que abandonaram o tratamento especializado. O Departamento da Coordenação de Saúde Bucal relatou a demanda reprimida da especialidade Endodontia. Considerou-se o período de funcionamento do CEO de 2007 a 2009. Realizou-se análise exploratória dos dados e, a seguir, foi aplicado o teste *t* de Student e o teste de Mann Whitney. **Resultado:** O maior número de encaminhamentos para Endodontia foi proveniente das USF. O percentual de faltas em consulta inicial, abandono de tratamento e resolutividade na especialidade não demonstrou diferença estatística em relação ao modelo organizacional da atenção primária. **Conclusão:** Concluiu-se que, independentemente do modelo organizacional (UBS-/-USF), os resultados referentes à atenção secundária em Odontologia, em Marília, são semelhantes, exceto para indicação de tratamento endodôntico, podendo sugerir, em estudos futuros, a análise de outras variáveis relacionadas, principalmente referentes ao usuário.

Descritores: Avaliação de serviços de saúde; saúde bucal; atenção secundária à saúde; atenção primária à saúde.

Abstract

Introduction: secondary care may reflect the care-solving capacity of primary care, considering the principle of integrality and the construction of health care networks in the Unique System of Health (USH), supporting the organization of activities and oral health services in the context of medium complexity. **Objective:** to evaluate models of primary care in oral health in the municipality of Marília / SP using information related to secondary care in dentistry, according to the principle of integrity. **Methodology:** This is a retrospective study with a randomly selected sample of 6 Basic Health Units (BHU), characterized by the traditional model of care, and 11 Family Health Units (FHU) working with the perspective of the Family Health Model. Secondary data were collected in two places: a) Department of Evaluation, Control and Auditing, which reported the number of referrals scheduled for specialties, and b) Center for Dental Specialties (CDS) that pointed out the number of missing patients in the initial consultation and the number of patients who abandoned specialized treatment. The Department of Oral Health Coordination reported unmet demand specialty endodontics. CDS operation from 2007 to 2009 was considered for collecting data. We conducted exploratory data analysis, and Student *t* and Mann-Whitney tests were performed. **Result:** The highest number of referrals for endodontics was coming from BHU. The percentage of absence in the initial consultation, treatment dropout and care-solving capacity in the specialty showed no statistical difference in relation to the organizational model of primary care. **Conclusion:** We conclude that results from both organizational models are similar, except for endodontic indication for endodontic treatment, suggesting future studies, analysis of other variables mainly related to the user.

Descriptors: Health services evaluation; oral health; secondary health care; primary health care.

INTRODUÇÃO

A sustentabilidade dos sistemas de saúde, baseada no modelo tradicional de atenção, apresentava evidente sinal de esgotamento, com questionamento sobre a cultura da busca pelo especialista e da oferta em regime de livre demanda¹.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se configurou como uma das tentativas de resposta do Ministério da Saúde à crise vivenciada pelo setor saúde nas duas últimas décadas².

Esta estratégia foi adotada como prioritária na reorganização e na expansão da Atenção Primária em Saúde no país³, sendo implantada em 1994 com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência (modelo médico hegemônico), orientado para a cura de doenças.

As necessidades de saúde individuais, das famílias e de um território bem definido seriam capazes de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde⁴, ou até 85% das necessidades de saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde⁵.

Antes da implantação da Saúde da Família, as unidades de saúde que desenvolviam assistência em saúde no nível primário de atenção atuavam com vistas à cura de doenças, em que a organização do processo de trabalho priorizava a demanda espontânea, ou seja, práticas tradicionais de atenção, as quais ainda permanecem instituídas na vasta rede de atenção básica onde não se encontra a Saúde da Família implantada⁶.

Quando da criação da Estratégia Saúde da Família, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) não foi incluída na composição da equipe; esta inclusão foi regulamentada apenas no ano de 2000, através da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28/12/2000, com alocação de incentivo financeiro, havendo a definição de uma ESB por equipe de Saúde da Família no ano de 2001, pela Portaria GM/MS nº 267 de 06/03/2001. O objetivo desta regulamentação foi o de alterar a prática odontológica existente na atenção básica até então e fazer com que o trabalho das ESB na Saúde da Família estivesse voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial⁷.

Com a visão integral do processo saúde-doença, a Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente propõe a reorientação do modelo de atenção apoiada numa adequação do sistema de trabalho das equipes de saúde bucal com a humanização do processo de trabalho, além de pressupostos que se caracterizam por qualificação da Atenção Básica (qualidade e resolutividade), integralidade das ações e utilização da epidemiologia e das informações sobre o território, subsidiando o planejamento e o acompanhamento do impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores⁸.

A equipe de saúde, em conjunto com os demais setores da sociedade, deve participar da construção da consciência sanitária, numa movimentação que transcende a dimensão técnica da Odontologia, para ampliar racionalmente o acesso a uma

assistência em saúde bucal integral, cujas “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto e do idoso) tenham fluxos de referência e contrarreferência definidos, enfatizando-se o acolhimento e o compartilhamento⁹.

No âmbito da assistência, esta política apresenta diretrizes que apontam, fundamentalmente, para a ampliação e a qualificação da atenção básica em saúde bucal, através da realização de atividades de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias, promovendo atendimento na atenção secundária, por meio da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)¹⁰, que desenvolvem o papel de assegurar a retaguarda da atenção básica, aumentando a resolutividade da mesma.

Integralidade é aqui entendida como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que, considerando as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender às demandas e necessidades no acesso à rede de serviços. Constrói-se na práxis das equipes de saúde, *com e nos* serviços de saúde¹¹.

Mesmo com o Ministério da Saúde (MS) afirmando que, com a inserção da saúde bucal, a ESF objetiva garantir a atenção integral aos indivíduos e às famílias, argumenta-se em sentido contrário: na prática, a ESF tem ficado restrita apenas à atenção básica, contrariando outro princípio do atendimento integral, que pressupõe acesso a todos os níveis de atenção, acesso este não assegurado em todos os lugares em que a ESF vem sendo implantada¹².

Entretanto, apesar da expansão do número de ESB e da implantação dos CEOs, questiona-se, atualmente, se houve aumento quantitativo ou mesmo alguma mudança nos tipos de procedimentos oferecidos à população, pois se observa que a atenção à saúde bucal no Brasil tem-se caracterizado pela insuficiência de procedimentos coletivos e preventivos individuais, pela baixa cobertura de procedimentos curativos e de urgência, e pelo acesso limitado aos serviços de referência especializada, a atenção secundária em Odontologia⁶.

Desta forma, faz-se necessária a realização de estudos que efetivamente demonstrem os resultados e o impacto das ações odontológicas realizadas pela ESB na ESF, no que diz respeito à resolutividade das ações desenvolvidas por outros arranjos organizacionais existentes nos serviços de atenção básica, a exemplo do modelo tradicional, ainda existente na maioria dos municípios paulistas, em relação à integralidade da atenção.

É de grande relevância avaliar as informações de acesso e demanda reprimida para especialidades, bem como o percentual de faltas, abandono de tratamento pelo paciente e resolutividade na especialidade, pois estes dados podem refletir a qualidade da atenção básica na efetivação da integralidade, além do seu papel de coordenação do cuidado e acompanhamento longitudinal através da rede de serviços.

O presente estudo teve como objetivo avaliar os modelos de atenção básica em saúde bucal existentes no município de Marília-SP através de informações referentes à atenção secundária

em Odontologia, assegurando a integralidade da atenção frente às necessidades em saúde bucal da população.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista de Marília e utilizou-se um critério único para a inclusão das unidades de saúde na amostra: ter equipe de saúde bucal funcionando há pelo menos dois anos, levando-se em consideração o ano de 2009.

Marília é uma cidade localizada no centro-oeste paulista, ocupa uma área de 1.170 Km² e conta com uma população de aproximadamente 218.228 mil habitantes¹³.

A rede de atenção básica à saúde bucal do município atualmente está distribuída em 12 Unidades Básicas de Saúde (cobertura de 53,9%), 33 Unidades de Saúde da Família (46,1%) e três Prontos Atendimentos Odontológicos (PA).

Em 2006, implantou-se no município de Marília o Centro de Especialidades Odontológicas como serviço de referência odontológica da atenção secundária. O município dispõe de quatro locais de atendimento em especialidades odontológicas. O CEO, localizado na zona sul, que contempla as especialidades de Endodontia (60 horas semanais), Cirurgia Oral Menor (40 horas semanais), Estomatologia (20 horas semanais), Periodontia (20 horas semanais), Pacientes Portadores de Necessidades Especiais (20 horas semanais) e Odontopediatria (28 horas semanais). A especialidade de Prótese Dentária iniciou o atendimento em novembro de 2008 e, de acordo com o critério de inclusão, não se enquadra na amostra.

Além do CEO, a especialidade de Endodontia conta com mais três pontos de atendimentos distribuídos de acordo com as regiões do município. Na região norte, existe a UBS Santa Antonieta, que possui dois Cirurgiões-Dentistas (CD) Endodontistas trabalhando no período noturno. Na Policlínica da região oeste, trabalham um CD no período matutino e outro CD no período vespertino. A UBS Cascata conta com uma profissional Endodontista que realiza atendimento no período vespertino.

Todos os profissionais que trabalham, tanto no CEO (exceto a especialidade de Odontopediatria) como nos outros locais de atendimento da especialidade de Endodontia, realizavam carga horária de 20 horas semanais até julho de 2010, sendo que, atualmente, cumprem 15 horas semanais.

A referência para o serviço de Endodontia ocorre através do preenchimento da ficha de encaminhamento pelo CD da unidade de saúde, que a envia para a Secretaria Municipal da Saúde aos cuidados da Coordenação de Saúde Bucal; esta, então, realiza a distribuição e o agendamento das vagas de maneira regionalizada, de acordo com a proximidade da unidade de referência. O tempo de espera para o agendamento desta especialidade varia de acordo com o grupo de dentes: um mês para os dentes anteriores e cinco a seis meses para pré-molares e molares. Tanto as gestantes como os pacientes menores de 14 anos são considerados prioritários, sendo o tempo de espera de um mês, independentemente do grupo de dentes encaminhados.

De acordo com o protocolo da especialidade de Cirurgia Bucomaxilofacial, as fichas de referências realizadas pelas unidades de saúde são enviadas, juntamente com a radiografia panorâmica, para a Secretaria Municipal da Saúde, aos cuidados da Coordenação de Saúde Bucal. Esta as envia para o CEO realizar a triagem e o agendamento dos casos que são considerados, pelo especialista, de média complexidade, com espera para atendimento de 1 a 2 meses. Os casos clínicos avaliados como de alta complexidade são devolvidos para a Secretaria, que agenda para o serviço terciário do Ambulatório de Cirurgia Bucomaxilofacial da Santa Casa de Marília.

As fichas de referência para as especialidades de Periodontia, Odontopediatria, Pacientes Especiais e Estomatologia são realizadas pela equipe de saúde bucal que, após o contato com o Departamento de Regulação da Secretaria da Saúde, promove a entrega da ficha ao paciente, contendo as informações de local, data e horário do agendamento. Nas duas primeiras especialidades citadas, há um tempo de espera de aproximadamente dois meses, enquanto que, nas demais, é de no máximo um mês.

As unidades de saúde, objeto deste estudo, estão organizadas em dois modelos diferentes de atenção à saúde bucal: o tradicional, na Unidade Básica de Saúde, e o de Vigilância em Saúde, na Unidade de Saúde da Família.

Na Unidade Básica de Saúde, todos os CD têm vínculo direto do tipo estatutário com a Prefeitura Municipal de Marília, cumprindo carga horária de 20 horas, até 2009. Atualmente, cumprem 15 horas semanais, sendo que, para cada unidade, existem dois profissionais, que atuam em períodos distintos (matutino e vespertino). Neste modelo, o profissional cirurgião-dentista trabalhou sem o profissional Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) até maio de 2010, quando foram contratadas as ASB para as UBS.

No município de Marília, a Saúde da Família foi implantada em 1998, com a Equipe de Saúde Bucal já incorporada ao quadro de profissionais da equipe mínima, em todas as unidades de saúde.

Na Unidade de Saúde da Família, todos os CD possuem vínculo pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT com entidade filantrópica do município (Associação Feminina de Marília Maternidade e Gota de Leite), que desenvolve parceria, por meio de convênio, com a Prefeitura Municipal de Marília, cumprindo 40 horas semanais e atuando nos períodos matutino e vespertino, em uma única unidade. Neste modelo, o profissional cirurgião-dentista trabalha com a ASB, compondo uma Equipe de Saúde Bucal.

A organização do processo de trabalho na UBS é estruturada na assistência individual, no atendimento de urgência, no tratamento curativo e preventivo, e na reunião de equipe mensal, da qual nem sempre o CD participa. O que difere na Saúde da Família é a assistência familiar, a visita domiciliar e a busca ativa dos pacientes faltosos tanto nas consultas programáticas da atenção básica como no atendimento especializado, além de a reunião de equipe e o atendimento noturno ocorrerem semanalmente.

Nos dois modelos de saúde existentes, o agendamento das consultas dos pacientes que necessitam de atendimento

odontológico é realizado através das linhas de cuidado, que consideram as condições sistêmicas dos pacientes (diabéticos - DIA, hipertensos - HAS, DIA e HAS, gestantes) e os ciclos de vida (do bebê até o idoso). A grande maioria dos pacientes é agendada por livre demanda durante o horário de acolhimento da unidade de saúde, no que se refere ao modelo tradicional. A triagem por risco familiar é utilizada por algumas equipes da ESF, que realizam o levantamento das necessidades odontológicas, além de considerar a vulnerabilidade da clientela do território adscrito.

O acesso dos usuários ao atendimento odontológico curativo nas unidades de saúde ocorre através de demanda espontânea e demanda organizada (atenção programada).

Os pacientes eletivos são atendidos com horário programado nas Unidades da Saúde da Família e por blocos de consulta (grupo de pacientes agendados no mesmo horário) nas unidades tradicionais. Já os pacientes que procuram o serviço com demanda espontânea recebem atendimento no início dos períodos de trabalho de acordo com a disponibilidade de vagas, exceto as consultas urgentiais que são atendidas no decorrer do dia.

A amostra para análise das informações de atenção secundária, a partir das Unidades de Atenção Básica, foi aleatória estratificada com 50% do universo da área de estudo para as 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 37% das 29 Unidades de Saúde da Família (USF) existentes no período de análise das informações para o estudo. A amostra foi proporcional ao número de habitantes de cada modelo de atenção, já que difere consideravelmente o número de usuários adscritos nas áreas de abrangência.

Os dados foram coletados através dos relatórios gerenciais de avaliação em saúde bucal do Departamento de Coordenação de Saúde Bucal da SMS e do CEO, segundo cada unidade de saúde selecionada na amostra.

O Departamento de Avaliação, Controle e Auditoria (DACA) da SMS informou a quantidade de encaminhamentos agendados para as especialidades e o CEO apontou o número de pacientes faltosos na consulta inicial e o número de pacientes que abandonaram o tratamento especializado. Todos esses dados coletados foram discriminados por unidade de saúde.

O Departamento da Coordenação de Saúde Bucal informou a demanda reprimida da especialidade de Endodontia dos locais de atendimento desta especialidade.

Foram elaborados instrumentos de coleta que possibilitaram o registro e a avaliação dos dados analisando-se as unidades selecionadas diferenciadas por modelo de atenção à saúde, apontando:

- Agendamento e demanda reprimida na especialidade de Endodontia em um coeficiente por cem habitantes;
- Número total de agendamentos, faltas em consulta inicial e abandono de pacientes ao tratamento, discriminados por especialidade e modelo de atenção.

Considerando-se o diferencial da especialidade de Endodontia, em relação à grande procura e à necessidade da população pelo tratamento endodôntico, optou-se por avaliar a demanda reprimida dos quatro locais de atendimento desta especialidade.

Para analisar a resolatividade dos diferentes modelos de atenção à saúde em relação à especialidade de Endodontia (agendamento e demanda reprimida), realizou-se análise exploratória dos dados e, a seguir, foi aplicado o teste *t* de Student para as variáveis que atendem as pressuposições de uma análise paramétrica.

Em relação aos dados das especialidades do CEO, aplicou-se o teste de Mann Whitney para estudar a falta em consulta inicial e o abandono do paciente ao tratamento.

Para a análise estatística destes dados, foi considerado o nível de significância de 5%. Estes dados foram apresentados em forma de tabelas, comparando-se os modelos de atenção da UBS e da USF.

Todos os dados foram analisados estatisticamente, utilizando-se o *software* Statistics, version 9.2. Cary [NY].

RESULTADO

Observa-se na Tabela 1 que o coeficiente do número de agendamentos na especialidade de Endodontia a cada cem habitantes foi maior na USF (7,45/100 hab.) frente à UBS (2,82/100 hab.), havendo uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,0096$).

Quanto à demanda reprimida para a especialidade de Endodontia, representada na Tabela 1, as estatísticas revelaram uma diferença significativa ($p=0,0114$) em relação aos modelos avaliados, demonstrando que, na USF (1,44/100 hab.), a demanda reprimida é superior à do modelo tradicional instituído na UBS (0,68/100 hab.).

Embora nas Tabelas 2, 3 e 4 não se apontem significâncias estatísticas entre os modelos estudados, ESF e UBS, é importante ressaltar que houve expressiva dispersão dos resultados (variabilidade), especialmente para as USF. Este fato desencadeou a indicação da mediana, enquanto medida de tendência central, para análise estatística dos dados.

DISCUSSÃO

Considerando-se a história da construção do modelo assistencial do SUS no país, em relação à APS (Atenção Primária à Saúde), de forma geral, pode-se dizer que atualmente existem duas propostas organizacionais de processo de trabalho que predominam no desenvolvimento da atenção básica: o modelo tradicional de atenção e o modelo de vigilância em saúde proposto pela Saúde da Família.

A atenção em saúde bucal sinaliza a necessidade de inovação quanto aos seguintes aspectos: acesso e cobertura; incorporação da assistência odontológica ao conjunto da população SUS; realização de diagnóstico individual de saúde bucal como rotina; estabelecimento de protocolos de referência e contrarreferência, e inovação à clínica odontológica¹⁴.

Foi realizada uma revisão de literatura sobre os modelos assistenciais existentes em saúde bucal, relatando falhas semelhantes no que se refere à universalidade e à integralidade da atenção. Direcionou-se o foco para atuação em clientelas

Tabela 1. Resultados da atenção básica, média (desvio padrão), em função do resultado do coeficiente por cem habitantes no agendamento e na demanda reprimida, na especialidade de Endodontia para UBS e USF, no período de 2007 a 2009, em Marília-SP

Variável	Grupos		p-valor
	UBS	USF	
Coeficiente por 100 hab (agendamento)	2,82 (1,34)	7,45 (3,62)	0,0096
Coeficiente por 100 hab (demanda reprimida)	0,68 (0,32)	1,44 (0,59)	0,0114

Teste t de Student, ($p \leq 0,05$).

Tabela 2. Mediana (valor máximo-valor mínimo) da porcentagem de faltas por especialidade odontológica, comparando os modelos UBS e USF no período de 2007 a 2009, em Marília-SP

Unidade	Grupos		p-valor
	UBS	USF	
Endodontia	32,05 (18,91-57,14)	22,45 (0,00-62,50)	0,1594
Periodontia	21,40 (12,50-33,33)	10,00 (0,00-50,00)	0,4214
Estomatologia	16,78 (9,47-31,58)	18,60 (0,00-50,00)	0,7630
Pacientes Especiais	13,57 (0,00-31,82)	10,00 (0,00-25,00)	0,3149
Bucomaxilo	10,03 (0,00-20,00)	14,70 (0,00-25,00)	0,5136
Pediatria	7,14 (0,00-23,81)	16,67 (0,00-50,00)	0,2478

Teste de Mann Whitney, ($p \leq 0,05$).

Tabela 3. Mediana (valor máximo-valor mínimo) da porcentagem de abandonos por especialidade odontológica, comparando os modelos UBS e USF no período de 2007 a 2009, em Marília-SP

Unidade	Grupos		p-valor
	UBS	USF	
Endodontia	6,21 (0,00-23,81)	1,92 (0,00-16,67)	0,2689
Periodontia	24,03 (12,50-33,33)	20,00 (12,50-45,45)	0,3149
Estomatologia	19,60 (14,28-34,57)	18,60 (0,00-31,82)	0,5465
Pacientes Especiais	11,44 (0,00-16,67)	7,69 (0,00-100,00)	0,5804
Bucomaxilo	22,5 (14,20-29,50)	23,3 (12,50-46,00)	0,4203
Pediatria	47,24 (0,00-82,14)	33,33 (0,00-71,19)	0,6153

Teste de Mann Whitney, ($p \leq 0,05$).

Tabela 4. Mediana (valor máximo-valor mínimo) da resolutividade das especialidades odontológicas por modelo de atenção básica no período de 2007 a 2009, em Marília-SP

Unidade	Grupos		p-valor
	UBS	USF	
Endodontia	50,0 (42,8-76,8)	71,4 (37,5-100,0)	0,1219
Periodontia	57,1 (33,3-75,0)	66,6 (33,3-100,0)	0,3888
Estomatologia	58,7 (48,2-70,5)	62,5 (33,3-100,0)	0,9266
Pacientes Especiais	75,0 (54,5-84,6)	80,0 (0,0-100,0)	0,9749
Bucomaxilo	66,95 (52,8-77,1)	62,9 (40,0-83,3)	0,2107
Pediatria	28,5 (10,7-57,1)	40,0 (0,0-100,0)	0,7823

Teste de Mann Whitney, ($p \leq 0,05$).

específicas, sendo esses modelos a principal ou única forma de acesso aos serviços. Conclui-se, portanto, que os modelos assistenciais são indispensáveis para a construção de uma odontologia pública de maior eficácia e qualidade, a fim de finalmente fazer valer para a população os princípios do SUS¹⁵.

Percebe-se que alguns trabalhos encontrados na literatura em relação à avaliação de modelos de atenção fazem uma dicotomia entre a organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal e a organização do modelo de saúde geral existente no *locus* de desenvolvimento da ação, a unidade de saúde. Fica, dessa forma, evidente o entendimento de que o modelo geral é o que prevalece, sendo indutor da organização das ações de saúde bucal conforme o macromodelo organizacional existente na unidade de saúde. Todavia, há inexistência de trabalhos voltados à avaliação das ações de saúde bucal, em relação ao modelo organizativo do processo de trabalho.

É importante destacar que são escassos, na literatura, trabalhos que analisam a diferença das ações de saúde bucal em atenção básica e a sua inter-relação com a atenção secundária, não havendo, desta forma, resultados expressos para comparação aos obtidos neste estudo. Os trabalhos que analisam modelos em saúde bucal se restringem à avaliação de um serviço ou programa específico, de diagnóstico da situação de serviços de saúde, de estudos de caso sobre a implementação de um programa ou política pública^{15,16}.

Os resultados descritos nas Tabelas 1 e 2 demonstraram que a USF apresentou os coeficientes do número de agendamentos (7,45/100 hab.) e da demanda reprimida (1,44/100 hab.) superiores à UBS, que obteve os valores de 2,82/100 hab. e 0,68/100 hab. nas variáveis estudadas, respectivamente. Esses resultados podem refletir os critérios adotados para a implantação da Saúde da Família, especificamente no município de Marília, onde se priorizam as regiões periféricas, formando um cinturão ao redor da cidade. A Saúde da Família, dessa forma, está implantada, em sua grande maioria, em áreas de maior vulnerabilidade social, apresentando famílias de risco, com necessidades de saúde acumuladas; dentre estas, figuram as demandas odontológicas, principalmente em relação à doença cárie, cujas consequências podem resultar no tratamento endodôntico. Soma-se também o fato de que a ESF, efetivamente, trabalha sob a ótica de uma visão ampliada de saúde, buscando fazer valer o princípio da integralidade da atenção¹¹.

Desta forma, este estudo está de acordo com a literatura, que ressalta que o impacto das ações de saúde bucal na ESF tem evidente progresso do ponto de vista dos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Esta análise é importante na avaliação da resolutividade da atenção básica, considerando-se que a integralidade da atenção se efetiva na coordenação do cuidado pela APS integrada à rede nos demais níveis de atenção – neste estudo, atenção secundária –, que vai desde o acesso ao acompanhamento e à resolução da necessidade de saúde existente^{17,18}.

Outra linha aponta que o modelo baseado na ESF ainda possui dificuldade em prover atendimento integral, que pressupõe acesso a todos os níveis de atenção, acesso este não assegurado em todos os lugares em que a ESF vem sendo implantada¹². Essa dificuldade parece estar sendo transposta no município de Marília, pois fica

evidente que, com os resultados obtidos em relação ao acesso à Endodontia (uma das maiores necessidades odontológicas em especialidade de forma geral), a Saúde da Família efetivamente apresentou melhores resultados, em relação à integralidade da atenção nas redes de serviço em seu componente de acesso ao nível secundário de atenção em saúde bucal, que a UBS.

Dessa forma, esta significativa diferença pode estar associada ao modo singular de implantação e ao propósito da Saúde da Família, cuja equipe de saúde bucal deve ter a responsabilidade de criar e manter vínculo entre a comunidade e os profissionais de saúde, garantindo, assim, a longitudinalidade do cuidado. Os autores deste estudo concordam com Mendes¹⁸ (1999), que considera o cuidar como mais que o vigiar; portanto, é também ampliar o conceito de vigilância à saúde bucal, sendo que a Saúde da Família propicia esta aplicação por intervir com a família num relacionamento cooperativo, em que a equipe de saúde procura aliar os conhecimentos científicos às habilidades de observação, comunicação e intuição. A atuação não fica restrita à espera dos sinais de alarme ou da ocorrência de eventos sentinela, mas antes atenta à detecção precoce de estrangulamentos ou de nós críticos, que evidenciam os problemas e as necessidades de saúde.

Diversamente, em relação ao modelo instituído na UBS, as ações em saúde bucal estão focadas sobremaneira na atenção à demanda espontânea, sendo que os tratamentos odontológicos iniciados, geralmente, são em usuários que demandam o serviço com alguma queixa odontológica. A partir desta, são identificadas tanto a necessidade de tratamento como a proposição de continuidade para conclusão das necessidades individuais em saúde bucal, reforçada pela lógica instituída no processo histórico de construção da assistência em saúde no país. Ou seja: essa assistência refere-se à atenção produzida pelo modelo biomédico, atuando com foco na cura de doenças, que ainda é hegemônica nas práticas dos serviços de saúde¹⁹.

Outro ponto importante a ser discutido que pode contribuir para o entendimento deste resultado, é a organização do processo de trabalho, sendo que a afirmação de Franco, Merhy²⁰ (1999) sobre o modo de assistir as pessoas – a produção do cuidado, que requer vínculo, a divisão de responsabilidades e a resolutividade – está diretamente ligada à concepção de trabalho e à subjetividade da cada profissional e usuário, e pode impactar diretamente no processo de produção em saúde e cuidado das pessoas.

No presente estudo, pode-se dizer que há uma diferença considerável em relação à organização do processo de trabalho entre os dois modelos, de acordo com as características peculiares que descrevem cada um. Na UBS, a população adscrita na área de abrangência é bem superior à da USF, dificultando, assim, desde o acesso territorial geográfico dos pacientes para a unidade de saúde até o reconhecimento de toda a clientela do território. Consequentemente, é dificultada a formação de vínculo e há pouca adesão ao tratamento, o que pode comprometer o pressuposto do acompanhamento longitudinal almejado para a APS, com impacto direto sobre a efetivação da integralidade da atenção em saúde bucal neste modelo de atenção.

Desta forma, é importante reforçar a afirmação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS)²¹ (2008) de que

o conceito de oferta de serviços, implícito na definição de cobertura, significa que tais serviços sejam acessíveis aos membros da comunidade e, desse modo, satisfaçam as suas necessidades no tocante à saúde.

Assim, a mera existência ou disponibilidade de um serviço não garante a acessibilidade. É necessário subdividir este conceito em acessibilidade geográfica (a distância, o tempo de locomoção e os meios de transporte devem determinar a localização dos estabelecimentos e não áreas teóricas de jurisdição), acessibilidade financeira (os pagamentos ou contribuição para utilização dos serviços não devem constituir obstáculos), acessibilidade cultural (não deve haver conflito entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços e os hábitos, padrões culturais e costumes das comunidades em que sejam prestados) e acessibilidade funcional (os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis a qualquer momento, atender à demanda real e incluir um sistema de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência que se requer)²¹.

Verifica-se que não houve diferenças estatisticamente significantes para os modelos avaliados, embora haja indícios de a USF ser mais resolutiva (Tabela 4). Essa característica é explicada pelo processo de trabalho diferenciado nos dois modelos de gestão, como, por exemplo, a prática da equipe da USF na busca ativa de pacientes faltosos, em visita domiciliar.

No que se refere às faltas e aos abandonos do tratamento odontológico em especialidades, mesmo não tendo sido encontrada significância estatística na comparação entre os modelos estudados, destaca-se que foi identificado importante percentual de faltas e abandonos em todas as especialidades.

Diante disso, Rocha, Bercht²² (2000) analisaram o abandono do tratamento no Centro de Saúde Murialdo em Porto Alegre-RS, onde os resultados revelaram, como principais causas do abandono: a impossibilidade de faltar ao trabalho, o tempo de duração do tratamento demasiado longo e as causas externas ao serviço, como doenças, gravidez e mudança de domicílio, o que provavelmente também explica o percentual de abandono encontrado no presente estudo.

Em pesquisa desenvolvida que visou a avaliar a taxa de utilização dos serviços odontológicos especializados de quatro CEOs na Bahia, apresentam-se estudos que analisam diferentes formas de organização do serviço que tenham possibilitado maior utilização da oferta disponível, como diferenças de

remuneração, articulação com APS e adequação da oferta às necessidades de saúde da população²³. Além disso, Vazquez²⁴ (2011) avaliou o sistema de referência e contrarreferência dos procedimentos de atenção secundária na cidade de Campinas-SP, avaliando a distribuição das referências em saúde bucal e da demanda reprimida. O autor concluiu que o modelo de gestão, com ou sem a instalação do CEO, não influenciou estatisticamente no acesso à atenção secundária em saúde bucal, quando se compararam as duas RAS (Região Administrativa de Saúde) da cidade de Campinas. Foram observadas, ainda, claras inconsistências nas distribuições dos atendimentos de referência, bem como da demanda reprimida por CS (Centro Saúde), sendo o processo de trabalho o fator preponderante para a explicação da resolutividade.

Frente aos escassos estudos existentes na literatura sobre a comparação entre os modelos de atenção na inter-relação com as especialidades odontológicas, fica evidente que existe a necessidade de se identificarem variáveis a serem consideradas na efetiva verificação de qual modelo de atenção em saúde bucal no desenvolvimento da atenção básica é melhor para a efetivação da integralidade da atenção em articulação com os serviços de referência (atenção secundária em Odontologia). Outra possível limitação deste estudo, além de utilizar os dados secundários disponíveis nos sistemas de informação e relatórios gerenciais, seria o caráter local; contudo, é importante ressaltar a questão do processo de trabalho envolvido na discussão dos modelos, o que pode ser inferida para outras localidades no país.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que, independentemente do modelo organizacional dos serviços de atenção básica no local estudado (tradicional ou ESF), os resultados referentes à atenção secundária em Odontologia são, de forma generalizada, semelhantes, no que tange a acesso, faltas, abandono e resolutividade. Sugere-se, em estudos futuros, a análise de outras variáveis relacionadas, principalmente ao usuário.

É importante avaliar os modelos assistenciais de saúde bucal estruturados atualmente com a finalidade de orientar o planejamento e a execução de ações na esfera municipal, o que é indispensável para a construção de uma Odontologia pública mais resolutiva, de maior eficácia e qualidade, fazendo concretizar os princípios do SUS, principalmente em relação à integralidade nas redes de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Calado GS. A inserção de equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
2. Brasil. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2007.
3. Leyvia-Flores R, Ervit-Erice J, Kageyama-Escobar ML, Arredondo A. Prescripción, acceso y gasto em medicamentos entre usuarios de servicios de salud en Mexico. *Salud Pública Méx.* 1998; 40(1):24-31.
4. Starfield B. IS US health really the Best in the world. *J Am Med Assoc.* 2000; 284(4):483-5. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.4.483>
5. Cardoso ACC, Santos Júnior RQ, Souza LEP, Barbosa MBCB. Inserção de equipe de saúde bucal no PSF, um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. *Rev Baiana de Saúde Pública.* 2002 dez/jan; 26 (1/2): 94-8.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção básica à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. *Diário Oficial da União* 2000; 2000 dez 29. Seção 1, p. 85.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
8. Junqueira SR, Frias AC, Zilbovicius C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: Rode SM, Nunes SG. Atualização clínica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 591-604.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Diário Oficial da União 2006; 2006 mar 29. Seção 1, p.71.
10. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):48-56. PMID:18450147. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100007>
11. Narvai PC. Jornal do Site Odonto. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF? [citado em 2009 Maio 27]. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8.htm>
12. Botazzo C, Oliveira MA. Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica; 2008 [citado em 2009 Maio 28]. Disponível em <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/meida/saude/file/IS-abre.pdf>
13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [citado em 2013 julho]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=353870&search=sao-paulo|piracicaba>
14. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008 Fev; 24(2):241-6. PMID:18278270. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200002>
15. Almeida NS, Araújo MVA, Araújo IC. Atendimento odontológico no SUS: manual para o cirurgião-dentista. Medcenter.com Odontologia [citado em 2009 Maio 28]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documento/informmes/psfinfo9.pdf>
16. Souza MC, Araújo TM, Reis Júnior WM, Souza JN, Vilela B, Franc TB. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. O Mundo da Saúde. 2012; 36(3):452-60.
17. Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PEB. A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Boletim da Saúde. 2004; 18(1): 175-84.
18. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hunttec; 1999.
19. Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27-41 [citado em 2011 Jan 20]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>.
20. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. Conferencia Nacional de Saúde On-line; 1999 [citado em 2010 Fev 3]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do SUS 4. Temático Saúde da Família. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
22. Rocha CR, Bercht, SB. Estudo do abandono do tratamento odontológico de um serviço público de Porto Alegre: o Centro de Saúde Murialdo. Rev Fac Odontol Porto Alegre. 2000; 42 (2): 25-31.
23. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidade odontológica em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011; 27(1): 143-54. PMID:21340113. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100015>
24. Vazquez FL. Referência e contra-referência na atenção secundária em odontologia na cidade de Campinas, SP, Brasil [dissertação]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da UNICAMP; 2011.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Antonio Carlos Pereira

Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, 13414-903 Piracicaba - SP, Brasil

e-mail: apereira@fop.unicamp.br

Recebido: 06/02/2013

Aprovado: 23/05/2013