



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CAMPUS DE SOBRAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SÉRGIO RICARDO MOURA SARAIVA

AVALIAÇÃO DA OFERTA, ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE  
ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL ESTRUTURADO PELO  
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE SOBRAL – CEARÁ

SOBRAL – CE  
2013

SÉRGIO RICARDO MOURA SARAIVA

AVALIAÇÃO DA OFERTA, ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE  
ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL ESTRUTURADO PELO  
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE SOBRAL – CEARÁ

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde/Saúde Bucal

Orientador: Prof. Dr. Vicente de Paulo Teixeira Pinto

SOBRAL – CE  
2013

SÉRGIO RICARDO MOURA SARAIVA

AVALIAÇÃO DA OFERTA, ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL ESTRUTURADO PELO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE SOBRAL – CEARÁ

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde/Saúde Bucal

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Vicente de Paulo Teixeira Pinto (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

Prof. Dr. Paulo Roberto Santos  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

Prof. Dr. Mário Áureo Gomes Moreira  
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

- 
- S246a Saraiva, Sérgio Ricardo Moura.  
Avaliação da oferta, acessibilidade e utilização do serviço de atenção em saúde bucal estruturado pelo consórcio público de saúde da microrregião de Sobral - Ceará. / Sérgio Ricardo Moura Saraiva. – 2013.  
92 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2015.  
Área de Concentração: Gestão de sistemas e serviços de saúde bucal.
- Orientação: Prof. Dr. Vicente Paulo Teixeira Pinto.
1. Serviços de saúde bucal. 2. Especialidades odontológicas. 3. Consórcios de saúde. I. Título.

À Deus,  
À minha amada esposa e nosso bebê que  
está a caminho, mas já é muito amado,  
Aos meus amados pais e irmãos.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos professores e colegas da 2<sup>a</sup> Turma do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – *Campus* de Sobral.

Ao Prof. Dr. Vicente de Paulo Teixeira Pinto pela amizade, pelos ensinamentos e por sua dedicação em tornar esse trabalho mais relevante.

Ao Prof. Dr. Paulo Roberto Santos e ao Prof. Dr. Mário Áureo Gomes Moreira pelas relevantes contribuições durante o processo de qualificação.

À Dra. Maria Lucila Magalhães Rodrigues, Coordenadora da 11<sup>a</sup> CRES, pelo apoio e por entender a importância desse trabalho para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos colegas Cirurgiões-Dentistas que se colocaram prontamente dispostos a colaborar com esse estudo enquanto Coordenadores de Saúde Bucal de seus municípios.

À Secretaria Executiva do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral e à Direção do Centro de Especialidades Odontológicas Reitor Ícaro de Sousa Moreira, por nos permitir livre acesso aos dados dessa unidade para a efetivação desse estudo.

## RESUMO

A implantação do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral – Ceará trouxe um grande incremento na oferta de procedimentos especializados em Saúde Bucal à 11ª Região de Saúde do Estado do Ceará. O objetivo geral deste trabalho foi avaliar o serviço de atenção especializada nesta Região de Saúde, após implantação deste Consórcio. Para tanto, realizou-se um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa por meio da coleta e análise de dados secundários de oferta, utilização e financiamento desse serviço especializado e da aplicação de entrevista semiestruturada aos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios consorciados. Os resultados evidenciaram que a unidade de saúde parece estar adequadamente preparada para atender à demanda pactuada. Contudo, foram encontradas algumas barreiras geográficas (distância de alguns municípios à sede do serviço, carência de meios de transporte para o deslocamento dos pacientes), financeiras (custos desse transporte) e organizacionais (oferta de vagas no turno da noite e a falta de uma oferta adequada de procedimentos, baseada em dados epidemiológicos). Essas barreiras parecem explicar bem a baixa taxa média de aproveitamento de marcação de consultas (58,6%), a alta taxa média de pacientes faltosos (20%) e a baixa taxa média de utilização do serviço (46,2%), que trazem consigo um importante impacto financeiro para os municípios consorciados e uma clara incapacidade no cumprimento dos princípios do SUS. A ampla discussão a respeito dessas dificuldades é necessária para que se consiga melhores taxas de utilização do serviço ofertado, justificando assim o alto investimento na construção de uma rede assistencial em saúde bucal nesta região.

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde Bucal. Acesso aos Serviços de Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Consórcio de Saúde. Especialidades Odontológicas.

## ABSTRACT

The implantation of the Consortium of Public Health in Microregion Sobral - Ceará brought a large increase in the supply of specialized procedures in oral health in the 11th Region Health of the State of Ceará. The aim of this study was to evaluate the specialized service in this care Health Region after implantation of this Consortium. To this end, we carried out a descriptive exploratory study with a quantitative approach by collecting and analyzing secondary data supply, utilization and financing of specialized service and application of semi-structured interview to Oral Health Coordinators municipalities consortium. The results showed that the health unit appears to be adequately prepared to meet the demands agreed. However, we found some geographical barriers (distance of some municipalities to host the service, lack of means of transport for the movement of patients), financial (cost of transport) and organizational (offer procedures at night and the lack of an offer proper procedures, based on epidemiological data). These barriers seem well explain the low average utilization of appointments (58.6%), high average rate of missing patients (20%) and low average utilization rate of service (46.2%), which bring with a significant financial impact on municipalities consortium and a clear inability on the fulfillment of the principles of the SUS. A broad discussion of these difficulties is necessary so that we can better utilization rates of the service offered, thus justifying the high investment in building a network of oral health care in this region.

**Keywords:** Dental Health Services. Health Services Accessibility. Health Services Evaluation. Health Consortia. Specialties, Dental.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único De Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ESF	Estratégia Saúde da Família
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
ESB	Equipe de Saúde Bucal
LRPD	Laboratório regional de Prótese Dentária
CEO-R	Centro de Especialidades Odontológicas Regional
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
CTO	Centro de Treinamento Odontológico
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
PPI	Pactuação Programada Integrada
UFC	Universidade Federal do Ceará
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPSMSobral	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral
ICMS	Imposto Sobre a Circulação de Mercadorias
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais
PDR	Plano Diretor de Regionalização
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CMC	Central de Marcação de Consultas
CIH	Central de Internação Hospitalar
TAMC	Taxa de Aproveitamento de Marcação de Consultas
TF	Taxa de Faltosos
TUS	Taxa de Utilização do Serviço
DAB	Departamento de Atenção Básica
DER	Departamento Estadual de Rodovias

CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBASF	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
PPC	Programação Pactuação Consorciada
RS	Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA .....	15
2.1	A saúde bucal no Brasil .....	15
2.2	Níveis de atenção à saúde .....	16
2.3	Centros de Especialidades Odontológicas .....	19
2.4	Integralidade da Atenção em Saúde Bucal e a interface entre os níveis de Atenção à Saúde .....	21
2.5	Oferta, Acessibilidade e Utilização dos serviços de saúde .....	24
2.6	A Atenção Especializada em Saúde Bucal no estado do Ceará ...	27
2.6.1	<i>Consórcio Público de Saúde</i> .....	27
2.6.2	<i>CEO Reitor Ícaro de Sousa Moreira (CEO-R de Sobral)</i> .....	29
2.7	Justificativa .....	33
3	OBJETIVOS DE PESQUISA .....	34
4	METODOLOGIA .....	35
4.1.	Tipo de Estudo .....	35
4.2	Localização do Estudo .....	35
4.3	Percurso Metodológico .....	38
4.4	Considerações éticas .....	44
4.5	Estudo piloto .....	45
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	46
5.1.	Fluxo de referência e contrarreferência .....	46
5.1.1	<i>Referência</i> .....	46
5.1.2	<i>Contrarreferência</i> .....	49
5.2	Oferta de vagas para os municípios (Pactuação) .....	51
5.3	Custeio da unidade .....	55
5.4	Custo dos procedimentos .....	57
5.5	A distribuição das vagas nos municípios .....	58
5.6	Taxa de aproveitamento de marcação de consulta (TAMC) .....	59
5.7	Taxa de pacientes faltosos (TF) .....	61
5.8	Taxa de utilização do serviço (TUS) .....	65
5.9	Impacto financeiro .....	66
5.10	Taxa de cobertura de ESB X Taxa de aproveitamento de	

	marcação de consulta (TAMC) .....	70
5.11	Presença de CEO municipal X Taxa aproveitamento de marcação de consultas (TAMC) .....	73
5.12	Distância ao município sede X Taxa de marcação, Taxa de faltosos e Taxa de utilização do serviço .....	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	78
	BIBLIOGRAFIA .....	80
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA .....	86
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	90

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e é um direito de cidadania, devendo ser garantido e preservado pelo Estado.

Universalidade, integralidade, descentralização, regionalização e hierarquização são alguns dos princípios e diretrizes que norteiam as ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

De acordo com o relatório final da 13<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (2007), o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde devem desenvolver estratégias para garantir o acesso da população aos serviços de Atenção Integral à Saúde Bucal, implementando ações de promoção e garantindo a integralidade das ações. Para isso, devem implantar e implementar os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), incluindo serviços especializados para atender as pessoas com necessidades especiais e assegurar os recursos para a instalação de aparelho de raio-x, além de viabilizar o diagnóstico, a prevenção e o tratamento da dor orofacial. Devem ainda garantir recursos financeiros para investimento em material educativo na área odontológica. Ainda segundo o relatório, deve-se reorganizar a atenção básica em saúde bucal, de acordo com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuidando para que a expansão da saúde bucal escolar e a assistência especializada por meio dos CEO não sejam predatórias, substitutivas e desestruturantes da atenção em saúde bucal, mas sim complementares (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – conhecida por Brasil Sorridente, tem promovido a reorganização das práticas e da rede de Atenção à Saúde, ampliando e qualificando o acesso aos serviços de Atenção Básica em Saúde Bucal, principalmente por meio das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família, e da Atenção Especializada em Saúde Bucal, por meio da implantação dos CEO e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), pautando-se nesses princípios e diretrizes.

No Estado do Ceará, essa é uma realidade bem presente. Obedecendo a diretriz de “...aperfeiçoar a gestão descentralizada e a regionalização do SUS, observando o princípio federativo...”, o Estado do Ceará vem adotando um modelo fundamentado nos Consórcios de Saúde, dentro da sua política de regionalização. A formação de consórcios é uma das alternativas de cooperação federativa de apoio e de fortalecimento da gestão, para o desenvolvimento de ações conjuntas e de

objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos e é uma prática que está inserida dentro da política de saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Como objetivos desta regionalização, estão a garantia de acesso, da resolutividade e da qualidade das ações e serviços de saúde; integralidade na atenção à saúde; redução das desigualdades sociais; fortalecimento das esferas estadual e municipal, tendo como elemento norteador racionalizar gastos e otimizar recursos. No estado do Ceará, a regionalização está caracterizada pela presença de 3 Macrorregiões (Fortaleza, Sobral e Cariri) e 22 Regiões\* de Saúde (RS), onde se estrutura o Sistema Estadual de Saúde (CEARÁ, 2010). Compondo a estrutura dos consórcios implantados no Estado, estão os Centros de Especialidades Odontológicas Regionais (CEO-R) e as Policlínicas. Ao final de 2011, já estavam em funcionamento no estado do Ceará nove CEO-R (Sobral, Ubajara, Juazeiro do Norte, Crato, Acaraú, Crateús, Baturité, Brejo Santo e Russas) e três Policlínicas (Tauá, Camocim e Baturité).

A partir dessa nova rede assistencial que vem se formando, a prestação pública de serviços em saúde bucal no Ceará tem avançado de um panorama de oferta limitada de procedimentos de baixa complexidade, com reduzida realização de procedimentos especializados, em direção à ampliação do acesso na atenção básica e na média complexidade, tanto no sentido da universalização do acesso quanto da integralidade das ações. Após implantação do CEO-R de Sobral-Ce, houve um grande incremento na oferta de atenção especializada em Saúde Bucal na 11<sup>a</sup> Região de Saúde do Estado do Ceará - a segunda Região mais populosa do estado - uma vez que esta unidade de saúde apresenta-se com a maior entre todas as estruturas entre os CEO do estado.

O objetivo geral deste trabalho foi o de avaliar o serviço de atenção especializada em Saúde Bucal na Região de Saúde de Sobral, no Ceará, após implantação do Centro de Especialidades Odontológicas Reitor Ícaro de Sousa Moreira (CEO-R de Sobral).

A partir daí, os objetivos específicos visaram: descrever a organização do fluxo de referência e contra-referência; identificar os fatores relacionados à oferta das vagas para as diversas especialidades para os municípios consorciados, considerando os aspectos da população, dos procedimentos e do financiamento e a sua distribuição internamente nos municípios; conhecer a opinião dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios consorciados a respeito das

dificuldades e limitações no encaminhamento de pacientes da Atenção Primária ao Serviço de Atenção Especializada em Saúde Bucal, na marcação da primeira consulta para as diversas especialidades, na utilização das vagas ofertadas em primeira consulta para as diversas especialidades; comparar as taxa de utilização dos serviços entre os municípios, considerando aspectos como possuir ou não CEO com gestão municipal, a sua distância em relação ao município sede do CEO-R (Sobral) e a cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família; investigar o conhecimento dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios consorciados a respeito acessibilidade e falta às consultas dos usuários do serviço e sua opinião sobre as causas deste fenômeno, e finalmente, estimar o impacto financeiro da Atenção à Saúde Bucal Especializada, considerando a oferta e a efetiva realização de atendimentos e o custo médio por procedimento para cada município nessa unidade de saúde.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 A Saúde Bucal no Brasil**

O conceito de saúde bucal é amplo no âmbito da qualidade de vida, que leva em consideração o seu processo de forma intersetorial como política de governo. Nesse sentido, para a inclusão social e a construção da cidadania, seja no plano individual ou no plano coletivo, são necessárias ações convergentes de diversos setores, implementadas de forma integrada pelos governos dos municípios, dos estados e da União, pelas instâncias representativas do Controle Social e pelas entidades da sociedade civil organizada, mostrando a participação ativa dos atores sociais envolvidos nesse processo (BRASIL, 2005).

Nas esferas individual e coletiva, o cuidado à saúde bucal dá-se por um processo dinâmico e contínuo de reconhecimento da influência das condições bucais em vários aspectos da vida, como, por exemplo, o meio social, econômico e o psicológico (MELLO; MOYSES, 2010).

Historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil caracterizou-se por ações de baixa complexidade, na sua maior parte curativas e mutiladoras e com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a Odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Apenas algumas experiências isoladas ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas de maior complexidade. Não havia uma política no país para o setor. Nesse contexto, a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004, intitulada Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que fosse centrado nas efetivas necessidades de saúde da população. Segundo seus postulados de ação, a política propunha superar a desigualdade em saúde, por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos. Essa política compreendeu um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrangia a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação e seria



desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assumia a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) de 2002 indicavam que os serviços especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Era evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de Atenção Secundária e Terciária, comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de Atenção Secundária e Terciária não acompanhavam, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2004).

Para Vasques (2011), a atual situação epidemiológica de saúde bucal dos brasileiros demonstra melhora nos indicadores de problemas, especialmente no de cárie dentária, cuja ação principal de enfrentamento se situa no nível básico do sistema. Há indícios de melhoria nos indicadores de processo no que se refere à cobertura e à utilização dos serviços secundários (BRASIL, 2010); todavia não se sabe ao certo, e em que proporção, as ações e intervenções têm produzido impacto (efetividade) nas morbidades bucais, na proporção de usuários que necessitam e utilizam os serviços de atenção secundária, e qual é a demanda para esse serviço.

## **2.2. Níveis de Atenção à Saúde**

O SUS é uma nova formulação política e organizacional para a reorientação e reorganização dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição de 1988. Um dos princípios organizacionais/operacionais que o rege é conhecido como regionalização e hierarquização das ações de saúde, que organiza a atenção à saúde em: atenção primária, secundária e terciária (BRASIL, 1990).

Para representar o modelo de níveis de atenção dentro da hierarquização, Cecilio (1997) utiliza a figura clássica de uma pirâmide. Na sua ampla base, está localizado o conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura, servindo como porta de entrada para os usuários para os níveis de maior complexidade do SUS. Na parte

intermediária da pirâmide, encontra-se a atenção secundária, e no topo da pirâmide, a atenção terciária. Este modelo mostra a possibilidade de uma racionalização do atendimento, com o objetivo de haver um fluxo ordenado de pacientes, tanto crescente como decrescente, realizado através dos mecanismos de referenciamento (referência e contrarreferência), de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados.

Para Starfield (2004), a Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção que oferece aos indivíduos o acesso ao sistema de saúde e tem por objetivo buscar a resolutividade de todas as suas necessidades e problemas. Desta forma, a atenção primária estabelece a base do sistema de saúde, oferecendo e determinando o processo de trabalho dos demais níveis de atenção de forma a organizar e racionalizar o uso dos recursos, direcionando-os para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. Entretanto, afirma Starfield, estas responsabilidades atribuídas à atenção primária devem ser compartilhadas com os outros níveis de atenção.

Gil (2006), investigou as diferentes concepções acerca dos termos Atenção Primária e Atenção Básica na literatura brasileira e nos esclarece que alguns autores se referem aos dois termos como sinônimos e numa perspectiva de unidades locais ou níveis de assistência. Já outros se referem ao termo Atenção Primária, como o primeiro nível de atenção considerando-o a “porta de entrada do sistema” e as unidades básicas como suas instâncias operacionais. Ainda segundo a autora, na experiência brasileira, o referencial da Atenção Primária, como proposto em Alma Ata, serviu de base conceitual e prática para a organização e implantação dos sistemas municipais de saúde no início da década de 1980. Entretanto, esse referencial perdeu gradativamente sua potência sendo substituído em meados dos anos 1990, pela concepção da Atenção Básica.

Para Testa (1992), é interessante observar que a utilização pelo Ministério da Saúde do termo Atenção Básica para designar Atenção Primária apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde. Dessa forma, criou-se no Brasil uma terminologia própria, importante naquele momento histórico. Atualmente, o próprio Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção

Primária à Saúde. Sendo assim, o Ministério da Saúde utiliza-se de ambos os termos, e adotou a nomenclatura de Atenção Básica para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família reorienta o modelo de atenção primária à saúde bucal, cobrindo procedimentos odontológicos básicos. A ESF oferta os serviços que compreendem a identificação de fatores de risco, a promoção da saúde, o diagnóstico precoce e os tratamentos simples. Há, também, a inclusão da prevenção contra as patologias e aspectos básicos da reabilitação. Essa estratégia prioritária para reorganização da atenção básica brasileira é importante tanto na mudança do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da adscrição de clientela e aproximação da realidade sociocultural da população e da postura pró-ativa desenvolvida pela equipe de saúde da família (EqSF) (BRASIL, 2006).

A partir do incentivo financeiro advindo do Ministério da Saúde à participação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (portaria nº 1.444/GM), do conceito de clínica ampliada e de integralidade e da política geral propiciada pelo Programa Brasil Sorridente, criaram-se condições para o rápido crescimento dos serviços na atenção secundária representada pelos CEO (GUIMARÃES, 2010).

A complexidade dos serviços odontológicos está diretamente associada ao tipo de procedimento a ser realizado, bem como sua relação com outros fatores, tais como características dos equipamentos e disponibilidade de profissionais especializados. A atenção especializada em odontologia corresponde aos níveis secundários e terciários, em que são realizados atendimentos de média e alta complexidade, e se destaca a busca pela otimização do atendimento, articulando a ação multiprofissional no diagnóstico e na terapêutica, de forma que implique diferentes conhecimentos e formas de reabilitação oral e a garantia de critérios de acesso em função da análise de risco e das necessidades do usuário com utilização de protocolos de referência e contrarreferência, com resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar quando necessário. (BRASIL, 2005)

A atenção secundária apresenta-se como base para processo de referência e contrarreferência, garantindo a eficiência do atual modelo hierarquizado de assistência à saúde. É a atenção voltada a oferecer serviços especializados em saúde, complementando, assim, a atenção primária (GUERRA *et al.*, 2007). É

voltada para a integralidade e qualidade da assistência prestada a saúde, contribuindo para a consolidação dos princípios do SUS. A prática clínica da atenção secundária demanda disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Dentro dos procedimentos de média complexidade, incluem-se as ações especializadas em Odontologia (BRASIL, 2009).

O papel do serviço de atenção secundária em saúde bucal corresponde tanto à oferta de tratamento em especialidades odontológicas, quanto à elaboração de planos de tratamento pelos dentistas especialistas aos usuários referenciados. Após a realização do tratamento, o usuário é acompanhado (manutenção) na atenção primária após a contrarreferência ou é referenciado para a atenção terciária para procedimentos mais complexos (FIGUEIREDO; GÓES, 2009). No Brasil, o serviço de referência na área da Odontologia que representa a atenção secundária é principalmente o Centro de Especialidades Odontológicas.

### **2.3. Centros de Especialidades Odontológicas**

A partir de 2004, começaram a ser instalados em todos os estados brasileiros, com base na portaria nº 1.570/GM, os Centros de Especialidades Odontológicas, que tinham como objetivo ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. Os CEO são unidades de referência para as unidades básicas de saúde encarregadas da atenção odontológica básica, e estão integrados ao processo de planejamento loco-regional, sendo os custos para seu funcionamento compartilhados por estados, municípios e Governo Federal. Estes centros de referência têm como objetivos atender a demanda vinda da atenção primária à saúde bucal, ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. O atendimento de pacientes com necessidades especiais e as ações especializadas de periodontia, de endodontia, de diagnóstico bucal e de cirurgia oral menor integram o elenco de serviços que devem ser ofertados minimamente nessas unidades de saúde. O avanço representado pelos CEO no serviço público odontológico decorre, essencialmente, da ruptura com a lógica de ofertar apenas cuidados odontológicos básicos no SUS, integrando tais unidades, necessariamente, a sistemas de referência e contrarreferência (em 2003, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos eram de média e alta complexidade). O desafio que

claramente emerge desse processo é o de não sucumbir às pressões clientelísticas e resistir à tentação de transformar os CEO em portas de entrada do sistema de atenção (FRAZÃO e NARVAI, 2009). Em um sistema baseado na atenção primária, esta funciona como a porta de entrada para os demais níveis de atenção, contribuindo ainda para a racionalização de recursos e otimização no uso de tecnologias de maior custo e densidade.

Os primeiros CEO com participação do Governo Federal foram inaugurados em Sobral, no Ceará e em Caruaru, no estado de Pernambuco, e foram habilitados através da Portaria nº 2.192/GM, de 08 de outubro de 2004. O lançamento do Programa Brasil Sorridente ocorreu durante a inauguração da unidade de Sobral, em 17 de março de 2004, em solenidade presidida pelo Presidente Lula e o Ministro da Saúde Humberto Costa.

O crescimento no número de CEO implantados no Brasil é significativo. Em junho de 2012, haviam 890 unidades, número quase nove vezes maior que o observado em 2004, quando eram apenas 100 centros. Em 2011, foram realizados 27 milhões de procedimentos especializados nessas unidades. Além disso, desde março de 2011, os CEO também passaram a ofertar a instalação de aparelhos ortodônticos e implantes dentários. A iniciativa de ofertar estas duas especialidades no serviço público é inédita no âmbito mundial (BRASIL, 2012).

Embora estudos evidenciem que os serviços de saúde não são os principais determinantes no processo saúde-doença, a existência de serviços e a garantia de acesso da população a eles podem determinar algum impacto na saúde da população. Isso é válido na saúde geral e também exerce influência na saúde bucal. Os CEO podem ser exemplos de serviços que promovam a prevenção secundária e terciária da atenção em saúde, por meio de ações de diagnóstico precoce e tratamento imediato, além de limitação do dano e reabilitação de casos, gerando melhores condições de saúde (GOES *et al.*, 2012).

Muitos municípios ainda perseguem o princípio da integralidade em saúde bucal através de outros dispositivos, diferentes do CEO como, por exemplo, disponibilização de serviços diretamente nas unidades básicas de saúde ou através de convênios com instituições de ensino e pesquisa. Outros ainda, trabalham com sistemas híbridos em relação à assistência secundária em saúde bucal. Independentemente do modelo de gestão pelo qual se desenvolve a atenção secundária – se através de CEO ou de outros dispositivos – sua operacionalização

depende diretamente dos mecanismos que possibilitem e qualifiquem o fluxo, tanto das informações, quanto dos usuários dentro do sistema; o que se dá através de um sistema de referência e contrarreferência bem estruturado, que, sobretudo, aperfeiçoe o acesso e qualifique o cuidado (BRASIL, 2004).

#### **2.4. Integralidade da Atenção em Saúde Bucal e a interface entre os níveis de Atenção à Saúde**

Os Sistemas de Atenção à Saúde podem apresentar-se, na prática, por meio de diferentes formas organizacionais. Na experiência internacional contemporânea, a tipologia mais encontrada é de sistemas fragmentados e Redes de Atenção à Saúde. Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se (des)organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a APS não se comunica fluidamente com a Atenção Secundária à Saúde, e esses dois níveis também não se comunicam com a Atenção Terciária à Saúde. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde, são aquelas organizadas em uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde que presta assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde (MENDES, 2009).

O papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde remete-nos ao conceito da integralidade, a qual exige que os serviços sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um em todos os níveis de complexidade do sistema (SANTOS, 2010).

Garantir a continuidade dos serviços de saúde dentro de um município – incluindo a atenção primária, secundária e terciária – pode não ser possível e, na maioria das vezes, a integralidade somente será alcançada dentro de uma região de saúde, ou seja, dentro de um espaço que integra diferentes municípios e onde estão disponíveis os serviços necessários ao atendimento. Então, é necessário a estruturação de redes supra municipais que sejam capazes de oferecer, de maneira coordenada, ações que incluam os diversos serviços e que garantam a continuidade

do cuidado (LIMA, 2009).

O principal elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contrarreferência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de usuários entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. O Ministério da Saúde define esse sistema, inclusive, como um dos elementos chave de reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidas pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) (VASQUEZ, 2011).

As diretrizes da PNSB visam ao acesso universal e à integralidade da atenção à saúde bucal. Segundo Paim (1997), as bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira contemplaram originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; b) forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; c) garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos serviços de saúde; d) articulação de várias políticas públicas vinculadas a um conjunto de projetos de mudanças (reforma urbana e reforma agrária, entre outros) que atuassem sobre as condições de vida e saúde mediante ação intersetorial. A implementação dos CEO pode constituir estratégia relevante com vista à integralidade da atenção no âmbito odontológico, relacionada especialmente à primeira e à terceira perspectivas.

A coordenação entre a atenção primária e secundária, definida por alguns como ação ou esforço em comum (STARFIELD, 2004), e aqui entendida como interface (MORRIS; BURKE, 2001), vem recebendo ampla atenção nas reformas recentes dos sistemas de saúde europeus com iniciativas para fortalecer a atenção primária à saúde (OMS, 2000). Nesses países, as possíveis formas de interface com a atenção secundária, além do tradicional encaminhamento para realização de procedimentos, vão desde a consultoria de “curto ou longo prazo” e a definição comum de protocolos de manejo de casos até o desenvolvimento de programas de atendimento compartilhado entre especialidades e profissionais da rede básica (STARFIELD, 2004).

As pesquisas sobre os serviços de atenção secundária em saúde bucal são escassas, particularmente no Brasil, mas, achados de outros países, com modelos de atenção em saúde bucal mais estruturados já evidenciam a preocupação em estudá-la, principalmente no tocante à essa interface entre os níveis de complexidade da atenção (MORRIS; BURKE, 2001).

A construção da integralidade em saúde bucal requer a valorização do nível secundário de atenção como sendo um compromisso oportuno e necessário atualmente. Para tanto, há que se empenhar esforços no desenvolvimento do elemento estruturante da integralidade: o sistema de referência e contrarreferência, através do qual as informações e os usuários trafegam no sistema. As dificuldades apresentadas nesse tráfego são, definitivamente, os entraves da integralidade. Superá-las, ou ao menos amenizá-las, pode significar o encurtamento da distância entre o usuário e a resolução de suas necessidades em saúde bucal e o progressivo desenvolvimento em que a área vem se inserindo nos últimos anos (ROCHA; GOES, 2008).

Para Chaves (2011) existem conflitos importantes na integração entre a atenção básica e atenção especializada, não apenas na indicação adequada de casos para esse nível de atenção, bem como na chegada do paciente ao CEO sem a devida adequação e promoção de saúde bucal, funções da atenção primária. Para Morris e Burke (2001) e Starfield (2004), estas são algumas das questões mais críticas na coordenação da atenção, ou seja, a interface da atenção primária com a atenção secundária ou terciária.

Existem ainda outras dificuldades, como a sobrecarga de encaminhamentos para os serviços especializados na atenção secundária, fato que pode ser atribuído às dificuldades de resolução da atenção primária. Outro fato se dá pela demanda por consultas especializadas ter sido considerada maior do que a oferta de atendimentos especializados, apontando uma das dificuldades que os serviços públicos têm enfrentado para resolver o problema das especialidades na atenção secundária (GUERRA *et al.*, 2007).

A atenção secundária necessita de pelo menos três características na interface com a atenção primária: interdependência, integração e complexidade. Interdependência significa aproximação entre os profissionais, aconselhamento e dúvidas. Uma boa interface reduz o fluxo de referências e contrarreferência, aumentando a efetividade dos serviços. O profissional da atenção básica deve lembrar que, uma vez referenciados, os custos entram numa escala espiral crescente. A integração entre os serviços básicos e especializados pressupõe comunicação facilitada. Em outras palavras, tudo deve ficar claro em termos do que se deseja com o encaminhamento. Infelizmente, muitas vezes, ao contrário da complementaridade, há competição pelo diagnóstico. A adoção de manuais de



diretrizes parece não reduzir os encaminhamentos inapropriados. Nessa área sempre há alguma tensão e nem sempre se resolve tudo (MORRIS; BURKE, 2001).

Para Morris e Burke (2001), a interface ideal entre os serviços de atenção básica e secundária deve levar em consideração algumas características: equidade – onde todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser encaminhados a um nível de maior complexidade sem barreiras para este encaminhamento; integralidade – todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário, onde o fluxo entre os níveis é facilmente conseguido; e, finalmente, esta interface deve ser eficiente e eficaz – garantindo-se que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados, a contrarreferência também é assegurada após o tratamento completado, ou até mesmo, ao longo do mesmo .

A integralidade desejada, entendida como integração entre níveis ou entre ações promocionais e reabilitadoras, requer boa cobertura da atenção primária para permitir a interface e a utilização adequada dos serviços de saúde bucal. Essa utilização, por sua vez, pode também ser influenciada pela acessibilidade aos serviços, entendida como relação entre os obstáculos impostos pelos serviços e os poderes dos usuários para superarem tais dificuldades (FRENK, 1992).

## **2.5. Oferta, Acessibilidade e Utilização dos serviços de saúde**

A clínica de saúde bucal secundária deve oferecer um grande número de opções de tratamento e reconhecer que os dentistas do território (atenção primária), são os guardiões do equilíbrio bucal. Uma vez rompida essa segurança, os custos e as complexidades são crescentes. Distância e demora no agendamento da consulta são fatores inibidores e representam meios de limitar o acesso ao serviço (controle de demanda). Essa sistemática provoca aumento das iniquidades e negligência no diagnóstico de câncer (MORRIS; BURKE, 2001; JESSOP *et al.*, 2001). Na mesma linha de consequência, encontram-se os usuários com necessidades especiais, que têm atendimento como compromisso da PNSB.

Estudos sobre a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde têm sido considerados como preliminares para avaliação das intervenções em saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Portanto, a utilização dos serviços de saúde encontra-se no centro do funcionamento dos sistemas de saúde, e seu processo é resultante da interação do comportamento dos usuários que procuram os cuidados e dos profissionais que os conduzem dentro deste sistema de saúde. A utilização dos serviços está relacionada aos fatores de acesso (ato de ingressar, entrada) e acessibilidade (caráter ou qualidade do que é acessível). Não obstante a polissemia e abrangência aplicada nos conceitos de utilização e acesso de serviços de saúde, a preferência por diversos autores têm se concentrado no termo acessibilidade (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Segundo Donabedian (1988), a acessibilidade é definida por aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população. Para Frenk (1992), está relacionada aos recursos de poder de utilização dos usuários e aos obstáculos colocados pelos serviços de saúde à sua utilização segundo as dimensões geográficas, organizacionais e econômicas. Souza e Chaves (2010) complementaram dizendo que o poder de utilização dos usuários relaciona-se com o poder de tempo e transporte, poder econômico e o poder estabelecido na relação com a organização.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1977) definiu 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 às suas necessidades no tocante à saúde”. Segundo a mesma, a possibilidade de acesso aos serviços é, por conseguinte, condição *sine qua non* para que a cobertura universal seja alcançada.

Para Vasquez (2011), isso pressupõe: a continuidade e organização da prestação de serviços mediante a combinação dos recursos geográficos, financeiros, culturais e funcionalmente ao alcance da comunidade; serviços adequados no que se refere a volume e estrutura, ao tamanho e composição da população e a seus problemas de saúde; aceitação e utilização dos serviços oferecidos por parte da comunidade. Ainda para a autora, a mera existência ou disponibilidade de um serviço não é, por si só, uma garantia de acessibilidade. Assim, É necessário subdividir o conceito em:

a. Acessibilidade geográfica, ou seja: a distância, o tempo de locomoção e os meios de transporte devem determinar a localização dos estabelecimentos e não áreas teóricas de jurisdição;

b. Acessibilidade financeira, ou seja, os pagamentos ou contribuição para utilização dos serviços não devem constituir obstáculos;

c. 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;

d. Acessibilidade funcional: os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis a qualquer momento, atendendo à demanda real e incluindo um sistema de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência que se requer.

Ramos e Lima (2003) consideram o acesso sob três aspectos: acesso geográfico, acesso econômico e acesso funcional. O acesso geográfico é aquele que leva em consideração a forma de deslocamento, o tempo de deslocamento e a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde. O acesso econômico é caracterizado a partir de facilidades (forma de deslocamento, procedimentos e obtenção de medicamentos) e dificuldades (custo de deslocamento, de procedimentos, de medicamentos e condição social atual) que o usuário encontra para obter o atendimento. O acesso funcional é a forma como o serviço se organiza e se opera, envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, o tempo de espera que o usuário leva para obter o atendimento, desde o momento de sua chegada ao serviço, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento.

Entre os fatores do serviço associados à maior utilização estão a oferta adequada de procedimentos segundo as necessidades populacionais, a acessibilidade geográfica e organizacional, além da definição de um profissional de saúde para o acompanhamento de cada caso, especialmente para procedimentos especializados (MENDOZA-SASSI, 2001).

Segundo Moysés (2007), embora as políticas atuais representadas pela PNSB pareçam estar na direção correta, seus resultados ainda são preliminares, ainda não há consolidação política para enfrentar as dimensões estruturais e particulares que determinam as iniquidades em saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos nos vários níveis de complexidade do sistema de saúde.

## **2.6. A Atenção Especializada em Saúde Bucal no estado do Ceará**

No ano de 1964, já existiam unidades de referência em especialidades odontológicas no Ceará, conhecidas como Centros de Treinamento Odontológico (CTO), situadas em Fortaleza, mas que não trabalhavam dentro da lógica de referência e contrarreferência entre atenção primária e secundária do SUS (DIAS; MARTINS FILHO; SAMPAIO, 2003).

Em 1994, houve a inauguração de dois Centros Especializados em Odontologia em Fortaleza, nos bairros Benfica e Rodolfo Teófilo, descentralizando o atendimento secundário do CTO, também conhecido como CEO Centro (DIAS; MARTINS FILHO; SAMPAIO, 2003).

No ano de 2007 o Governo do Estado do Ceará lançou o Plano Estadual de Saúde Bucal, com propostas de implementação de políticas públicas de atenção à saúde bucal para o estado, com o objetivo de melhor organizar as ações desenvolvidas no âmbito do SUS. As propostas apresentadas buscaram uma reorganização da atenção em saúde bucal no âmbito da atenção primária, secundária e terciária, e trabalhou com o conceito do cuidado para reorientação do modelo de atenção (CEARÁ, 2007). Nesse mesmo ano, começa a ser instituída uma política de implantação/implementação de CEO com infraestrutura e modelo de gestão específicos para suprir as necessidades de tratamento especializado em saúde bucal através dos CEO Regionais, que são administrados por meio de consórcios públicos de saúde. Ao final de 2011, já estavam em funcionamento no estado do Ceará nove CEO-R (Sobral, Ubajara, Juazeiro do Norte, Crato, Acaraú, Crateús, Baturité, Brejo Santo e Russas) dentro dessa estrutura dos consórcios implantados em diferentes Regiões de Saúde.

### **2.6.1 - Consórcio Público de Saúde**

O Consórcio é uma gestão associada entre dois ou mais entes da federação, sem fins lucrativos, com a finalidade de prover serviços e desenvolver ações conjuntas que visem ao interesse coletivo e benefícios públicos. É uma associação pública, de natureza autárquica e interfederativa, com personalidade jurídica de direito público que visa beneficiar a população e melhorar o acesso e a qualidade da prestação de serviços. A formação de Consórcio exige a criação de Lei específica

por parte de cada ente que se consorcia. (CEARÁ, 2009; MARQUES, 2010).

Os Consórcios são instrumentos de suporte ao fortalecimento da gestão, de forma descentralizada, no apoio à organização e prestação de serviços públicos. Sendo formas de cooperação federativa, com transferência e compartilhamento total ou parcial de encargos, bens, serviços e pessoal. Formalizados por meio de Protocolos de Intenções, que deverão ser ratificados pelos poderes legislativos de cada ente consorciado, quando, então, se transformam em Lei, que irá norteá-los (CEARÁ, 2009). Estes instrumentos podem ser desfeitos a qualquer tempo, mas os entes consorciados respondem pelos compromissos assumidos. Prestam contas dos recursos recebidos e aplicados junto aos órgãos de controle público, por meio de fiscalização e auditoria a que são submetidas todas as instituições e pessoas jurídicas que recebem recursos públicos. A participação é um ato voluntário e nenhum ente federativo é obrigado a consorciar-se ou manter-se consorciado (CEARÁ, 2009).

Previsto na legislação, este modelo de gestão deve unir os municípios da Região de Saúde e o governo do Estado para custear e se responsabilizar pela gestão da unidade. Os consórcios possuem Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) e sede própria, ou seja, compreendem autarquias não tendo relação administrativa com o município, assim como instrumentos de gestão para formalização das atividades, como o estatuto, o regimento, o contrato de rateio e o contrato de programa, que estabelece os indicadores e metas a serem alcançados pelo CEO Regional (CEARÁ, 2009; MARQUES, 2010).

Existem inúmeras vantagens dos Consórcios Públicos de Saúde como: melhorar o acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, ampliando sua oferta, com maior resolubilidade e qualidade; reduzir os custos operacionais, a eficiência e a eficácia na aplicação dos recursos financeiros; obter ganho de escala na compra de medicamentos, equipamentos e material de consumo; compartilhar recursos, equipamentos, pessoal, prestação de serviços e outros, dentro da microrregião; fortalecer as instâncias locais e regionais e o processo de descentralização, formando vínculos de cooperação e de gestão compartilhada; e integrar diferentes realidades locais, preservando suas peculiaridades, na busca da solução de problemas comuns (CEARÁ, 2009).

Existem dois níveis de gestão dos CEO no Ceará, possibilitando, assim, dois tipos de unidade: a municipal e a estadual. Os CEO municipais, que possuem

gerenciamento pelas prefeituras, e os CEO estaduais, que podem ter administração direta ou indireta do Estado. Quando é administrado indiretamente, é referido como CEO Regional, que pode ter gestão por meio de consórcio público de saúde ou de convênio (GUIMARÃES, 2010; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011c). Hoje, existe a tendência de que todos os CEO que possuem gestão estadual adotem a gestão consorcial.

Esses Centros de Especialidades Odontológicas Regionais localizam-se na área de abrangência de algumas das vinte e duas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), que são extensões da Secretaria Estadual da Saúde no interior do estado do Ceará. A perspectiva é que cada Região de Saúde, possua um CEO Regional, com gestão de consórcio, como unidade de referência em saúde bucal especializada.

Para o gerenciamento dos centros regionais, o Estado promoveu cursos de capacitação para os gestores na área administrativa e financeira. No lugar dos acordos da Pactuação Programada Integrada (PPI), o novo modelo apoia-se na construção de Consórcios Públicos de Saúde em Regiões de Saúde. Como os recursos são sempre escassos diante das possibilidades de aplicação, o aprimoramento da gestão e otimização na aplicação dos recursos torna-se uma providência fundamental (GUIMARÃES, 2010).

O funcionamento preconizado para um CEO-R sob gestão de consórcio ocorre de segunda à sexta nos períodos manhã e tarde. No CEO-R de Sobral, as vagas também são disponibilizadas no turno da noite por conta do funcionamento concomitante com as clínicas do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

### **2.6.2 CEO Reitor Ícaro de Sousa Moreira (CEO-R de Sobral)**

O Governo do Estado do Ceará, com o objetivo de fortalecer a regionalização, possibilitando à população acesso aos serviços de saúde mais próximos de sua casa, lançou em 2007 o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde, que entre as diversas ações, visualizou inicialmente a implementação de 16 CEO a serem construídos em várias das 22 Regiões de Saúde do estado. O município de Sobral não aderiu inicialmente à ideia.

Em 2009, a Universidade Federal do Ceará iniciou uma conversa com o

Governo do Estado do Ceará, visualizando uma parceria para a implementação da Clínica Odontológica do Curso de Odontologia da UFC - *Campus* Sobral. Como o Governo do Estado do Ceará tinha o objetivo de ampliar a atenção especializada em todo o Estado, a partir das Regiões de saúde, e Sobral é a 2ª mais populosa (cerca de 608 mil habitantes), congregando 24 municípios, o interesse mútuo se estabeleceu. Em Sobral, já havia, desde 2004, um CEO de gestão municipal, que contava com sete consultórios odontológicos. A Prefeitura Municipal de Sobral firmou no ano de 2010 um convênio com o Governo do Estado do Ceará para que esta unidade ampliasse o seu raio de ação e se tornasse a referência em atenção especializada para todos os 24 municípios que compunham a Região de Saúde de Sobral. Ficou evidente que esta unidade não dava a resposta adequada à enorme demanda reprimida nessa área e, portanto, havia a real necessidade de uma outra unidade que ampliasse a oferta de serviço especializado em saúde bucal para essa região.

Desta forma, como fruto dessa parceria, foi inaugurado no dia 27 de Setembro de 2010, o Centro de Especialidades Odontológicas Reitor Ícaro de Sousa Moreira. A referida clínica, congrega num mesmo espaço a assistência e a academia, apresentando-se com área total de 691,7 metros quadrados (m<sup>2</sup>).

O Centro de Especialidades Odontológicas Reitor Ícaro de Sousa Moreira está localizado na rua Padre Antônio Ibiapina, número 170, no Centro de Sobral-Ce e está registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o número 6405207. O terreno onde foi construída essa unidade pertence à UFC e a unidade se localiza no mesmo espaço físico do *Campus* do Mucambinho, onde funcionam diversos cursos desta universidade, inclusive o de Odontologia.

O modelo de gestão utilizado é o Consórcio Público de Saúde, formado entre o Governo do Estado e os vinte e quatro municípios da 11ª Região de Saúde, segundo o decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. O Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral – CPSM Sobral, CNPJ (MF) nº 12.208.466/0001-66, tem sede na Rua Padre Antônio Ibiapina, 170, CEP 62.010-750, na Cidade de Sobral-Ce. É uma entidade de direito público e natureza autárquica interfederativa, constituída sob a forma de Associação Pública, com amparo da Lei Federal nº 11.107/2005 e Decreto Federal nº 6.017/2007, dos entes Federados: Estado do Ceará pela Lei Estadual 14.534, de 21 de dezembro de 2009, e, os Municípios mediante as Leis Municipais: de Alcântaras (Lei nº 529/10, l228/09 de 09/12/2009),

de Coreaú (Lei nº 523/10 de 26/05/2010), de Forquilha (Lei nº 375/09 de 14/12/2009), de Frecheirinha (Lei nº 159/09 de 23/12/2009), de Graça (Lei nº 305/09 de 17/12/2009), de Groaíras (Lei nº 552/09 de 29/12/2009), de Hidrolândia (Lei nº 624/09 de 30/11/2009), de Irauçuba (Lei nº 685/09 de 11/12/2009), de Ipu (Lei nº 260/10 de 26/03/2010) de Massapê (Lei nº 631/09 de 07/12/2009), de Meruoca (Lei nº 755/09 de 21/12/2009), de Moraújo (Lei nº 3909 de 02/12/2009), de Mucambo (Lei nº 083/10 de 20/03/2010), de Pacujá (Lei nº 414/09 de 01/12/2009), de Pires Ferreira (Lei nº 278/10 de 02/03/2010), de Reritaba (Lei nº 057/10 de 12/03/2010) de Santa Quitéria (Lei nº 648/09 de 17/12/2009), de Santana do Acaraú (Lei nº 692/09 de 28/12/2009), de Senador Sá (Lei nº 56/10 de 19/04/2010), de Sobral (Lei nº 1001/10 de 06/05/2010), de Uruoca (Lei nº 34/09 de 30/11/2009) e de Varjota (Lei nº 379/09 de 19/11/2009).

Esses entes federados (Estado e Municípios) são responsáveis pelo custeio, manutenção e funcionamento da unidade, sendo as responsabilidades financeiras deduzidas diretamente do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) dos municípios, rateado proporcionalmente de acordo com critérios populacionais (representação demográfica do município na população da Região de Saúde). Existe ainda a participação Federal no custeio dessa Unidade de Saúde (TABELA 1).

Tabela 1 – Municípios da 11ª Região de Saúde/Sobral, de acordo com dados demográficos e financeiros referentes ao custeio do CEO-R de Sobral em 2011.

<b>Rateio Cota-Parte – Rateio com Compensação do Saldo de 2010</b>						
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>População</b>	<b>% Pop. 11ª Região</b>	<b>Valor RATEIO 2011 INICIAL</b>	<b>Valor Dedução do Saldo 2010</b>	<b>Valor RATEIO 2011 Mensal FINAL</b>	<b>Valor RATEIO 2011 Anual FINAL</b>
Alcântaras	10.816	1,77%	1.967,86	168,12	1.789,74	21.476,86
Cariré	19.132	3,12%	3.483,18	297,39	3.165,80	37.989,58
Catunda	11.196	1,83%	2.027,01	174,06	1.852,95	22.235,38
Coreaú	22.216	3,64%	4.021,26	345,40	3.675,95	44.111,36
Forquilha	21.529	3,53%	3.909,75	336,73	3.574,02	42.888,24
Frecheirinha	13.637	2,22%	2.450,40	210,42	2.239,99	26.879,88
Graça	15.949	2,61%	2.887,01	299,23	2.639,10	31.669,20
Groaíras	9.971	1,53%	1.804,90	154,99	1.649,92	19.799,04
Hidrolândia	19.252	3,15%	3.484,91	299,25	3.185,66	38.227,86
Ipu	41.052	6,72%	7.431,04	638,11	6.792,93	81.515,17
Irauçuba	23.309	3,81%	4.219,29	362,31	3.856,97	46.283,67
Massapê	35.388	5,75%	5.405,77	550,07	5.855,70	70.268,41
Meruoca	12.780	2,09%	2.313,38	198,65	2.114,72	25.376,68
Moraújo	8.538	1,40%	1.645,61	132,71	1.412,79	16.963,48
Mucambo	14.537	2,38%	2.631,42	225,98	2.405,45	28.865,40
Pacujá	6.233	1,02%	1.128,27	95,89	1.031,55	12.378,60
Pires Ferreira	9.857	1,51%	1.784,27	153,22	1.631,05	19.572,62
Reritaba	19.444	3,18%	3.515,08	302,24	3.217,43	38.609,10



Santa Quitéria	45.080	7,38%	8.160,17	700,72	7.459,45	89.513,39
Santana do Acaraú	30.410	4,98%	5.604,58	472,69	5.031,98	60.383,81
Senador Sá	6.869	1,09%	1.207,19	103,651	1.103,53	13.242,34
Sobral	182.432	29,86%	33.022,81	2.835,70	30.187,11	362.235,37
Uruoca	13.820	2,26%	2.601,63	214,82	2.286,81	27.441,77
Varjota	17.802	2,91%	3.222,43	276,71	2.945,55	35.346,60
<b>TOTAL Municípios</b>	<b>611.019</b>	<b>45,48%*</b>	<b>110.600,80</b>	<b>9.497,65</b>	<b>101.106,15</b>	<b>1.213.273,81</b>
TOTAL Cota-Parte Federal		14,52%	35.800,00	-	35.300,00	423.600,00
TOTAL Cota-Parte Estado		40,00%	97.259,20	-	97.269,20	1.167.230,40
TOTAL ESTADO/FEDERAL		54,52%	132.589,20	-	132.569,20	1.590.830,40
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>-</b>	<b>243.173,20</b>	<b>9.497,66</b>	<b>230.676,35</b>	<b>2.804.104,21</b>

Fonte: Contrato de Rateio do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral – CPSMSobral para 2011.

O CEO Regional de Sobral conta com a maior estrutura entre os Centros de Especialidades Odontológicas do Estado do Ceará, compreendendo vinte e dois equipes odontológicas, sendo vinte na clínica integrada e dois no anexo, onde funcionam a clínica de cirurgia e de pacientes com necessidades especiais – PNE. Para o ano de 2011, eram ofertados mensalmente uma média 866 de novos tratamentos em seis diferentes especialidades (PNE, Ortodontia, Endodontia, Periodontia, Cirurgia e Prótese Dentária), segundo a pactuação entre os municípios consorciados (TABELA 2). Esta unidade de saúde, contava, no ano de 2011 com 20 cirurgiões dentistas, divididos segundo as especialidades ofertadas: Endodontia: dois profissionais de 40 horas/semanais e quatro profissionais de 20 horas/semanais; Ortodontia: cinco profissionais de 20 horas/semanais; Periodontia: dois profissionais de 20 horas/semanais; Prótese: um profissional de 40 horas/semanais e dois profissionais de 20 horas/semanais; Cirurgia Oral menor: um profissional de 40 horas/semanais e um profissional de 20 horas/semanais e Pacientes com Necessidades Especiais: dois profissionais de 20 horas/semanais.

Vale ainda ressaltar que também são realizados nesta unidade atendimentos pelos acadêmicos do Curso de Odontologia da UFC sob a supervisão de professores tanto nas disciplinas da graduação, como nos projetos de Extensão desenvolvidos por professores e estudantes deste curso, por meio da supracitada parceria entre o Governo do Estado do Ceará e a Universidade Federal do Ceará. Embora esses pacientes sejam provenientes dos municípios consorciados e, obrigatoriamente, passem pelo sistema de regulação da unidade, essas vagas disponibilizadas estão fora da pactuação.

Tabela 2 – Oferta mensal de 1ª Consulta, por especialidade, no CEO-R de Sobral, entre os municípios da 11ª Região de Saúde/Sobral, em 2011.

Especialidades Odontológicas x Município	Alcântaras	Carié	Catunda	Coreaú	Forquilha	Frecheirinha	Graça	Gratras	Hidrolândia	Ipu	Irauçuba	Massapé	Meruoca	Moraújo	Mucambo	Pacujá	Pires Ferreira	Rejuba	Santa Quitéria	Santana do Acaraú	Senador Sá	Sobral	Urucá	Varjota	Total
PPNE	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	3	2	1	12	1	1	43
Endodontia	5	8	5	10	9	6	7	4	8	18	10	15	5	4	6	3	4	8	19	13	3	78	6	8	262
Ortodontia	1	2	1	2	2	1	1	1	2	3	2	3	1	1	1	1	1	2	4	2	1	15	1	1	52
Periodontia	3	5	3	6	5	3	4	2	5	10	6	9	3	2	4	2	2	5	11	8	2	46	3	4	153
Cirurgia Oral Menor / Estom.	3	6	4	7	7	4	5	3	6	13	7	11	4	3	5	2	3	6	14	10	2	58	4	6	193
Prótese / Dor Orofacial	3	5	3	6	6	4	4	3	5	11	6	9	3	2	4	2	3	5	12	8	2	48	4	5	163
Total de Procedimentos x Municípios	16	27	17	33	30	19	22	14	27	58	33	49	17	13	21	11	14	27	63	43	11	257	19	25	866

Fonte: Contrato de Programa do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral–CPSMSobral para 2011.

## 2.7. Justificativa

A avaliação dos serviços de atenção secundária em saúde bucal, particularmente no Brasil, estão em fase incipiente de construção de evidência, sobretudo com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (Goes *et al.* 2012). Os processos de resolutividade da atenção secundária em saúde bucal precisam ser reconhecidos, planejados e reestruturados, pois ainda percebe-se a necessidade de adequação dos critérios e normas para implantação, monitoramento e avaliação destes serviços, para, a partir de então, estabelecer estratégias buscando melhorias em prol de um gerenciamento adequado no serviço público especializado de saúde bucal. Torna-se, também, muito importante avaliar as principais dificuldades encontradas para o acesso dos usuários aos serviços de saúde bucal ofertados pelos CEO. Ainda são escassos estudos abordando este tipo de unidade especializada, com um modelo de gestão diferencial (só existente no estado do Ceará). Assim, pela nova concepção de funcionamento, atendimento e gestão, apontando uma possível capacidade e resolutividade adequada, há a necessidade de avaliar a resolutividade dos CEO-R sob gestão consorcial.

Além disso, a articulação entre oferta, acessibilidade e utilização nesses serviços é evidente. Logo, pesquisas integradoras, evidenciando diferentes dimensões de uma mesma problemática, devem ser estimuladas, sendo esse o ponto de partida para a realização deste estudo.

### **3. OBJETIVOS DE PESQUISA:**

#### **OBJETIVO GERAL:**

Avaliar o serviço de atenção especializada em Saúde Bucal na Região de Saúde de Sobral após implantação do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral – Ceará.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Descrever a organização do fluxo de referência/contra-referência;
- Identificar os fatores relacionados à oferta e distribuição das vagas para as diversas especialidades, considerando os aspectos da população, dos procedimentos e do financiamento, e ainda, a sua distribuição internamente nos municípios;
- Conhecer a opinião dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios consorciados a respeito da oferta e distribuição das vagas pactuadas, das dificuldades e limitações no encaminhamento de pacientes da Atenção Primária ao Serviço de Atenção Especializada em Saúde Bucal, na marcação e na utilização da primeira consulta para as diversas especialidades;
- Investigar o conhecimento dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios consorciados a respeito acessibilidade e falta às consultas dos usuários do serviço e sua opinião sobre as causas deste fenômeno;
- Estimar o impacto financeiro da Atenção à Saúde Bucal Especializada, considerando a oferta e a efetiva realização de atendimentos e o custo médio por procedimento ofertado em cada município consorciado;
- Comparar a taxa de aproveitamento de marcação de consultas entre os municípios que possuem ou não CEO com gestão municipal;
- Comparar a taxa de aproveitamento de marcação de consultas entre os municípios, considerando a cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família;
- Comparar as taxas de aproveitamento de marcação de consultas, de faltosos e de utilização do serviço entre os municípios, considerando a sua distância em relação ao município sede do CEO-R (Sobral).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. Para Minayo e Sanches (1993) esse tipo de estudo tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis.

Neste estudo pretendemos avaliar a organização da atenção especializada em Saúde Bucal na 11<sup>a</sup> Região de Saúde do estado do Ceará, a partir da análise da acessibilidade dos usuários ao serviço do Centro de Especialidades Odontológicas Reitor Ícaro de Sousa Moreira (CEO – Regional / Sobral), da oferta e utilização das vagas disponibilizadas em primeira consulta para os 24 municípios que compõem essa região de saúde e algumas variáveis na interface entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada em Saúde Bucal que possam melhor explicar os objetos do estudo.

Gil (2002) enfatizou que os estudos exploratórios visam proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias, a descoberta de intuições. Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. O mesmo autor afirmou, ainda, que as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relação entre as variáveis.

### **4.2. Localização do Estudo**

Este estudo foi desenvolvido nos 24 municípios que formam a 11<sup>a</sup> Região de Saúde (Sobral), no estado do Ceará, tendo como base o ano de 2011. O ano de 2011 foi escolhido por ser o primeiro ano de efetivo funcionamento do CEO-R de Sobral. Sendo assim, foi um ano onde a interface do serviço com a Atenção Primária se apresentou de forma mais clara, sem intervenções em seu funcionamento que

pudessem, de alguma forma mascarar, as características e dificuldades reais dessa interface.

O estado do Ceará possui 8.099.499 milhões de habitantes, distribuídos em 184 municípios, representando aproximadamente 15,9% da população do Nordeste e 4,5% da população do Brasil. Cerca de 72,77% da população residia em áreas urbanas. Havia no estado a predominância do gênero feminino, com 51,2% da população total e a faixa etária de 0 a 29 anos compreendia 57% da população. A população economicamente ativa abrangia 54,5% dos habitantes do estado (BRASIL, 2010; IPECE, 2010).

Em relação à organização da rede de assistência à saúde, o Pacto pela Saúde define as regiões de saúde como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. Assim, a população sob responsabilidade de uma rede é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) (BRASIL, 2010).

O PDR estabeleceu as diretrizes políticas de reorganização das ações e serviços do estado do Ceará que foram aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CESAU), sendo definidas as estratégias para reorganização da atenção à saúde nos seus diversos níveis, a saber:

- Atenção Primária e ações básicas de Vigilância em Saúde: Municípios
- Atenção Secundária: Região de Saúde
- Atenção Terciária: Macrorregião de Saúde

O PDR dividiu o espaço territorial cearense em três Macrorregiões estratificadas em 22 Regiões de Saúde (TABELA 3). As Macrorregiões são formadas por um conjunto de Regiões que convergem para os pólos terciários de Fortaleza, Sobral e Cariri. A atenção terciária é constituída por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, tais como serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente grave. Este nível de atenção à saúde garante o acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade, assim como assegura também

tratamento intensivo, como serviços de urgências clínicas e cirúrgicas e, traumatologia e ortopedia, nas 24 horas (CEARÁ, 2006).

Tabela 3 – Distribuição da população nas Macrorregiões de Saúde do estado do Ceará, em 2011.

<b>Macrorregião</b>	<b>População</b>
Fortaleza	5.642.925 habitantes
Sobral	1.533.595 habitantes
Cariri	922.929 habitantes
Estado do Ceará	8.099.499 habitantes

Fonte: Dados obtidos a partir de IBGE, 2011

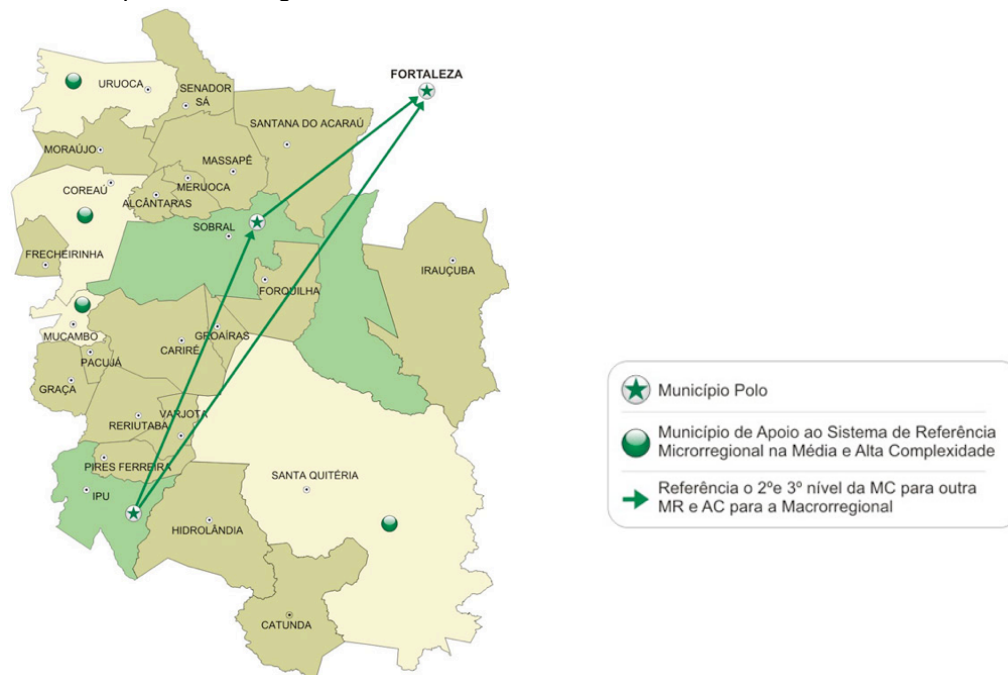
As Regiões, por sua vez, são espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, que possuam infraestrutura de transporte para deslocamento das pessoas para os serviços de saúde, com vontade política para pactuarem na busca de soluções para problemas comuns, na área da saúde. A Região de Sobral, denominada 11<sup>a</sup>, é composta por 24 municípios, um total de 608.006 habitantes (IBGE, 2011). Esta Região possui dois municípios pólo, Sobral e Ipu (TABELA 4) (FIGURA 1) (CEARÁ, 2006).

Tabela 4 – População nos municípios da 11<sup>a</sup> Região de Saúde/Sobral, no ano de 2011.

<b>Município</b>	<b>População</b>
Alcântaras	10.771 hab.
Cariré	18.347 hab.
Catunda	9.952 hab.
Coreaú	21.954 hab.
Forquilha	21.786 hab.
Frecheirinha	12.991 hab.
Graça	15.049 hab.
Groaíras	10.228 hab.
Hidrolândia	19.325 hab.
Ipu	40.296 hab.
Irauçuba	22.324 hab.
Massapê	35.191 hab.
Meruoca	13.693 hab.
Moraújo	8.070 hab.
Mucambo	14.102 hab.
Pacujá	5.986 hab.
Pires Ferreira	10.216 hab.
Reriutaba	19.455 hab.
Santa Quitéria	42.763 hab.
Santana do Acaraú	29.946 hab.
Senador Sá	6.852 hab.
Sobral	188.233 hab.
Uruoca	12.883 hab.
Varjota	17.593 hab.
11 <sup>a</sup> CRES	608.006 hab.

Fonte: Dados obtidos a partir de IBGE, 2011

Figura 1 – Mapa da 11ª Região de Sobral



Fonte: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>

### 4.3. Percurso Metodológico

A primeira etapa do trabalho foi uma pesquisa bibliográfica, onde foram consultadas as bases de dados *PubMed*, *SciELO*, *BIREME (LILACS)* e *Cochrane Collaboration*. Também foram consultados monografias, dissertações, teses e livros que abordavam assuntos ligados diretamente a esse estudo. Foi colhido material nas mais diversas fontes bibliográficas (livros – de leitura corrente, de referência; publicações periódicas – jornais, revistas; impressos diversos; meios eletrônicos), tendo como princípio uma visão crítica.

O componente quantitativo foi transversal, e envolveu a coleta de dados secundários da oferta e utilização de vagas de 1ª consulta, por município, em 6 diferentes especialidades odontológicas (PNE, Endodontia, Ortodontia, Periodontia, Cirurgia e Prótese) no CEO Reitor Ícaro de Sousa Moreira, a partir dos relatórios de produção gerados mensalmente pelo Sisreg para esta unidade de saúde, durante o ano de 2011.

O Sisreg é um sistema de informações *on-line*, disponibilizado pelo DATASUS, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação. O Sisreg é um programa (*software*) que funciona através de navegadores instalados em computadores conectados à internet. É composto por dois módulos independentes,

a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH). O sistema é operado, de um lado, por profissionais das secretarias municipais e estaduais de saúde, e de outro, por profissionais das unidades de saúde. Com esse sistema, os municípios solicitantes realizam o agendamento dos tratamentos no CEO - Regional de Sobral de acordo com o número de vagas previstas no Contrato de Programa.

O paciente comparece ao CEO-R na data e hora previamente marcadas, possibilitando maior comodidade e diminuição da espera. A partir dos relatórios, foi possível obter dados sobre o número de vagas de primeira consulta para as diversas especialidades pactuadas para cada município, o número de pacientes que foram marcados, quantos faltaram à consulta e quantos efetivamente foram atendidos, possibilitando também consolidar esses dados para os 24 municípios que formam a Região de Saúde de Sobral.

A partir desses dados, foi possível calcular, para cada município, as seguintes taxas:

**a) Taxa de aproveitamento de marcação de consultas (TAMC):**

$$\frac{\text{número de 1}^{\text{as}} \text{ consultas marcadas no município em 2011}}{\text{número de vagas ofertadas (pactuadas) para este município}} \times 100$$

**b) Taxa de faltosos (TF):**

$$\frac{\text{número de pacientes de um município que faltaram à 1}^{\text{a}} \text{ consulta em 2011}}{\text{número de 1}^{\text{as}} \text{ consultas marcadas no município em 2011}} \times 100$$

**c) Taxa de utilização do serviço (TUS):**

$$\frac{\text{número de pacientes atendidos de um município em 2011}}{\text{número de vagas ofertadas (pactuadas) para o município em 2011}} \times 100$$

Foram coletados, também, dados sobre a taxa de cobertura de Equipes de Saúde Bucal (ESB) nos 24 municípios no ano de 2011, a partir de informações disponibilizadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, com o objetivo de estabelecer uma relação entre taxa de cobertura de ESB em cada município e a taxa de aproveitamento de marcação de consultas (TAMC) para o serviço do CEO-R. Atualmente, todos os vinte e quatro municípios



participantes do consórcio público que gerencia o CEO-R de Sobral possuem Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na APS, trabalhando no contexto da ESF.

Os 24 municípios foram divididos em 2 estratos, segundo a pactuação do indicador Cobertura Populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Ceará, que era de pelo menos 60%, e com base na Portaria nº 3.840/GM, de 7 de dezembro de 2010:

- **Municípios com cobertura média de ESB igual ou maior que 60%:** Alcântaras, Cariré, Catunda, Coreaú, Forquilha, Frecheirinha, Groaíras, Irauçuba, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Santana do Acaraú, Senador Sá e Uruoca;
- **Municípios com cobertura média de ESB menor que 60%:** Graça, Hidrolândia, Ipu, Massapê, Pires Ferreira, Reriutaba, Santa Quitéria, Sobral e Varjota.

Os números da cobertura média de ESB por município para o ano de 2011 é apresentado na TABELA 5, e, para o seu cálculo, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Média do nº de ESB no município em 2011}^* \times 3.450^{**}}{\text{População do município}^{***}} \times 100$$

\* FONTE: Histórico de cobertura da Saúde da Família - DAB/MS (disponível no site: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php))

\*\* Número que corresponde ao total de pessoas que devem ser cobertas por 1 Equipe de Saúde Bucal, segundo o Ministério da Saúde

\*\*\* FONTE: IBGE (2011)

Tabela 5 – Cobertura média de ESB por município da 11ª Região de Saúde/Sobral em 2011.

Município	População*	Nº ESB Cadastradas em Dez. 2011**	Média do Nº ESB em 2011**	Cobertura Média de ESB	Nº ESB para 100% de cobertura
Reriutaba	19.455	2	2,00	35,50%	5,6
Massapê	35.191	4	3,75	36,80%	10,2
Mucambo	14.102	2	1,92	46,90%	4,1
Sobral	188.233	31	25,83	47,30%	54,6
Graça	15.049	2	2,33	53,50%	4,4
Hidrolândia	19.325	3	3,00	53,60%	5,6
Meruoca	13.693	3	2,17	54,60%	4,0
Santa Quitéria	42.763	7	6,83	55,10%	12,4
Pires Ferreira	10.216	2	1,67	56,30%	3,0
Ipu	40.296	7	6,75	57,80%	11,7
Varjota	17.593	3	3,00	58,80%	5,1
Moraújo	8.070	2	1,42	60,60%	2,3
Alcântaras	10.771	2	1,92	61,50%	3,1
Santana do Acaraú	29.946	6	6,00	69,10%	8,7
Catunda	9.952	2	2,00	69,30%	2,9

Frecheirinha	12.991	3	3,00	79,70%	3,8
Forquilha	21.786	6	5,25	83,10%	6,3
Cariré	18.347	3	4,50	84,60%	5,3
Irauçuba	22.324	6	5,92	91,40%	6,5
Senador Sá	6.852	2	1,92	96,50%	2,0
Coreaú	21.954	7	6,25	98,20%	6,3
Groaíras	10.228	3	3,00	101,20%	3,0
Uruoca	12.883	4	3,92	104,90%	3,7
Pacujá	5.986	2	2,00	115,30%	1,7
11ª CRES	608.006	100	106,35	60,30%	176,2

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do \* IBGE (2011) e \*\* DAB/MS (2011).

Também foram considerados dados financeiros, oriundos do Contrato de Rateio, para descrever o quanto cabia a cada município consorciado no financiamento do custeio do CEO-R de Sobral. O objetivo da coleta dessa informação foi o de estimar o custo médio por procedimento ofertado para cada município e o impacto financeiro no que se refere ao não aproveitamento desses procedimentos. O valor do custo médio por procedimento foi calculado considerando:

$$\frac{\text{Valor anual que o município repassa ao consórcio}^*}{\text{Número de 1}^{\text{as}} \text{ consultas pactuadas para o município em 2011}^{**}}$$

\* FONTE: Contrato de rateio dos CPMS Sobral

\*\* FONTE: Contrato de programa dos CPMS Sobral

E o impacto financeiro foi calculado a partir do custo médio por procedimento que foi realmente aproveitado, considerando:

$$\frac{\text{Valor anual que o município repassa ao consórcio}^*}{\text{Número de pacientes atendidos do município em 2011}^{**}}$$

\* FONTE: Contrato de rateio dos CPMS Sobral

\*\* FONTE: Relatório mensal Sisreg (janeiro a dezembro de 2011)

Com o objetivo de comparar a taxa de aproveitamento de marcação de consultas (TAMC) para o serviço do CEO-R de Sobral em municípios com ou sem a presença de CEO com gestão municipal, os municípios foram divididos em duas categorias:

**a) Municípios com CEO municipal:**

Coreaú, Forquilha, Ipu, Massapê, Santana do Acaraú e Sobral e;

**b) Municípios sem CEO municipal:**

Alcântaras, Cariré, Catunda, Frecheirinha, Graça, Groaíras, Hidrolândia, Irauçuba, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Pires Ferreira, Reriutaba, Santa Quitéria, Senador Sá, Uruoca e Varjota.

A razão para esta categorização foi a de que os CEO municipais devem oferecer, segundo a Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006, minimamente os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. Além destes serviços, o CEO municipal de Sobral oferece ainda o serviço de Ortodontia. Como as unidades municipais devem ofertar especialidades que também são ofertadas pelo CEO-R, essas unidades poderiam, em tese, concorrer com o CEO Regional na prestação desses serviços, causando taxas mais baixas de utilização da unidade.

Outra categoria de análise utilizada foi a distância de cada município em relação sede do CEO-R de Sobral. Nesta categoria, o objetivo foi avaliar se a distância entre o município em que reside o paciente e o município onde o serviço é ofertado é significativa para que uma barreira geográfica se estabeleça, justificando uma menor taxa de aproveitamento de marcação de consulta ofertadas, uma maior taxa de faltosos entre os pacientes agendados para a consulta inicial e uma menor taxa de utilização do serviço.

Os municípios foram divididos em quatro categorias de acordo com a distância: até 30 km, de 31 a 65 Km, de 66 a 90 Km e acima de 90 Km. As informações relativas às distâncias entre os municípios e a sede CEO-R de Sobral foram obtidas no site do Departamento Estadual de Rodovias (DER) da Secretaria da Infraestrutura do Governo do Estado do Ceará (<http://mapas.der.ce.gov.br/totem/pages/mapaRodoviarioTotem.jsf>):

**a) Municípios com distância até 30 Km:**

Alcântaras, Forquilha, Groaíras, Massapê, Meruoca e Sobral;

**b) Municípios com distância entre 31 e 65 Km:**

Cariré, Coreaú, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Santana do Acaraú e Varjota;

**c) Municípios com distância entre 66 e 90 Km:**

Frecheirinha, Graça, Irauçuba, Reriutaba, Santa Quitéria, Senador Sá e Uruoca;

**d) Municípios com distância maior que 90 Km:**

Catunda, Hidrolândia, Ipu e Pires Ferreira.

Tabela 6 – Distância aproximada, em ordem crescente, dos municípios da 11ª Região de Saúde para o município sede do CEO-R de Sobral

<b>Município</b>	<b>Distância para Sobral (em Km)</b>
Sobral	0
Forquilha	18
Massapê	18
Meruoca	26
Groaíras	29
Alcântaras	30
Cariré	40
Santana do Acaraú	41
Coreaú	51
Mucambo	52
Varjota	58
Moraújo	61
Pacujá	64
Senador Sá	66
Reriutaba	68
Graça	73
Irauçuba	77
Uruoca	80
Santa Quitéria	87
Frecheirinha	90
Pires Ferreira	91
Ipu	100
Hidrolândia	117
Catunda	127

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do DER - Ceará

Na etapa seguinte da pesquisa, foram realizadas entrevistas, tendo como público-alvo, os Coordenadores de Saúde Bucal dos vinte e quatro municípios que fazem parte da Região de Saúde de Sobral, utilizando um questionário semiestruturado (Apêndice A), que permitiu colher dos entrevistados informações relativas à oferta, distribuição e utilização das vagas pactuadas, relativas à falta às consultas dos usuários e suas possíveis causas e sobre a relação entre os CEO de gestão municipal e o de gestão consorcial (CEO-R), sendo que para essa última categoria foram entrevistados somente os Coordenadores de municípios onde existiam CEO municipais. Neste instrumento, as questões foram colocadas de forma clara para que o sujeito da pesquisa soubesse exatamente o que se esperava dele, evitando o uso de expressões linguísticas que não fossem familiares. O questionário foi desenvolvido com o objetivo de melhor conhecermos como funciona e quais as principais dificuldades enfrentadas na prestação do serviço odontológico na atenção primária e a interface entre esta e a atenção especializada em saúde bucal a partir

da visão dos gestores da área (Coordenadores de Saúde Bucal) nesses municípios. Para tanto, o questionário foi formulado a partir de uma extensa e profunda revisão bibliográfica, onde foram consultadas as bases de dados *PubMed*, *SciELO*, *BIREME (LILACS)*, e *Cochrane Collaboration*, além de consultas a monografias, dissertações, teses e livros, de forma a contemplar os objetivos deste estudo.

Cabe destacar a realização de um pré-teste para uma maior adequação deste instrumento à pesquisa (como descrito no item 4.5).

Não foram incluídos na amostra Coordenadores de cinco municípios (Alcântaras, Graça, Irauçuba, Varjota e Santa Quitéria) que, no período das entrevistas, ocupavam o cargo, mas que não exerciam essa função no município no ano de 2011. Foram excluídos aqueles dos quais não obtivemos resposta dentro de tempo hábil para a execução desse estudo (Cariré, Frecheirinha, Mucambo e Uruoca). Ao final, 15 entrevistas foram utilizadas neste estudo. Todos os seis Coordenadores de municípios onde havia uma unidade de CEO municipal foram entrevistados.

Os dados colhidos a partir dos questionários foram cruzados com a literatura pesquisada e com as taxas encontradas no intuito de tentar estabelecer relação de nexos entre os eventos.

#### **4.4. Considerações éticas**

O presente estudo respeitou todos os procedimentos éticos, em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS, 1996).

Cabe esclarecer que o presente estudo foi considerado uma investigação sem riscos, já que não se realizou nenhuma intervenção que pudesse afetar fisiológica, psicológica ou socialmente participantes da pesquisa

Em virtude de implicações legais, e a fim de manter princípios éticos, as identidades dos sujeitos foram e serão mantidas em sigilo e as informações confidencialmente garantidas. Os indivíduos foram informados verbalmente dos objetivos e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndice B). A utilização de seus depoimentos, conforme acordado, só será feita em trabalhos de caráter exclusivamente científico (livros, artigos para

publicação em periódicos e relatórios de pesquisa) elaborados somente pelo pesquisador e orientador.

O projeto de investigação foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, para a devida apreciação sob protocolo CAAE nº 05733812.8.0000.5054.

Os princípios éticos fundamentais foram priorizados em todas as etapas da investigação: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade.

#### **4.5. Estudo piloto**

Considera-se que um instrumento é válido quando mede o que se propõe a medir e é passível de repetições da mesma medida em diferentes ocasiões. Quando se constrói um instrumento para medir algum fenômeno, é necessário realizar testes de compreensão de conteúdo para verificar a clareza de cada uma das questões contempladas neste instrumento (POLIT; HUNGLER, 1995).

O instrumento de coleta foi submetido à validação de conteúdo, durante a realização do estudo-piloto, quando foram testadas clareza, objetividade, validade, fidedignidade e coerência das questões contidas no roteiro das entrevistas.

Foram selecionados o número de entrevistados igual a 20% do total dos sujeitos da amostra para realização de pré-teste do instrumento de pesquisa a fim de facilitar a familiarização do investigador com o instrumento e de se verificar a compreensão das perguntas por parte da população a ser investigada. Estes entrevistados não fizeram parte do universo amostral, sendo constituída por Coordenadores de Saúde Bucal de outras Regiões de Saúde do Estado do Ceará.

Durante o pré-teste foi monitorado o tempo para responder o questionário e, ao final, os entrevistados foram perguntados sobre as dificuldades encontradas no preenchimento do questionário. Foram avaliados durante o pré-teste: clareza e precisão dos termos, quantidade de perguntas, forma de apresentação das perguntas.

Após o estudo-piloto, não houve alterações e/ou adaptações, assim como foi mantida a ordem das perguntas.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. Fluxo de referência e contrarreferência

#### 5.1.1 Referência

A organização do fluxo de referência dos usuários para o CEO-R de Sobral tem seu início nas Unidades Básicas de Saúde dos 24 municípios consorciados. Nesta etapa, os pacientes são examinados pelo cirurgião-dentista da equipe de saúde bucal da estratégia saúde da família que preenche um prontuário e programa os atendimentos até que se complete o tratamento básico. Se, após esse etapa, for identificada pelo cirurgião-dentista a necessidade de um atendimento de maior complexidade, o usuário é referenciado para a consulta especializada. Para tanto, o profissional utiliza um formulário (ficha de referência) no qual deve explicitar, dentre outras informações pertinentes, a especialidade e o motivo do encaminhamento.

É importante destacar que, segundo os Protocolos de Encaminhamento do CEO-R, o paciente a ser encaminhado ao serviço especializado deverá receber, minimamente, adequação do meio bucal, como remoção de cárie, remoção de cálculo supra-gengival, restos radiculares *etc.* De posse da ficha de referência, o paciente deverá então procurar a Central de Marcação de Consultas de seu município para que a sua consulta seja agendada. Esse agendamento se dá por meio do *software* Sisreg, através do qual o marcador terá acesso às vagas ofertadas para o seu município naquele momento. Uma vez que haja vaga disponível para a especialidade solicitada, o paciente terá sua consulta marcada, com indicativo de data, horário e profissional que irá atendê-lo. O usuário deverá chegar ao CEO-R portando um documento de identidade, a ficha de referência e uma cópia do comprovante de agendamento do Sisreg para que possa ser realizada a sua consulta. Cabe ao profissional da atenção secundária responsabilizar-se pela realização do procedimento solicitado.

Este processo está em consonância com o proposto pelo Ministério da Saúde, que estabelece critérios para um usuário ser referenciado da atenção básica para a atenção secundária, em especial, aos CEO: o usuário deve estar inserido no serviço de saúde do SUS; deve estar com o meio bucal adequado e a marcação deve ser realizada na Central de Regulação do município a partir da ficha de encaminhamento (BRASIL, 2006).

Em entrevista, quatorze (93%) dos quinze Coordenadores de Saúde Bucal entrevistados, afirmaram conhecer o protocolo de encaminhamento de pacientes para o CEO-R de Sobral. Oito entrevistados (53%) acreditam que esse protocolo traz dificuldades no encaminhamento dos pacientes da atenção primária para o serviço especializado. A principal barreira citada foi a dificuldade de adequação dos pacientes para que estes sejam encaminhados, conforme exigido no protocolo supracitado. Esse problema, segundo os entrevistados, estaria ligado à baixa cobertura de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família em alguns municípios, aliada a uma alta demanda por tratamento odontológico, além de uma oferta de serviço na atenção básica ainda baseada na livre demanda para alguns municípios. Esse resultado vai ao encontro do estudo de Chaves (2011) que relatou a existência de conflitos na integração entre a atenção básica e atenção especializada quanto à chegada do paciente ao CEO sem a devida adequação e promoção de saúde bucal, funções da atenção primária.

Morris e Burke (2001) e Starfield (2004) consideram esta uma das questões mais críticas na interface da atenção primária com a atenção secundária. Ainda segundo estes autores, a adoção de manuais de diretrizes parece não reduzir os encaminhamentos inapropriados. Um entrevistado ainda citou que a falta de material e a limitação técnica de alguns profissionais da atenção básica seriam empecilhos para que essa adequação fosse realizada. Seis entrevistados (40%) não consideram o protocolo uma barreira ao encaminhamento dos pacientes para o serviço especializado e o entrevistado que relatou não conhecer o protocolo não soube responder à pergunta.

Em doze dos municípios estudados (80%), os Coordenadores de saúde bucal relataram que os pacientes são encaminhados para a atenção especializada exclusivamente pelos profissionais das Equipes de Saúde Bucal da atenção básica, enquanto em três outros municípios (20%), além dessa via, existe o encaminhamento realizado por algum membro da Secretaria da Saúde ou outro setor da gestão municipal. Contudo, dados dos relatórios mensais do Sisreg no ano de 2011 mostraram que 100% dos pacientes que chegaram ao CEO-R foram regulados pela central de marcação de seus municípios. Portanto, embora nem sempre o encaminhamento tenha se dado a partir de uma necessidade detectada durante o exame clínico do profissional, mas, em alguns casos, a partir de uma



solicitação de algum membro da gestão, em nenhum momento o CEO-R serviu como porta de entrada para a atenção especializada.

Tabela 7 – Respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios da 11ª CRES às questões relativas aos Protocolos de encaminhamento para o CEO-R em 2011.

Município	Conhece o protocolo?		Protocolo traz dificuldades?		
	Sim	Não	Sim	Não	Não sei
Catunda	X			X	
Coreaú	X		X		
Forquilha	X			X	
Groaíras	X		X		
Hidrolândia	X		X		
Ipu	X			X	
Massapê		X			X
Meruoca	X		X		
Moraújo	X		X		
Pacujá	X		X		
Pires Ferreira	X		X		
Reriutaba				X	
Santana do Acaraú	X			X	
Senador Sá	X		X		
Sobral	X			X	
TOTAL	14	01	08	06	01

Estudo realizado por Bizerril (2011) nos CEO-R de Acaraú, Baturité e Juazeiro do Norte (todos no estado do Ceará) mostrou que, quanto à forma de acesso a estes CEO-R, 90,7% (n= 262) foram encaminhamentos da Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), e 8% (n=23) por meio de referenciamento de outro tipo de unidade de saúde. Destes, 21 apontaram a unidade que o referenciou: 66,7% (n=14) foram encaminhados pelo CEO municipal, 28,6% (n=6) pela Secretaria Municipal da Saúde e um usuário (4,8%) pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Ainda um usuário relatou ter entrado através de reserva técnica (encaminhamento interno entre especialidades do CEO-R).

Segundo Frazão e Narvai (2009), um dos grandes desafios do serviço especializado é não transformar os CEO em porta de entrada do sistema de atenção. Tanto o presente estudo quanto o de Bizerril (2011) mostraram que esse

desafio parece estar sendo vencido nos CEO-R estudados. Os mesmos autores citam como um outro desafio, não ceder à tentação do clientelismo, o que parece estar funcionando a contento no CEO-R, mas que ainda precisa ser fortalecido em alguns municípios, uma vez que ainda são realizados encaminhamentos que não são realizados a partir da necessidade constatada pelo profissional de saúde, mas sim, a partir da solicitação de membros da gestão municipal.

Tabela 8 – Respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios da 11ª CRES à questão relativa à responsabilidade pelo encaminhamento para o CEO-R em 2011.

Município	Quem encaminha para a atenção especializada?		
	ESB	ESB + Gestores	Outra forma
Catunda		X	
Coreaú		X	
Forquilha	X		
Groaíras	X		
Hidrolândia	X		
Ipu	X		
Massapê	X		
Meruoca	X		
Moraújo	X		
Pacujá	X		
Pires Ferreira	X		
Reriutaba	X		
Santana do Acaraú	X		
Senador Sá		X	
Sobral	X		
TOTAL	12	03	00

### 5.1.2 Contrarreferência

A contrarreferência é realizada por meio de um formulário próprio e em três vias: uma fica no prontuário do paciente, outra fica com o usuário e a outra deve ser entregue pelo usuário ao profissional que solicitou o atendimento especializado. O acompanhamento dos usuários que retornam do tratamento especializado é de competência do Cirurgião-Dentista da Unidade Básica de Saúde, sendo essencial que o profissional especializado envie um Plano de Cuidado ao profissional da atenção primária, que deve conter, no mínimo: qual o procedimento realizado, qual o

prognóstico, o que deve ser avaliado nesses exames, e por quanto tempo e com que frequência ele deve ser acompanhado, além de outras orientações pertinentes ao caso.

Para que os processos de referência e contrarreferência ocorram de maneira a aumentar a resolubilidade do atendimento, é necessária a existência de fluxos claros de encaminhamento. Isso está contemplado nos Protocolos de Encaminhamento do CEO-R de Sobral.

Nas entrevistas, apenas dois Coordenadores de Saúde Bucal (13%) relataram que a contrarreferência do CEO-R para o seu município é realizada sempre. Os outros treze entrevistados (87%) afirmaram que somente às vezes esta é realizada. Isso não significa necessariamente que a contrarreferência não esteja sendo realizada pela unidade especializada, mas pode indicar que o paciente não está retornando à sua unidade de saúde de origem, levando à falta de conhecimento do profissional que o encaminhou se o procedimento foi ou não realizado.

Tabela 9 – Respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios da 11ª CRES à questão referente à realização da contrarreferência pelo CEO-R em 2011.

Município	A contrarreferência é realizada?		
	Sempre	Às vezes	Nunca
Catunda		X	
Coreaú		X	
Forquilha		X	
Groaíras		X	
Hidrolândia		X	
Ipu		X	
Massapê		X	
Meruoca		X	
Moraújo		X	
Pacujá		X	
Pires Ferreira		X	
Reriutaba		X	
Santana do Acaraú	X		
Senador Sá		X	
Sobral	X		
TOTAL	02	13	00

De toda forma, o processo de trânsito do paciente dentro do sistema fica interrompido, fazendo com que a efetivação dos princípios do SUS, de forma especial a integralidade, não seja atingida. Segundo Fratini *et al.* (2008), a busca por mecanismos facilitadores do estabelecimento do processo de referência e contrarreferência é fundamental para a concretização desse princípio, mas entendem que experiências para viabilizar este modelo técnico-assistencial ainda são muito isoladas e frágeis, não permitindo generalizações, mesmo ao nível de políticas públicas municipais. Nossos resultados, assim como os descritos por Oliveira (2010), apontam para a necessidade de aplicação de métodos de conscientização e de capacitação profissional para que este importante meio de comunicação entre os profissionais se torne mais eficaz e seja utilizado coerentemente com os preceitos do SUS.

## **5.2. Oferta de vagas para os municípios (Pactuação)**

As vagas que são ofertadas para cada município, nas mais diversas especialidades pelo CEO-R de Sobral, constam no Contrato de Programa, que entre outras coisas, estabelece as obrigações de prestação de serviços pelo consórcio. Neste contrato, há a exigência de uma Programação Pactuação Consorciada (PPC) das demandas locais, baseada nas necessidades reais e do perfil epidemiológico da população. Esses documentos são firmados a partir da articulação entre os gestores municipais e as Coordenadorias Regionais de Saúde - CRES.

A pactuação para o ano de 2011 foi baseada em dados populacionais dos 24 municípios que formam a Região de Saúde de Sobral, diferente do que se orienta para a PPC. Foram pactuadas vagas de acordo com a participação demográfica de cada município no total da população da Região de Saúde de Sobral. Por exemplo: em 2011, o município de Sobral contava com uma população de 182.432 habitantes (dados do Contrato de Rateio), o que representava cerca de 29,86% da população da região. Sendo assim, a este município caberia aproximadamente esta porcentagem das 10.350 vagas ofertadas durante o ano de 2011 para todos os municípios, o que resultou numa oferta de 3.084 vagas para Sobral.

O total de vagas ofertadas (pactuadas) por município para o ano de 2011, pode ser encontrado na tabela abaixo:

Tabela 10 – Oferta anual de 1ª Consulta para o CEO-R de Sobral, por município, segundo sua representação demográfica em 2011.

<b>Município</b>	<b>% População*</b>	<b>Pactuado**</b>
Pacujá	1,02%	132
Senador Sá	1,09%	132
Moraújo	1,40%	156
Groaíras	1,53%	168
Pires Ferreira	1,51%	168
Alcântaras	1,77%	192
Catunda	1,83%	204
Meruoca	2,09%	204
Mucambo	2,38%	210
Frecheirinha	2,22%	228
Uruoca	2,26%	228
Graça	2,61%	264
Varjota	2,91%	300
Cariré	3,12%	324
Hidrolândia	3,15%	324
Reriutaba	3,18%	324
Forquilha	3,53%	360
Coreaú	3,64%	396
Ipu	6,72%	396
Santana do Acaraú	4,98%	516
Massapê	5,75%	588
Irauçuba	3,81%	696
Santa Quitéria	7,38%	756
Sobral	29,86%	3.084
11ª CRES	100%	10.350

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do \*Contrato de Rateio do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral – CPSMSobral para 2011 e \*\*Contrato de Programa do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral– CPSMSobral para 2011.

Cumprir destacar que para o ano de 2011, foram ofertados mensalmente uma média 866 de novos tratamentos (1ªs consultas) em seis diferentes especialidades (PNE, Ortodontia, Endodontia, Periodontia, Cirurgia e Prótese Dentária), segundo a pactuação entre os municípios consorciados (ver TABELA 2).

A maioria dos Coordenadores de Saúde Bucal entrevistados (87%, n= 13) concorda com o critério de distribuição das vagas ofertadas pelo CEO-R para os municípios baseada na representação demográfica de cada município dentro do território da Região de Saúde de Sobral. Apenas dois discordaram: um deles acredita que deveriam ser realizados levantamentos de necessidade de tratamento especializado, ou ainda, serem utilizados os dados do levantamento epidemiológico SB 2010; o outro discordou por achar que este critério beneficiaria demasiadamente o município de Sobral (sede do serviço).

Tabela 11 – Respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios da 11ª CRES à questão relativa ao critério de distribuição de vagas para os municípios em 2011.

Município	Concorda com critério de distribuição de vagas para os municípios?	
	Sim	Não
Catunda	X	
Coreaú		X
Forquilha	X	
Groaíras	X	
Hidrolândia	X	
Ipu	X	
Massapê		X
Meruoca	X	
Moraújo	X	
Pacujá	X	
Pires Ferreira	X	
Reriutaba	X	
Santana do Acaraú	X	
Senador Sá	X	
Sobral	X	
TOTAL	13	02

Segundo o estudo de Goes *et al.* (2012), poucos serviços se baseiam em estudos epidemiológicos para sua implantação, o que pode determinar que os CEO não atendam à real necessidade de saúde de uma dada população. Para Barreto (2012), a utilização da epidemiologia nos serviços de saúde tem suma importância na manutenção de políticas ancoradas em bases sólidas e com programação e planejamento.

De acordo com Mendoza-Sassi (2001) a oferta adequada de procedimentos, segundo as necessidades populacionais está entre os fatores associados à maior utilização dos serviços especializados.

A equidade como um dos princípios doutrinários do SUS deve ser utilizada para melhoria do acesso às populações com maiores necessidades, e que devem ser priorizadas. Garantir que as pessoas que necessitam tenham o acesso facilitado é um dos grandes dilemas das políticas públicas na esfera municipal, pois muitos gestores ainda não utilizam indicadores para avaliarem a real necessidade da população, e utilizam, na maioria das vezes, sistemas arcaicos de gestão, como

atendimento por hora de chegada, filas intermináveis e sem critérios epidemiológicos (SILVESTRE, 2012).

A população de cada um dos 24 municípios tem necessidades diferentes, uma vez que estão inseridas em contextos sócio-político-econômico-culturais diferentes. Portanto, um critério que distribui as vagas utilizando-se simplesmente de dados demográficos, pode limitar o alcance do serviço ofertado e, possivelmente, excluir aqueles que, muito embora necessitem da assistência, não são contemplados neste critério.

Neste aspecto, acreditamos que um levantamento da necessidade de tratamento especializado nos municípios poderia agregar elementos importantes numa futura adequação da atual pactuação entre os municípios, diminuindo assim a discrepância entre o que é ofertado e a real necessidade da população.

Quando perguntados se as vagas ofertadas ao seu município nas mais diversas especialidades eram suficientes para atender à demanda por Atenção Especializada em Saúde Bucal, três Coordenadores (20%) responderam que não, para nenhuma das especialidades ofertadas. Nove (60%) disseram que eram suficientes para apenas algumas especialidades como: Periodontia e Cirurgia (citadas por seis Coordenadores) e PNE (citada por três Coordenadores), e somente três (20%) afirmaram que as vagas são suficientes para todas as especialidades. Os resultados apresentados por Goes *et al.* (2012), apontaram a necessidade de adequação da oferta em CEO onde não se utilizaram de dados epidemiológicos para a sua implantação, com uma maior oferta para especialidades com maior demanda e que respondam à morbidade da população brasileira, como endodontia e prótese dental.

Quatro Coordenadores (27%) relataram a existência de fila de espera em seu município para todas as especialidades ofertadas, enquanto dez (67%) informaram que existia fila de espera principalmente para: Ortodontia (citada por 9 Coordenadores), para Prótese (citada por 7 Coordenadores) e Endodontia (citada por 5 Coordenadores). Apenas um Coordenador relatou que não existe fila de espera para nenhuma especialidade. Essa informação contrasta com a taxa de aproveitamento de marcação de consultas (TAMC) nas diversas especialidades ofertadas pelo CEO-R de Sobral (TABELA 16), dado o seu baixo aproveitamento, o que pode ser um indicativo de que as vagas estão distribuídas de forma inadequada dentro das especialidades existentes. Mais uma vez, indicando um levantamento de

necessidade de tratamento para que se saiba exatamente o que cada município tem como demanda para a atenção especializada, possibilitando uma oferta de serviço mais adequada.

Tabela 12 – Respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios da 11ª CRES às questões relativas à oferta e demanda no CEO-R em 2011.

Município	Vagas ofertadas são suficientes?			Há fila de espera?		
	Sim, para todas especialidades	Sim, para algumas especialidades	Não	Sim, em todas especialidades	Sim, em algumas especialidades	Não
Catunda		X			X	
Coreaú			X	X		
Forquilha		X			X	
Groaíras		X		X		
Hidrolândia		X			X	
Ipu	X					X
Massapê		X			X	
Meruoca			X	X		
Moraújo		X		X		
Pacujá	X				X	
Pires Ferreira		X			X	
Reriutaba		X			X	
Santana do Acaraú	X				X	
Senador Sá		X			X	
Sobral			X		X	
TOTAL	03	09	03	04	10	01

### 5.3. Custeio da unidade

O critério populacional foi utilizado para a pactuação das vagas entre os municípios. Esse mesmo critério foi utilizado para a pactuação da responsabilidade financeira de cada um dos entes consorciados no custeio do CEO-R de Sobral. Segundo o Contrato de Rateio, para o ano de 2011, a responsabilidade do custeio total do CEO-R de Sobral foi dividida entre o Governo Federal (14,52%), o Governo Estadual (40%) e os 24 Municípios consorciados (45,48%) (TABELA 3). Essa cota



de responsabilidade dos municípios ficou então assim dividida segundo o critério estabelecido por ordem crescente do valor repassado (TABELA 13):

Tabela 13 – Participação de cada município consorciado no custeio do CEO-R de Sobral segundo sua representação demográfica, em 2011.

<b>Municípios</b>	<b>% população</b>	<b>Repasso Mensal</b>	<b>Repasso Anual</b>
Pacujá	1,02%	1.031,55	12.378,60
Senador Sá	1,09%	1.103,53	13.242,34
Moraújo	1,40%	1.412,79	16.963,48
Pires Ferreira	1,51%	1.631,05	19.572,62
Groaíras	1,53%	1.649,92	19.799,04
Alcântaras	1,77%	1.789,74	21.476,86
Catunda	1,83%	1.852,95	22.235,38
Meruoca	2,09%	2.114,72	25.376,68
Frecheirinha	2,22%	2.239,99	26.879,88
Uruoca	2,26%	2.286,81	27.441,77
Mucambo	2,38%	2.405,45	28.865,40
Graça	2,61%	2.639,10	31.669,20
Varjota	2,91%	2.945,55	35.346,60
Cariré	3,12%	3.165,80	37.989,58
Hidrolândia	3,15%	3.185,66	38.227,86
Reriutaba	3,18%	3.217,43	38.609,10
Forquilha	3,53%	3.574,02	42.888,24
Coreaú	3,64%	3.675,95	44.111,36
Irauçuba	3,81%	3.856,97	46.283,67
Santana do Acaraú	4,98%	5.031,98	60.383,81
Massapê	5,75%	5.855,70	70.268,41
Ipu	6,72%	6.792,93	81.515,17
Santa Quitéria	7,38%	7.459,45	89.513,39
Sobral	29,86%	30.187,11	362.235,37
<b>11ª CRES</b>	<b>100%</b>	<b>101.106,15</b>	<b>1.213.273,81</b>

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do Contrato de Rateio do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral – CPSMSobral para 2011

Estes valores são retidos pelo Governo do Estado diretamente do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) dos municípios e repassado diretamente ao consórcio. Isso é importante do ponto de vista da garantia de recursos para o custeio da unidade, uma vez que evita a inadimplência. Vale acrescentar ainda que a participação dos municípios é limitada em até 7,5% da cota do ICMS gerado no município. Caso a sua cota ultrapasse esse valor, será complementada pelo Governo do Estado.

Quanto à implementação dos CEO, há estudos que avaliam seus custos como próximos aos da atenção primária, uma vez que o predomínio dos gastos é com pessoal (CHAVES *et al.*, 2011).

#### 5.4. Custo dos procedimentos

Neste tópico, é estimado o quanto custaria, a cada município, cada procedimento que a ele é ofertado, entendendo que o valor repassado pelo município é destinado à aquisição de procedimentos especializados e não para o custeio da unidade. Para tanto, o cálculo desse valor foi obtido a partir da divisão do valor repassado por cada município anualmente pelo número de vagas que lhe foi ofertada pelo mesmo período. Os resultados são apresentados na tabela abaixo:

Tabela 14 – Valor de cada procedimento ofertado para cada município consorciado segundo sua participação no custeio do CEO-R de Sobral em 2011.

Municípios	Nº de procedimentos pactuados para 2011*	Valor do repasse/custo (em R\$) em 2011**	Custo do Procedimento
Pacujá	132	12.378,60	93,77
Senador Sá	132	13.242,34	100,32
Moraújo	156	16.963,48	108,74
Catunda	204	22.235,38	108,96
Coreaú	396	44.111,36	111,40
Alcântaras	192	21.476,86	111,85
Pires ferreira	168	19.572,62	116,50
Irauçuba	396	46.283,67	116,87
Santana do Acaraú	516	60.383,81	117,02
Ipu	696	81.515,17	117,12
Cariré	324	37.989,58	117,25
Sobral	3.084	362.235,37	117,45
Varjota	300	35.346,60	117,82
Groaíras	168	19.799,04	117,85
Frecheirinha	228	26.879,88	117,90
Hidrolândia	324	38.227,86	117,98
Santa Quitéria	756	89.513,39	118,40
Forquilha	360	42.888,24	119,15
Reriutaba	324	38.609,10	119,16
Massapê	588	70.268,41	119,50
Graça	264	31669,20	119,95
Uruoca	228	27.441,77	120,35
Meruoca	204	25.376,68	124,40
Mucambo	210	28.865,40	137,45
11ª CRES	10.350	1.213.273,81	116,13

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do \*Contrato de Programa do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral– CPSMSobral para 2011 e \*\* Contrato de Rateio do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral – CPSMSobral para 2011.

O valor médio para cada procedimento ofertado foi R\$ 116,13, variando de R\$ 93,77 para o município de Pacujá até R\$ 137,45 para Mucambo, uma diferença de 46,6%.

### 5.5. A distribuição das vagas nos municípios

Assim como na pactuação entre os municípios não há a utilização de dados epidemiológicos como base para a oferta de vagas para as diversas especialidades, na distribuição dessas vagas dentro dos municípios, a realidade é semelhante.

Praticamente metade dos Coordenadores (oito) respondeu que o critério utilizado em seus municípios para a distribuição das vagas se dá pela ordem de procura por marcação, independentemente de outros critérios. Em três municípios (20%), as vagas são distribuídas uniformemente entre as equipes de saúde bucal do PSF. Em outros quatro municípios, são utilizados critérios internos variados, que vão desde a classificação de risco dos pacientes, a idade, a densidade demográfica do território de cada território ou segundo a capacidade de adequação dos paciente para posterior encaminhamento. Nenhum coordenador relatou o uso de critérios epidemiológicos para a distribuição das vagas.

Tabela 15 – Respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios da 11ª CRES à questão relativa à forma de distribuição das vagas nesses municípios no ano de 2011.

Município	Como são distribuídas as vagas em seu municípios?			
	Uniformemente pelas ESB do PSF	A partir de critérios epidemiológicos	Marcado por quem chegar primeiro	Outro critério
Catunda			X	
Coreaú				X
Forquilha			X	
Groáiras			X	
Hidrolândia	X			
Ipu			X	
Massapê				X
Meruoca			X	
Moraújo			X	
Pacujá	X			
Pires Ferreira			X	
Reriutaba	X			
Santana do Acaraú				X
Senador Sá			X	
Sobral				X
TOTAL	03	00	08	04

De acordo com Costa (2004), o acesso do usuário será garantido quanto mais qualificada for a recepção nos serviços de saúde, e a ordem de chegada não deverá ser o critério mais importante na triagem dos casos encaminhados ao atendimento, mas a real necessidade do paciente. A ordem de chegada coloca todos os pacientes em um mesmo nível de necessidade, e, nesse caso, a dificuldade de acesso poderia ser um fator de exclusão pra alguns usuários.

### 5.6. Taxa de aproveitamento de marcação de consulta (TAMC)

A taxa de aproveitamento das vagas ofertadas e que foram marcadas, por cada município, é apresentada abaixo (TABELA 10).

Essa taxa foi calculada, dividindo-se o total de pacientes marcados pelo município no ano de 2011 pelo número de vagas ofertadas (pactuadas) em primeira consulta nas diversas especialidades e multiplicado por 100.

Tabela 16 – Taxa de aproveitamento de marcação de consultas para o CEO-R de Sobral, por cada município da 11ª CRES, em 2011.

Municípios	Pactuado*	Marcado**	TAMC
Varjota	300	9	3%
Ipu	696	53	8%
Santana do Acaraú	516	112	22%
Pires Ferreira	168	38	23%
Reriutaba	324	74	23%
Meruoca	204	61	30%
Santa Quitéria	756	259	34%
Hidrolândia	324	130	40%
Moraújo	156	82	53%
Senador Sá	132	79	60%
Alcântaras	192	127	66%
Pacujá	132	87	66%
Catunda	204	136	67%
Graça	264	180	68%
Irauçuba	396	268	68%
Frecheirinha	228	159	70%
Forquilha	360	269	75%
Cariré	324	251	77%
Sobral	3.084	2.377	77%
Massapê	588	463	79%
Mucambo	210	173	82%
Coreaú	396	327	83%
Groaíras	168	148	88%
Uruoca	228	206	90%
11ª CRES	10.350	6.068	58,60%

\* Fonte: Contrato de Programa do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral-CPSMSobral para 2011.

\*\* Fonte: Relatório mensal Sisreg (janeiro a dezembro de 2011).

Apenas três coordenadores (20%) relataram que não conheciam e

acompanhavam a taxa de aproveitamento de marcação de consultas (TAMC) para as diversas especialidades ofertadas no CEO-R. Esses três municípios encontram-se entre os cinco piores aproveitamentos na marcação de consultas, o que nos leva a crer que se faz necessário o acompanhamento e monitoramento das taxas com o intuito de melhor utilizar as vagas disponíveis.

Onze Coordenadores (73%) relacionaram episódios temporários a uma menor taxa de aproveitamento das vagas ofertadas em primeira consulta para o CEO-R. Dentre estes episódios, foram citados: instabilidade no número de equipes de saúde bucal, ausência de coordenador municipal de saúde bucal, instabilidade política por conta da troca do chefe do executivo municipal e férias dos cirurgiões-dentistas da atenção primária.

Tabela 17 – Respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios da 11ª CRES às questões relacionadas à TAMC no ano de 2011.

Município	Conhece e acompanha a TAMC?		Algum episódio que explique uma menor TAMC?		Associa o Sisreg a menor TAMC?		
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não Sei
Catunda	X			X	X		
Coreaú	X		X			X	
Forquilha	X		X			X	
Groaíras	X			X	X		
Hidrolândia	X			X	X		
Ipu		X	X			X	
Massapê	X		X			X	
Meruoca	X			X		X	
Moraújo	X		X				X
Pacujá	X		X			X	
Pires Ferreira	X		X			X	
Reriutaba		X	X			X	
Santana do Acaraú		X	X				X
Senador Sá	X		X			X	
Sobral	X		X			X	
TOTAL	12	03	11	04	03	10	02

Com relação ao *software* utilizado para o gerenciamento e marcação dos pacientes (Sisreg), três Coordenadores acreditam que este, de alguma maneira, contribui para um menor aproveitamento das vagas na marcação das primeiras consultas em seu município. Apenas um dos entrevistados justificou sua resposta, dizendo que o *software* traz dificuldades relacionadas à não flexibilidade de datas e horários para a marcação das primeiras consultas, o que é verdade, pois o sistema não permite que seja, por exemplo, reservado o turno da manhã para os usuários de municípios mais distantes. Os outros dois não souberam justificar as dificuldades encontradas. Dez Coordenadores (73%) disseram não reconhecer dificuldades relacionadas ao sistema, e outros dois Coordenadores não souberam responder.

### 5.7. Taxa de pacientes faltosos (TF)

A taxa de faltosos (TF) no CEO-R foi calculada pelo número de pacientes de um município que faltaram à 1ª consulta em 2011 dividido pelo número de 1ªs consultas marcadas no município em 2011 multiplicado por 100. A tabela abaixo apresenta essa taxa por município e em ordem crescente:

Tabela 18 – Taxa de pacientes faltosos em ordem crescente por município da 11ª CRES em 2011.

Municípios	Pactuado*	Marcado**	Faltosos**	TF
Meruoca	204	61	5	8%
Hidrolândia	324	130	40	12%
Ipu	696	53	7	13%
Sobral	3.084	2.377	324	14%
Forquilha	360	269	40	15%
Senador Sá	132	79	14	18%
Coreaú	396	327	62	19%
Frecheirinha	228	159	31	19%
Cariré	324	251	55	22%
Varjota	300	9	2	22%
Graça	264	180	44	24%
Massapê	588	463	113	24%
Mucambo	210	173	44	25%
Uruoca	228	206	52	25%
Groaíras	168	148	38	26%
Pacujá	132	87	23	26%
Santana do Acaraú	516	112	29	26%
Santa Quitéria	756	259	69	27%
Reriutaba	324	74	21	28%
Moraújo	156	82	24	29%
Pires Ferreira	168	38	11	29%
Alcântaras	192	127	39	31%
Irauçuba	396	268	85	32%
Catunda	204	136	47	35%
11ª CRES	10.350	6.068	1.219	20%

\* Fonte: Contrato de Programa do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral-CPSMSobral para 2011.

\*\* Fonte: Relatório mensal Sisreg (janeiro a dezembro de 2011).

Com relação ao conhecimento do índice de faltas dos pacientes nas primeiras consultas no CEO-R, apenas 9 Coordenadores (60%) relataram realizar o acompanhamento desses números.

Quando perguntados se a distância entre o seu município e Sobral (sede do CEO-R) seria um fator que poderia ocasionar um menor aproveitamento das vagas de primeira consulta, dez Coordenadores (67%) responderam que sim. Como principal justificativa, foi citado o alto custo do transporte, que, ainda segundo os entrevistados, é custeado pelo próprio paciente em 80% (n=12) desses municípios. É importante ressaltar que quando há a necessidade desse usuário ter um acompanhante (crianças, idosos ou pacientes com necessidades especiais) esses custos podem ser ainda mais restritivos. Em apenas 20% (n=3) dos municípios, a gestão municipal se responsabiliza pelo transporte dos usuários. Em um estudo do acesso econômico ao serviço de saúde, um dos primeiros aspectos a considerar é o custo do deslocamento do usuário, que é proporcional à distância de sua moradia e à forma como ele se desloca (RAMOS; LIMA, 2003).

Para 14 entrevistados (93%) o fator transporte dos pacientes é um fator limitante para um melhor aproveitamento das vagas ofertadas em primeira consulta no CEO-R. O único entrevistado que respondeu que não era limitante, também respondeu que o município se responsabilizava pelo transporte dos usuários. Mas, se observarmos as taxas desse município, veremos que este apresenta a segunda pior taxa de marcação, com aproveitamento de apenas 8% das vagas ofertadas. Mesmo o Coordenador do município sede do serviço acredita que o fator transporte pode ser limitante, uma vez que existem algumas localidades (distritos) no município que ficam distantes da unidade de saúde (Taperuaba, por exemplo, fica a 68 Km da sede de Sobral). Contudo esse fator é menos significativo neste município, uma vez que apenas cerca de 20% da população de Sobral mora em distritos, e nem todas essas localidades ficam distantes da sede.

O transporte coletivo / alternativo foi citado por 87% dos Coordenadores (n=13) como o principal meio de transporte utilizado por estes usuário. Dois entrevistados não souberam precisar o tipo de transporte mais utilizado pelos usuários.

Tabela 19 - Respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios da 11ª CRES às questões relativas à TF, distância e transporte dos pacientes em 2011.

Município	Conhece o índice de faltas?		Distância para Sobral pode diminuir TAMC?		Responsável pelo deslocamento?				Transporte é limitante?	
	Sim	Não	Sim	Não	Município	Paciente	Outro	Não Sei	Sim	Não
Catunda	X		X		X				X	
Coreaú	X		X			X			X	
Forquilha	X			X		X			X	
Groaíras	X			X		X			X	
Hidrolândia		X	X			X			X	
Ipu		X		X	X					X
Massapê		X		X		X			X	
Meruoca		X	X			X			X	
Moraújo	X		X		X	X			X	
Pacujá	X		X			X			X	
Pires Ferreira		X	X			X			X	
Reriutaba	X		X			X			X	
Santana do Acaraú		X	X			X			X	
Senador Sá	X		X			X			X	
Sobral	X			X		X			X	
TOTAL	09	06	09	06	03	12	00		14	01

De acordo com Mendoza-Sassi (2001) a acessibilidade geográfica e organizacional está entre os fatores associados à maior utilização dos serviços especializados.

Segundo Ramos e Lima (2003), a forma de deslocamento utilizada pelo usuário é fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde. Em um estudo realizado em uma Unidade de Saúde de grande porte de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (RS), estes autores observaram uma maior frequência para o deslocamento a pé, provavelmente em função da proximidade da residência à Unidade de Saúde, seguido do transporte por ônibus. Para estes autores, a forma mais prática e também a mais econômica consiste no deslocamento a pé, o que demonstra a importância da proximidade entre o serviço de saúde e a residência do usuário. Porém, deve-se perceber a diferença entre um estudo sobre o acesso às UBS e a um centro de referência, ou ainda, como no presente estudo, um centro de



referência regional que envolve municípios que distam em média mais de 60 Km da sede do serviço. Por isso, vale salientar a importância do poder público facilitar esse acesso de modo que todos, principalmente aqueles que vivem mais distantes das unidades de saúde, tenham meios para chegar até elas.

Silvestre (2012) relatou que a maioria dos entrevistados citou como um dos principais obstáculos para um bom funcionamento do CEO-R de Ubajara (Ceará) a inexistência de um sistema de transporte sanitário, e que a solução para esse problema deverá centrar-se na perspectiva regional e de redes de atenção, não sendo solucionado por um único município.

As dificuldades econômicas, como custo de deslocamento e condição social atual do usuário, foram relatadas como dificuldades no acesso dos usuários aos serviços de saúde nos estudos de Ramos e Lima (2003) e Bizerril (2011), tendo sido este último, realizado em três CEO-R do estado do Ceará.

Segundo Bizerril (2011), é importante destacar que, apesar da grande necessidade de serviços de nível secundário por parte da população, índices altos de falta de pacientes foram relatados pelos gestores. Os motivos citados foram a falta de transporte sanitário, a falta de verba para condução (situação econômica), estradas e vias interditadas ou com acesso inviável, o desconhecimento do processo de referenciamento, municípios em que os usuários residem são distantes, dentre outros. Segundo os diretores dos CEO-R entrevistados por este autor, estas razões fazem com que estas unidades sejam subutilizadas e que as demandas da população como um todo demorem a ser resolvidas (BIZERRIL, 2011).

Chaves *et al.* (2011) identificam que a constante falta de pacientes, que não são substituídos, é um aspecto importante para a falta do êxito esperado pela assistência dos CEO. Sendo assim, a reorganização do fluxo de pacientes e dos processos de trabalho nos serviços de atenção secundária poderia incluir redução de barreiras organizacionais como a implantação do agendamento prévio, bem como uma lista de espera diária para substituição de faltosos ou com marcação extra, considerando a provável falta de pacientes, o que é amplamente recomendado para aproveitamento da oferta disponível e redução de consultas de retorno, que muitas vezes são barreiras importantes, uma vez que muitos retornos podem significar a não procura posterior do serviço pelo paciente por falta de dinheiro para o transporte.

Ferreira e Loureiro (2008) sugeriram a redução da barreira de acesso com o

aumento do tempo de consulta, implicando menor número de visitas, de modo a reduzir o custo para o paciente. Isso pode ser interessante em algumas especialidades, como PNE, mas não funciona como regra, uma vez que algumas especialidades necessitam de intervalo entre as sessões clínicas, como na Prótese Dentária, que necessita de fases laboratoriais intermediárias às fases clínicas.

Com exceção do Coordenador do município sede do serviço, todos os outros 14 Coordenadores responderam que acreditam que a disponibilidade de vagas no turno da noite (17:00 às 21:00 horas) é um fator que acarreta na recusa de muitos usuários à marcação da consulta, resultando em uma menor TAMC para o seu município. Os mesmos 14 Coordenadores acreditam ainda que esse horário de atendimento é responsável por uma maior TF em primeira consulta no CEO-R. Esses achados são reforçados pelos relatos Pinheiro *et al.* (2002), em que a ausência de dinheiro, a dificuldade de transporte ou a distância e o horário incompatíveis foram os principais motivos da não procura pelos serviços de saúde daqueles que consideravam necessitar do atendimento.

### 5.8. Taxa de utilização do serviço (TUS)

A taxa de utilização do serviço (TUS) foi calculada a partir do número de pacientes de um município que foram atendidos no ano de 2011, dividido pelo total de vagas ofertadas para esse município no mesmo período e multiplicado por 100. Os resultados em ordem crescente de utilização pode ser visualizados na tabela abaixo:

Tabela 20 – Taxa de utilização do serviço por município da 11ª CRES em 2011.

Municípios	Pactuado*	Atendidos**	TUS
Varjota	300	7	2%
Ipu	696	46	7%
Pires Ferreira	168	27	16%
Reriutaba	324	53	16%
Santana do Acaraú	516	83	16%
Meruoca	204	56	27%
Santa Quitéria	756	205	27%
Hidrolândia	324	90	28%
Moraújo	156	61	39%
Catunda	204	89	44%
Alcântaras	192	88	46%
Irauçuba	396	183	46%
Pacujá	132	64	48%
Senador Sá	132	69	52%
Graça	264	141	53%
Frecheirinha	228	128	56%

Cariré	324	196	60%
Massapê	588	350	60%
Mucambo	210	129	61%
Forquilha	360	229	64%
Groaíras	168	110	65%
Coreaú	396	265	67%
Sobral	3.084	2.053	67%
Uruoca	228	154	68%
11 <sup>a</sup> CRES	10.350	4.876	46,20%

\* Fonte: Contrato de Programa do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral-CPSMSobral para 2011.

\*\* Fonte: Relatório mensal Sisreg (janeiro a dezembro de 2011).

A taxa de utilização média nos municípios que compõem a Região de Saúde de Sobral foi para o ano de 2011 de 46,2%, com uma variação de 2% para o município de Varjota a 68% para o município de Uruoca.

Uma maior oferta e disponibilidade de serviços de saúde podem não necessariamente significar maior utilização (RIBEIRO-SOBRINHO; SOUZA; CHAVES, 2008; GUAY, 2004). As principais razões para a distância entre oferta e utilização podem estar associadas à disponibilidade da força de trabalho e sua distribuição geográfica, às mudanças no perfil epidemiológico que reduz necessidades, à facilidade de acesso a serviços odontológicos como redução de barreiras financeiras e geográficas. Esses fatores podem influenciar o desempenho do serviço no cumprimento dos padrões de oferta adequada de procedimentos (CHAVES *et al.* 2011). Ainda segundo Chaves *et al.* (2011), a construção de protocolos de referência bem definidos podem, também, contribuir para uma melhor utilização dos serviços especializados, reduzindo a possibilidade de realização de procedimentos básicos nos CEO. No caso do CEO-R em questão, o protocolo existente deixa claro os procedimentos que devem ser realizados previamente ao encaminhamento para o serviço especializado, e, uma vez detectada a não realização desses procedimentos, o paciente é encaminhado de volta à unidade de saúde que o referenciou para que os mesmos sejam realizados.

## 5.9. Impacto financeiro

A partir do conhecimento da taxa de utilização do serviço e do custo de cada procedimento por município, foi possível calcular o impacto financeiro causado pela falta de aproveitamento das vagas que foram pactuadas para o ano de 2011.

O cálculo do custo real do procedimento foi realizado dividindo o valor do repasse anual de cada município pelo número de pacientes que foram atendidos no ano de 2011.

Tabela 21 – Custo do procedimento (Custo Real) por paciente atendido por município da 11ª CRES em 2011.

Municípios	Atendidos*	Repasse Anual**	Custo do Procedimento	Custo Real
Coreaú	265	44.111,36	93,77	166,45
Sobral	2.053	362.235,37	100,32	176,44
Uruoca	154	27.441,77	108,74	178,19
Groaíras	110	19.799,04	108,96	180,00
Forquilha	229	42.888,24	111,40	187,28
Senador Sá	69	13.242,34	111,85	191,91
Pacujá	64	12.378,60	116,50	193,41
Cariré	196	37.989,58	116,87	193,82
Massapê	350	70.268,41	117,02	200,81
Frecheirinha	128	26.879,88	117,12	210,00
Mucambo	129	28.865,40	117,25	223,76
Graça	141	31.669,20	117,45	224,60
Alcântaras	88	21.476,86	117,82	244,05
Catunda	89	22.235,38	117,85	249,83
Irauçuba	183	46.283,67	117,90	252,91
Moraújo	61	16.963,48	117,98	278,08
Hidrolândia	90	38.227,86	118,40	424,75
Santa Quitéria	205	89.513,39	119,15	436,65
Meruoca	56	25.376,68	119,16	453,15
Pires Ferreira	27	19.572,62	119,50	724,91
Santana do Acaraú	83	60.383,81	119,95	727,51
Reriutaba	53	38.609,10	120,35	728,47
Ipu	46	81.515,17	124,40	1.772,06
Varjota	7	35.346,60	137,45	5.049,51
11ª CRES	4.876	1.213.273,81	116,13	569,52

\* Fonte: Relatório mensal Sisreg (janeiro a dezembro de 2011).

\*\* Fonte: Contrato de Rateio do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral– CPSMSobral para 2011.

O custo real médio do procedimento foi de R\$ 569,52 (490% superior ao custo médio por procedimento pactuado), com uma variação de R\$ 166,45 para o município de Coreaú até o valor de R\$ 5.049,52 para o município de Varjota. Os valores médios comparativos por município podem ser verificados na tabela acima. São valores altos se comparados aos valores pagos se todos os procedimentos ofertados fossem realmente aproveitados. Fica clara a necessidade do conhecimento dos gestores sobre essa realidade e a importância de um aprofundamento nas discussões a respeito do melhor aproveitamento das vagas ofertadas pelo CEO-R de Sobral, uma vez que está sendo feito um alto investimento na manutenção de um serviço especializado que está preparado de forma adequada

para receber a demanda por este tipo de tratamento, mas que está sendo subproveitada pelos municípios.

Sobre o conhecimento do impacto financeiro causado pelo não aproveitamento das vagas ofertadas para o seu município pelo CEO-R, nove Coordenadores (60%) afirmaram conhecer estes dados, enquanto seis Coordenadores (40%) afirmaram não conhecê-los.

Para Guimarães (2010), a análise de custos dos serviços odontológicos prestados pelos CEO deve basear-se num modelo onde os centros de custos finais coincidam com as especialidades oferecidas. Por trás dessas especialidades existe o uso de máquinas, equipamentos e materiais sofisticados, tornando o estudo do custo uma ferramenta fundamental para a execução orçamentária. Vale ressaltar que, também na Saúde Bucal, é significativa a participação do custo direto da mão-de-obra especializada. Portanto, desconhecer a estrutura de custos dos CEO é um fator limitante na consecução dos objetivos dessa atenção secundária.

Como outros fenômenos intrínsecos do setor de saúde, a atenção bucal pode se beneficiar dos recursos que a Economia da Saúde. Eles são particularmente úteis na administração dos serviços onde as escolhas são pontos críticos da gestão todos os dias. A visão econômica da saúde é ferramenta fundamental no gerenciamento da diminuição das desigualdades entre classes e regiões (SILVA, 2003; SILVA, 2004), características bem próprias do Brasil. A redução de iniquidades num sistema complexo como é o da saúde, passa por uma correta escolha dos benefícios e externalidades alcançados, mas também por escolhas economicamente corretas. Geralmente, avaliação sobre a necessidade de recompensar os prejudicados por essas mesmas decisões têm que fazer parte das decisões gerenciais de um planejamento público (NADANOVSKY *et al.*, 2008).

O controle de custo nos CEO é bastante limitado tendo em vista o alto investimento. Um amplo acompanhamento de custos (incluindo CEO municipais e regionais), sob critérios da Economia da Saúde, é altamente recomendável visando instrumentalizar a gestão para a obtenção de adequado custo-efetividade dos serviços (GUIMARÃES, 2011).

Para Chaves *et al.* (2011), o acesso à atenção odontológica apresenta profunda desigualdade e há controvérsias se o investimento em serviço especializado é a solução adequada, haja vista que a maior parte da redução dos principais agravos bucais (cárie dentária e doenças periodontais) está no acesso à

atenção primária (acesso ao flúor e disseminação das práticas de higiene oral) e melhoria nos indicadores sociais (escolaridade, renda e ocupação), e não necessariamente na assistência odontológica propriamente dita. Ainda assim, no Brasil, com escasso acesso ao cuidado odontológico, a formulação de políticas que visam ampliar acesso à prática restauradora, inclusive especializada, é necessária considerando que a prática odontológica pública ainda está centrada em procedimentos curativos e poucas práticas preventivas.

Estudos apontam o baixo acesso e utilização dos serviços odontológicos, mostrando necessidade de reorganização e reestruturação destes (BARROS, BERTOLDI, 2002; PINHEIRO; TORRES, 2006; CHAVES *et al.*, 2011). Entretanto, estas ações dependem da avaliação mais aprofundadas para serem realizadas.

Segundo Silvestre (2012), que estudou CEO-R de Ubajara, no estado do Ceará, o investimento realizado por cada município para atendimento de seus pacientes no CEO-R e a não utilização desses recursos na sua totalidade gera um claro desperdício, tanto da capacidade instalada de recursos humanos quanto de materiais, e isto se deve à dificuldade de acesso dos usuários aos serviços.

#### **5.10. Taxa de cobertura de ESB X Taxa de aproveitamento de marcação de consulta (TAMC)**

Segundo os Coordenadores, três municípios (20%) organizam a demanda por saúde bucal na Atenção Primária por meio da livre busca dos usuários pelo atendimento (demanda espontânea); em um outro município, apenas as gestantes têm atendimento programado, o que demonstra que alguns municípios ainda apresentam dificuldade de adaptação à lógica de atenção proposta pela ESF, que tem por base os atendimentos programados. Nos outros onze municípios (73%), a maior parte dos atendimentos são realizados para pacientes agendados (demanda programada), com algumas vagas dispensadas para a demanda espontânea.

Ainda segundo os entrevistados, doze deles (80%) acreditam que a maneira como está organizada a demanda em seu município influencia positivamente no aproveitamento das vagas de primeira consulta nas especialidades ofertadas para o seu município. Os três Coordenadores que responderam que não são os mesmos que responderam que organizam o atendimento exclusivamente por meio da demanda espontânea.

Quando perguntados se acreditavam que haveria influência negativa na taxa de aproveitamento de marcação de primeiras consultas por conta de uma baixa cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da família, todos os Coordenadores de saúde bucal entrevistados entenderam que sim.

Tabela 22 – Respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios da 11ª CRES às questões relacionadas à organização da demanda e à TAMC no ano de 2011.

MUNICÍPIO	Como a demanda da APS está organizada?				Essa organização influencia positivamente na TAMC?		Baixa cobertura de ESB influencia negativamente na TAMC?	
	Somente demanda espontânea	Somente atendimento programado	Atendimento programado + Demanda espontânea	Outro	Sim	Não	Sim	Não
Catunda			X		X		X	
Coreaú			X		X		X	
Forquilha			X		X		X	
Groaíras			X		X		X	
Hidrolândia				X	X		X	
Ipu	X					X	X	
Massapê			X		X		X	
Meruoca			X		X		X	
Moraújo	X					X	X	
Pacujá			X		X		X	
Pires Ferreira			X		X		X	
Reriutaba			X		X		X	
Santana do Acaraú			X		X		X	
Senador Sá	X					X	X	
Sobral			X		X		X	
TOTAL	03	00	11	01	12	03	15	00

Cruzando os dados da taxa de aproveitamento de marcação de consultas (TAMC) nos municípios com a taxa de cobertura de ESB, segundo os extratos propostos na metodologia, encontramos os seguintes resultados:

Tabela 23 – Taxa de utilização das vagas pactuadas por município da 11ª CRES em 2011.

Cobertura de ESB	TAMC	Distância média
Até 60%	55,1%	68 Km
Até 60% sem Sobral	35,2%	76,5 Km

> 60%	64,6%	56,6 Km
11 <sup>a</sup> CRES	58,6%	61 Km

Observamos que os municípios com cobertura de ESB de até 60% possuem um menor TAMC (55,1%) quando comparados aos municípios com maior taxa de cobertura (64,6%). Isso nos mostra que um município com uma maior cobertura na saúde bucal na atenção básica tem uma maior possibilidade e capacidade de organizar a sua demanda, de realizar o tratamento necessário neste nível de atenção e encaminhar os casos necessários para um maior nível de complexidade, refletindo-se em uma maior TAMC. Quando excluimos o município sede (Sobral) da amostra, verificamos que a taxa dos municípios com menor cobertura diminui ainda mais (35,2%). Se comparamos a distância média dos municípios para o município de Sobral (sede do serviço especializado), observamos que os municípios com menor taxa de cobertura de ESB situam-se em média mais afastados (68 Km com Sobral e 76,5 Km sem Sobral) do que os com maiores cobertura (56,6 Km), o que nos reforça a idéia de que uma maior distância dos municípios consorciados à sede do serviço especializado é inversamente proporcional à taxa de aproveitamento na marcação de consultas.

Concordamos com Frenk (1992) e Chaves *et al.* (2010), que relataram que a integralidade desejada requer boa cobertura da atenção primária para permitir a interface e a utilização adequada dos serviços de saúde bucal. Essa utilização, por sua vez, poderia também ser influenciada pela acessibilidade aos serviços, entendida como relação entre os obstáculos impostos pelos serviços (que nesse caso seria a distância de alguns municípios ao município sede ou a oferta de vagas no turno da noite) e os poderes dos usuários para superarem tais dificuldades (carência de transporte e baixo poder aquisitivo). Goes *et al.* (2012), analisando todos os CEO implantados no Brasil no ano de 2007, relataram que nos municípios de maior população, com uma insuficiente cobertura de ESB, referiu-se uma maior demanda espontânea de atenção básica aos CEO. Esse fato pode comprometer a interação entre a Atenção Secundária e Atenção Primária, havendo incoerência para referência dos casos em função de suas necessidades de tratamento. Isso poderia explicar os resultados encontrados por Figueiredo e Goes (2006) e Guimarães *et al.* (2012), que mostraram que o fator cobertura de equipes de saúde bucal no PSF parecia não influenciar os resultados. Os achados de ambos os estudos mostraram



que o grupo de municípios com cobertura populacional de ESB superior a 50% teve os piores resultados. Concordamos então com Chaves *et al.* (2010), que a implantação de CEO em municípios nos quais a atenção primária à saúde não esteja adequadamente estruturada não seria recomendada, pois esta estaria atendendo à livre demanda e executando procedimentos básicos e, portanto, descumprindo o princípio da integralidade.

Segundo Cecilio (1997), a literatura tem evidenciado uma preferência por modelos assistenciais piramidais, hierarquizados, de base loco-regional, estabelecendo-se como porta de entrada da atenção básica, que, quando consegue uma cobertura universal, possibilita uma diminuição de demanda de atenção secundária e terciária, além de priorizar investimentos tanto em recursos humanos, quanto na construção de novos equipamentos, na medida em que fica mais fácil perceber onde estão localizadas as reais necessidades da população. Por outro lado, esta reorganização poderia contribuir apenas na transformação da demanda espontânea em demanda referenciada aos serviços de maior complexidade. Portanto, não há um consenso entre autores para esta questão, e mais estudos no Brasil seriam necessários para comprovação disto.

Costa e Maeda (2001) acentuam que o modelo piramidal é o defendido pelo SUS, que tem em sua base o nível primário, sustentado por um conjunto de unidades de baixa complexidade que formam a rede básica. Como nessa proposta é valorizada a regionalização e a hierarquização dos serviços, essa rede serviria de porta de entrada para o sistema de saúde, garantindo dessa forma a estruturação do sistema de referência e contrarreferência. No entanto, a porta de entrada a partir da Unidade Básica de Saúde não se encontra permanentemente aberta, nem permite acesso a uma série de serviços durante todo o tempo (BOTAZZO, 1999). Para que essa rede de organização hierárquica funcionasse com sua missão de oferecer atenção integral à saúde das pessoas, seria necessária fundamentalmente a expansão da cobertura da Atenção Básica, com democratização do acesso aos serviços de saúde, através de uma cobertura universal, de modo que esta realmente pudesse atuar como a primeira via de entrada ao sistema.

Guimarães (2011), finaliza seu trabalho abordando um dilema filosófico que parece emergir das discussões: como os recursos são finitos, deve-se ampliar a cobertura das ações primárias (investir no Programa Saúde da Família e ampliar o número de equipes de Saúde Bucal) e somente depois investir na média

complexidade (CEO), ou manter um programa duplo, mesmo que enfrentando conflitos de demanda espontânea e populações privilegiadas?

#### **5.11. Presença de CEO municipal X Taxa aproveitamento de marcação de consultas (TAMC)**

Segundo a Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006, os CEO devem estar preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (PNE). Segundo os Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios que possuem CEO com gestão municipal, apenas a especialidade Endodontia é oferecida em todos os seis CEO municipais. Periodontia e Cirurgia são ofertados em cinco unidades e PNE é ofertada em quatro municípios. O município de Sobral oferta ainda as especialidades de Ortodontia e Prótese Dentária, mas essa é uma opção da gestão municipal, uma vez que estas especialidades não fazem parte do mínimo exigido para o funcionamento destas unidades. Sem entrar na discussão sobre a quantidade ou qualidade dos procedimentos ofertados, que não são objetos desse estudo, o simples fato de três dessas unidades não ofertarem o mínimo exigido pela portaria, já nos leva a uma reflexão sobre o papel que essas unidades representam no contexto da rede assistencial em saúde bucal.

Para Guimarães (2010), não restam dúvidas de que é positivo ter-se CEO regional em cada Região de Saúde, mas a localização dos novos centros regionais em termos da menor distância para o usuário deve ser avaliada. Como os custos dos CEO-R na modalidade consórcio envolvem todos os municípios da Região de Saúde, é preocupante a possibilidade de que uma desmobilização dos centros municipais venha a ocorrer. A grande dimensão das Regiões de Saúde justifica uma política de incentivo também aos CEO municipais. Se por um lado é razoável construir-se os centros regionais nos municípios sede da Região, por outro, as distâncias percorridas pelas populações mais carentes e periféricas podem estar sendo ampliadas. Os centros regionais deveriam complementar da rede de atenção que nasce nos municípios, sem causar hipertrofia do Estado nesses serviços. O obstáculo das distâncias é causador de superprodução de cuidados a um público

geograficamente privilegiado. Para os municípios não contemplados com os CEO-R, o empoderamento do usuário fica prejudicado devido ao seu deslocamento para um município desconhecido e onde ele não possui representação política. Dessa forma, é razoável esperar-se maior índice de faltas desse tipo de usuário.

Tabela 24 – Especialidades odontológicas ofertadas nos CEO municipais da 11ª CRES segundo os Coordenadores municipais de saúde bucal no ano de 2011.

Município	Quais as especialidades ofertadas?					
	PNE	Endodontia	Ortodontia	Periodontia	Cirurgia	Prótese
Coreaú		X		X	X	
Forquilha	X	X		X	X	
Ipu	X	X				
Massapê	X	X		X	X	
Santana do Acaraú		X		X	X	
Sobral	X	X	X	X	X	X
TOTAL	04	06	01	05	05	01

Cinco dos seis Coordenadores acreditam que existe demanda suficiente para alimentar tanto o CEO de gestão municipal quanto o CEO-Regional. Sendo assim, estes mesmos entrevistados não acreditam que o serviço ofertado pelo CEO existente em seu município seja um serviço concorrente do CEO-Regional ou que este prejudicaria uma melhor taxa de aproveitamento de marcação de consulta para o CEO-Regional, embora cinco deles tenham respondido que caso um paciente necessite de uma especialidade que seja ofertada tanto em seu município quanto no CEO-R, ele é preferencialmente encaminhado para o CEO municipal. O outro entrevistado relatou não existir uma regra clara para isso em seu município.

Tabela 25 – Respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios da 11ª CRES às questões relacionadas aos CEO municipais no ano de 2011.

Município	Existe demanda suficiente para o CEO-R e CEO-M?		Para aonde o paciente é preferencialmente encaminhado?			CEO-M é concorrente do CEO-R?				CEO-M diminui TAMC?	
	Sim	Não	CEO-R	CEO-M	Não há regra	Sim, em todas especialidades	Sim, em algumas especialidades	Não	Não Sei	Sim	Não
Coreaú	X			X				X			X
Forquilha	X			X				X			X

lpu	X			X				X			X
Massapê		X		X			X			X	
Santana do Acarau	X			X				X			X
Sobral	X				X			X			X
TOTAL	05	01	00	05	01	00	01	05	00	01	05

Cruzamos os dados relativos à taxa de aproveitamento de marcação consultas nos municípios com a variável presença ou não de CEO municipal, no intuito de verificar se essa presença levaria a uma menor taxa de aproveitamento na marcação de consultas (TAMC). Os resultados podem ser verificados na tabela 26:

Tabela 26 – Taxa de utilização das vagas pactuadas por município da 11ª CRES em 2011 X Distância Média dos municípios com ou sem CEO municipal para Sobral.

CEO Municipal	TAMC	Distância média
COM CEO-M	63,8%	38 Km
Com CEO-M (sem Sobral)	47,9%	45,6 Km
SEM CEO-M	52,4%	68,7 Km
11ª CRES	58,6%	61 Km

Quando cruzamos os dados da TAMC com a presença ou não de CEO-Municipal, observamos que onde não existia esse tipo de unidade especializada o aproveitamento era menor (52,4%) do que nos municípios onde existia CEO-Municipal (63,8%). Isso poderia ser um indicativo de que, ao contrário do que inicialmente imaginávamos, os CEO Municipais não se apresentam como concorrentes dos CEO Regionais pelos mesmos usuários, o que estaria em concordância com a percepção da maioria dos Coordenadores entrevistados. Contudo, se excluimos o município de Sobral dos municípios com a presença de CEO-M, esta taxa diminui para 47,9%, ou seja, menor que para os municípios que não possuem essa unidade de saúde. Mas isso parece ser melhor explicado por conta de um aumento na distância média dos municípios com CEO-M quando excluimos Sobral da amostra (de 38 para 45,6 Km). Nesse caso, observamos que a exclusão do município sede fez a diferença em termos da TAMC. Isso pode ser explicado pelo fato de o município de Sobral não ter algumas das mais importantes barreiras que dificultariam uma melhor taxa de aproveitamento, como a distância para o CEO-R (o que traz consigo implicações sobre custos e facilidade de

transporte) e a melhor aceitação dos pacientes quanto ao atendimento no turno da noite.

### 5.12. Distância ao município sede X Taxa de marcação, Taxa de faltosos e Taxa de utilização do serviço

Foram cruzados também os dados das taxa de aproveitamento de marcação de consultas (TAMC), de faltosos (TF) e de utilização do serviço (TUS) com a distância dos municípios ao município sede do serviço especializado. Os municípios foram divididos em quatro diferentes estratos. Foi acrescentada ainda a categoria dos municípios com até 30 Km de distância sem a presença do municípios sede (Sobral), para que se pudesse avaliar em quais taxas o fator distância (que no caso deste é zero) iria sofrer alterações. Os resultados podem ser encontrados na tabela abaixo:

Tabela 27 – Taxa de utilização das vagas pactuadas por município da 11ª CRES em 2011 X cobertura de ESB X Distância Média dos municípios com ou sem CEO municipal para Sobral.

<b>Distância</b>	<b>TAMC</b>	<b>TF</b>	<b>TUS</b>
Até 30 Km	69,0%	16,2%	57,8%
Até 30 Km (sem Sobral)	70,6%	22,0%	55,1%
De 31 a 65 Km	51,2%	22,9%	39,6%
De 66 a 90 Km	52,6%	25,8%	40,0%
Maior que 90 Km	25,6%	29,4%	18,1%
11ª CRES	58,6%	20,0%	46,2%

Analisando os dados, foi verificado o seguinte:

- com relação à TAMC, os números são muito parecidos para os estratos até 30 Km com ou sem Sobral, o que implica que, para essa distância, não há grandes barreiras a serem enfrentadas pelos pacientes quanto à marcação de consultas;
- Ao comparar o primeiro estrato com os dois próximos (31 – 65 Km e 61 a 90 Km) se observou um decréscimo importante na taxa, mas entre esses dois intermediários a diferença é bem pequena. Quando comparados com os municípios acima de 90 Km é que se pode observar o quanto a distância e todos os elementos que traz consigo (custo e dificuldade de transporte e horário noturno) se torna uma grande barreira para os usuários;

- Com relação à TF o que se observa é um aumento progressivo da taxa proporcional ao aumento da distância desses municípios em relação ao município sede. Neste caso, fica claro que o fator distância parece interferir bastante, inclusive causando grande diferença entre os estratos de até 30 Km com e sem Sobral (16, 2% contra 22%);
- Com relação à TUS, observou-se um desempenho pior para os municípios mais afastados de Sobral, com diferenças pequenas entre os estratos até 30 Km com e sem Sobral e entre os estratos de 31 a 60 Km e de 61 a 90 Km, mas com diferenças maiores entre os estratos até 30 Km e os dois intermediários (31 – 65 Km e 61 a 90 Km) e entre esse e o de municípios afastados mais de 90 Km e com uma diferença marcante entre o primeiro e último estrato, mostrando o quanto a distância pode ser significativa na obtenção de melhores taxas.

No estudo de Sousa (2009), as dificuldades relatadas pelos usuários no trajeto ao serviço especializado se concentraram na distância da residência ao CEO (23,07%), na necessidade de andar muito até chegar ao CEO (20,50%), que se relaciona com a dificuldade para pagar a passagem (19,23%) e com a carência de transportes ou a demora para os mesmos passarem (19,23%). Importante ressaltar que esse estudo foi realizado em CEO municipais da Região de Saúde da Grande Natal. É de se esperar maiores dificuldades em serviços que se situem mais distantes dos municípios beneficiados, tal qual acontece no CEO-R.

Segundo Morris e Burke (2001), a distância e a demora no agendamento da consulta são fatores inibidores e representam meios de limitar o acesso ao serviço (controle de demanda).

Usuários com maior facilidade no acesso geográfico ao serviço especializado apresentam-se com mais chance de alcance da integralidade na saúde bucal em relação aos demais usuários (CHAVES *et al.*, 2010).

Morris e Burke (2001) consideram que qualquer realização feita para melhorar o acesso, tanto à atenção primária quanto à atenção secundária, deva ser recomendada, particularmente a ampliação da oferta de serviços. Os CEO-R têm sido implantados no estado do Ceará com a visão de ampliar a oferta de serviços na atenção secundária e assim melhorar o acesso e a resolutividade deste tipo de serviço no estado. Todavia, a simples implantação dos CEO-R não garante a integralidade da assistência em saúde bucal, uma vez que os níveis de

complexidade são complementares e um mal funcionamento de uma das partes prejudica essa interface.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O CEO-R parece estar adequadamente preparado para atender à demanda pactuada, e trouxe considerável incremento na oferta de procedimentos especializados em saúde bucal para os 24 municípios que formam a Região de Saúde de Sobral. Contudo, existem algumas barreiras geográficas, financeiras e organizacionais que ainda dificultam a acessibilidade e uma melhor taxa de aproveitamento e utilização dos serviços oferecidos nesta unidade. Esta constatação convida a refletir se o simples fato de aumentar a oferta de um serviço especializado é o suficiente para que se tenha uma maior resolutividade. Ser resolutivo no acesso ao sistema significa também promover a oportunidade de utilização dos serviços pelos usuários.

A principal barreira geográfica encontrada neste estudo foi a distância de alguns municípios à sede do serviço, que para alguns casos era superior a 100 Km. Outra importante dificuldade encontrada foi a carência de meios de transporte disponíveis para o deslocamento dos pacientes, na maior parte dos municípios de responsabilidade dos usuários. Os custos desse transporte, principalmente quando há a necessidade de acompanhante, também foram relatados como uma importante barreira financeira para uma maior resolutividade desta unidade de saúde.

Como barreira organizacional encontrada destacam-se a oferta de vagas no turno da noite e a impossibilidade de que essas vagas sejam reservadas no Sisreg somente para os municípios mais próximos da sede do serviço.

Outra importante dificuldade encontrada se relaciona à falta de uma oferta adequada de procedimentos, baseada em dados epidemiológicos, em consonância com as necessidades reais dos municípios consorciados.

Uma menor cobertura de ESB foi relacionada a uma menor taxa de aproveitamento das vagas ofertadas. Faz-se necessário melhorar a cobertura da atenção primária, uma vez que as unidades básicas são as únicas portas de entrada nessa rede assistencial. Uma atenção primária mais resolutiva, diminui a necessidade de encaminhamento e otimiza custos.

A presença de CEO municipal não foi relacionada a uma menor taxa de aproveitamento do CEO regional, mesmo porque algumas das unidades municipais não ofertam o mínimo exigido para o seu funcionamento.

Essas barreiras parecem explicar bem a baixa taxa média de aproveitamento de marcação de consultas (58,6%), a alta taxa média de pacientes faltosos (20%) e a baixa taxa média de utilização do serviço (46,2%), que trazem consigo um importante impacto financeiro para os municípios consorciados e uma clara incapacidade no cumprimento dos princípios do SUS.

Faz-se necessária uma ampla discussão a respeito das dificuldades encontradas com o objetivo de se fazerem os ajustes necessários para uma melhor utilização do serviço ofertado e justificar o amplo investimento que se tem feito na construção de uma rede assistencial em saúde bucal na região.



## BIBLIOGRAFIA

BARRETO, M. L. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.5, sup.1,p.4-17,2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2002000400003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000400003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan. 2012.

BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BIZERRIL, D.O. **Resolutividade de centros de especialidades odontológicas regionais do estado do Ceará**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.

BOTAZZO, C. **Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada**. Bauru: EDUSC; 1999. 237 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda Constitucional no 39, de 19 de dezembro de 2002. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. 2004. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)> Acesso em: 18 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS: caderno 2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 246 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006 – Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas**. Brasília, 2006. Disponível em:< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-599.htm>> Acesso em:13 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde . **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: OPAS, 2006. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21125&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21125&janela=1)> Acesso em 18 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. **Números da Saúde da Família**. Disponível em: <http://200.214.130.135/dab/abnumeros.php#numeros>. Acesso em: 04 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sisreg**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/oque.htm>. Acesso em: 24 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Brasília, DF. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5592/162/ministerio-aumenta-recursos-para-a-saude-bucal.html>. Acesso em 25 fev. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde Bucal**. Fortaleza, 2007.

CEARÁ, Manual de Orientação. **Consórcios Públicos em Saúde no Ceará: Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde**. Disponível em: [http://www.saude.ce.gov.br/site/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=44:&Itemid=247](http://www.saude.ce.gov.br/site/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=44:&Itemid=247). Acesso em: 25 set. 2010.

CECILIO L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Pública**, 1997; 13:469-78.

CHAVES S.C.L.; BARROS S.G.; CRUZ D.N.; FIGUEIREDO A.C.L; MOURA, B.L.A.; CANGUSSU, M.C.T. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev Saúde Publica**, 2010;44(6): 1005-1013.

CHAVES S.C.L.; CRUZ D.N.; BARROS S.G.; FIGUEIREDO A.C.L. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad Saude Pública**, 2011;27(1): 143-154.

CHESHIRE P.D. Why undertake outreach into general dental practice? **British Dental Journal**, 2002; 192(7):371-4.

COSTA I.C.C. Planejamento das ações de saúde. In: Ferreira MAF, Roncalli A.G., Lima K.C., organizadores. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: EDUFRRN; 2004. p. 287- 300.

COSTA W.G.A., MAEDA S.T. Repensando a rede básica e o distrito sanitário. **Saúde Debate**, 2001; 25(57): 15-29.

DIAS, AA; MARTINS FILHO, MT; SAMPAIO, JJC. A Odontologia Cearense na Fase de Transição (1983-1987). In:\_\_\_\_\_. **Políticas de saúde bucal no Ceará: história, aplicações e perspectivas**. Fortaleza: INESP/Editora UECE, 2003. cap. 4, p. 107-127.

DONABEDIAN A. **Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica.** 1a ed. espanhola. México: Biblioteca de la Salud; 1988.

FERREIRA C.A., LOUREIRO C.A. Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade. **Cad. Saúde Pública**, 2008; 24:2071-80.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, Feb. 2009.

FRATINI J.R.G., SAUPE R., MASSAROLI A. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, 2008; 7(1): 065-072.

FRAZÃO P., NARVAI P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde Debate**. 2009;33(81):64-71.

FRENK J.M. El concepto y la medición de accesibilidad. In: WHITE, K.L., editor. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.** Washington: OPAS; 1992. p. 929-43.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. 159 p.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 22 (6): 1171-1181, jun, 2006.

GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J.C.; SILVEIRA, F.M.M.; COSTA, J.F.R.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; ROSALES, M.S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28 Sup: p.81-9, 2012.

GUAY A.H. Access to dental care: the triad of essential factors in access-to-care programs. **J Am Dent Assoc**, v.135:p.779-85, 2004.

GUERRA, A.F.M.; GONÇALVES, D.U.; JUSTE, M.C.; CORTES, W.; ALVES, C.R.L.; LIMA, T.M.A. Otorrinolaringologia pediátrica no sistema público de saúde de Belo Horizonte. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.5, 2007.

GUIMARÃES, M.L.F. **Cuidados secundários em saúde bucal: Centro de Especialidades Odontológicas no Ceará, Brasil.** 2008. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=cej>. Acesso em: 13 nov. 2010.

JESSOP, N.M.; KAY, E.J.; MELLOR, A.C.; WHITTLE, J.G. Information failings and Future Requirments for Dental Commissioning Groups. London. **British Dental Journal**, v.190, p.36-38, 2001.

LIMA, J.C. Território situado, redes de conversação e coordenação: novas perspectivas para a integralidade da atenção à saúde. In: FERREIRA, COSTA, S.C.; MONKEN, M., organizadores. **Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. cap. 6. p. 103-127.

MARQUES, P.L.P. **Instrumento de informação para controle, avaliação, monitoramento e auditoria: a experiência do CEO regional de Baturité**. 2010. Monografia (Especialização em Auditoria em Serviço de Saúde) - Universidade Vale do Acaraú / Associação Brasileira de Odontologia – Ceará, Fortaleza, 2010.

MENDOZA-SASSI, R.; BERIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cad Saude Publica**. 17(4):819-32, 2001.

MELLO, A.L.S.F.; MOYSES, S.J. Melhores práticas em sistemas locais de saúde: sob foco, a saúde bucal do idoso. **Physis**, v. 20, n. 3, 2010.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde. Minas Gerais**. Escola de Saúde Pública, MG, 2009.

MORRIS, A.J.; BURKE, F.J.T. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? **British Dental J**; v.191, n.12: p.666-70, 2001.

MOYSÉS, S.J. **A política de saúde bucal**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I., organizadores. **Políticas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 305-341.

NADANOVSKY, P., COSTA, A.J.L., LUIS, R.R. **Epidemiologia & bioestatística em odontologia**. São Paulo: Atheneu, 2008, p.21-69; 143-162.

OLIVEIRA, C. **A importância das guias de referência e contra-referência para usuários e sistema de saúde**. Disponível em: <http://www.webartigos.com>. Acesso em: 11mar.2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Declaração de Alma Ata: saúde para todos no ano 2000. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários**; Cazaquistão, URSS. 1978. Disponível em: <[http://saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/dec\\_alma-ata.htm](http://saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/dec_alma-ata.htm)> Acesso em: 10 Dez. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Extensão da Cobertura dos Serviços de Saúde mediante o Uso das Estratégias de Assistência Primária e Participação da Comunidade**. 4ª Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, Washington, 26-27 de setembro de 1977.

PAIM, J.S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury, S., organizador. **A luta do Cebes**. São Paulo: Lemos; 1997.

PINHEIRO, R.S.; TORRES, T.Z.G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 999-1010, 2006.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27- 34, 2003.

RIBEIRO-SOBRINHO C., SOUZA L.E.P.F., CHAVES S.C.L. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24: p.295-302, 2008.

ROCHA, R.A.C.P.R.; GOES, P.S.A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil . **Cad. Saúde Pública**, v.24 n.12, 2008.

SANTOS, L. Saúde: Conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. *Jus navigandi*. 2005; Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7378&p=1>. Acesso em 26set.2010.

SILVA, M.G.C. Economia da Saúde no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.3, p.43-49. 2003.

SILVA, M.G.C. da. **Introdução à economia da saúde**. Fortaleza: UECE / Expressão; 2004.

SOUZA, G.C.A. **Centros de especialidades odontológicas: avaliação da atenção de media complexidade na rede pública da Grande Natal**. 2009. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

SOUZA, L.F. ; CHAVES, S.C.L. Política Nacional de Saúde Bucal: acessibilidade e Utilização de Serviços Odontológicos Especializados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, p. 102-120, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil/ Ministério da Saúde; 2004. 726p.

TESTA, M. Atenção Primária (ou primitiva) de Saúde. In: \_\_\_\_\_. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 160-174.

SILVESTRE, J.A.C. **Coordenação das ações de atenção à saúde bucal na 13ª coordenadoria regional de saúde do estado do Ceará: percepção da gestão municipal**. 2012. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Universidade Federal do Ceará), Sobral, 2012.

TRAVASSOS C, MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. V.20, sup.2:p.190-8, 2004.

VASQUEZ, F.L. **Referência e contra-referência na atenção secundária em odontologia na cidade de Campinas, SP, Brasil.** 2011. Dissertação (Mestrado em Odontologia), Campinas, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA L.M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CAMPUS DE SOBRAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**QUESTIONÁRIO PARA COORDENADORES DE SAÚDE BUCAL**

**Instruções:**

1. As perguntas de 1 a 25 devem ser respondidas por todos;
2. A partir da questão 26, somente os municípios que possuem CEO com gestão municipal devem responder;
3. Caso o espaço para a resposta não seja suficiente, usar o verso da folha, identificando o número da questão;
4. Os nomes dos entrevistados serão mantidos em sigilo quando da apresentação dos resultados.

**Identificação do Entrevistado:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Município no qual trabalha: \_\_\_\_\_

Ano de Graduação: \_\_\_\_\_ Especialista em: \_\_\_\_\_

1. Há quanto tempo trabalha no município? \_\_\_\_ anos
2. Desde quando exerce a função de Coordenador de Saúde Bucal nesse município?  
\_\_\_\_\_
3. Você acumula outra função no município?  
( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_
4. Você conhece o protocolo de encaminhamento de pacientes para o CEO-Regional?  
( ) Sim ( ) Não
5. Você acredita que esse protocolo traga dificuldades ao encaminhamento dos pacientes para o CEO-Regional?  
( ) Não  
( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Você concorda com o critério utilizado na pactuação das vagas pelos municípios, ou seja, segundo a representação demográfica de cada um dentro da 11ª Região de Saúde?  
( ) Sim  
( ) Não. Qual sugestão você daria? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. De que maneira se dá a distribuição das vagas ofertadas por especialidade dentro do seu município?
- Distribuídas uniformemente entre as Equipes de Saúde Bucal do PSF
  - São utilizados critérios epidemiológicos para a distribuição das vagas
  - As vagas são utilizadas por quem marcar primeiro
  - Outro critério. Qual? \_\_\_\_\_
8. De que maneira se dá o encaminhamento de primeira consulta dos pacientes para o CEO-Regional?
- Sempre através das Equipes de Saúde Bucal do PSF
  - Através das Equipes de Saúde Bucal do PSF e de Encaminhamentos via Secretaria de Saúde ou outro setor da Gestão Municipal
  - Outra forma. Qual? \_\_\_\_\_
9. Você conhece e acompanha a taxa de aproveitamento das vagas de primeira consulta para as diversas especialidades ofertadas ao seu município?
- Sim       Não
10. Você acredita que as vagas ofertadas para as diversas especialidades são suficientes para atender as necessidades de Atenção Especializada em seu município?
- Sim, para todas as especialidades
  - Sim, em algumas especialidades. Quais? \_\_\_\_\_
  - Não, em nenhuma especialidade
11. Existe fila de espera para Atenção Especializada em Saúde Bucal em seu município?
- Sim, em todas as especialidades
  - Sim, em algumas especialidades. Quais? \_\_\_\_\_
  - Não
12. Você acredita que uma baixa cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família pode influenciar de maneira negativa a taxa de aproveitamento na primeira consulta nas diversas especialidades?
- Sim       Não
13. De que maneira está organizada a demanda para a Saúde Bucal na Atenção Primária em seu município?
- Somente demanda espontânea
  - Somente atendimentos programados
  - Atendimentos programados com algumas vagas para demanda espontânea
  - Outro. Qual? \_\_\_\_\_
14. Você acredita que a maneira como está organizada essa demanda pode influenciar no melhor aproveitamento das vagas de primeira consulta nas especialidades ofertadas para o seu município?
- Sim       Não
15. A contra-referência do CEO-Regional para o seu município é realizada?
- Sempre
  - Às vezes
  - Nunca
16. Você conhece e acompanha o índice de faltas dos pacientes do seu município na primeira consulta no CEO-R?
- Sim       Não
17. Você acredita que a distância entre o seu município e Sobral é um fator que pode ocasionar um menor aproveitamento das vagas de primeira consulta no CEO-R pelo seu município?
- Sim       Não



- Justifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
18. Você acredita que a oferta de vagas no turno noite (17 às 21 horas) pode desencadear a recusa do paciente à marcação e conseqüente falta de aproveitamento daquela vaga de primeira consulta em seu município?  
 Sim       Não  
 Justifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
19. Você acredita que a oferta de vagas no turno noite (17 às 21 horas) é um fator que leva a um maior índice de faltas em primeira consulta no CEO-Regional?  
 Sim       Não  
 Justifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
20. De quem é a responsabilidade pelo deslocamento dos pacientes agendados até o Centro de Especialidades Odontológicas em Sobral?  
 O município se responsabiliza pelo transporte  
 O paciente se responsabiliza pelo transporte  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_  
 Não sei
21. Qual o principal meio de transporte para o deslocamento dos pacientes agendados até o Centro de Especialidades Odontológicas em Sobral?  
 Transporte particular  
 Transportes alternativos / transporte coletivo  
 Transporte dos estudantes  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_  
 Não sei
22. Você acredita que o transporte dos pacientes é um fator limitante para um melhor aproveitamento das vagas ofertadas em primeira consulta no CEO-Regional?  
 Sim       Não       Não sei
23. Você acredita que o SISREG, de alguma maneira, contribui para uma menor taxa de aproveitamento em seu município das vagas ofertadas em primeira consulta no CEO-Regional?  
 Sim. De que forma? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Não  
 Não sei
24. Você conhece o impacto financeiro causado pelo não aproveitamento de vagas ofertadas ao seu município em primeira consulta no CEO-R?  
 Sim       Não
25. Ocorreu alguma situação atípica durante o ano de 2011 que possa explicar um baixo índice de aproveitamento das vagas ofertadas em primeira consulta nas especialidades no seu município ?  
 Não  
 Sim. Qual(is) e em que mês (es)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Exclusivo para municípios que possuem CEO com gestão municipal:**

26. Quais especialidades abaixo são ofertadas no CEO existente em seu município?
- Pacientes com Necessidades Especiais (PNE)
  - Endodontia
  - Ortodontia
  - Periodontia
  - Cirurgia
  - Prótese Dentária
27. Você acredita que existe demanda suficiente para alimentar tanto o CEO de gestão municipal quanto o CEO-Regional ?
- Sim       Não
28. Caso o paciente necessite de uma especialidade que seja ofertada tanto em seu município quanto no CEO-R, para onde ele é preferencialmente encaminhado?
- Para o CEO-Regional
  - Para o CEO-Municipal
  - Não existe uma regra clara
29. Você acredita que o serviço ofertado pelo CEO existente em seu município é um serviço concorrente do CEO-Regional ?
- Sim, em todas as especialidades
  - Sim, em algumas especialidades. Quais? \_\_\_\_\_
  - Não
  - Não sei
30. Você acredita que o fato de existir um CEO em seu município prejudica um melhor aproveitamento das vagas de primeira consulta do CEO-Regional ?
- Sim       Não

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CAMPUS DE SOBRAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL**

Você está sendo convidado a participar do Projeto de pesquisa: **Avaliação da oferta, acessibilidade e utilização do serviço de atenção secundária em Saúde Bucal no Centro de Especialidades Odontológicas Prof. Ícaro de Sousa Moreira – Sobral – Ceará**

**Nome dos pesquisadores responsáveis:** Sérgio Ricardo Moura Saraiva e Vicente de Paulo Teixeira Pinto.

**Termo de Consentimento:**

Este termo faz parte do processo de consentimento livre e esclarecido para a participação de pesquisa e tem como objetivo informar-lhe sobre o estudo e o que irá lhe acontecer se você decidir participar dele. Leia este documento atentamente para ter certeza de que entendeu todas as informações que ele apresenta. Sua participação no estudo é completamente voluntária. Se você quiser saber mais sobre alguma informação mencionada neste documento ou se tiver dúvidas sobre este estudo, não deixe de perguntar. Você também receberá uma cópia deste documento.

**Informações sobre o estudo:**

O estudo, segundo seus objetivos, classifica-se como exploratório-descritivo, pois pretende avaliar e aprofundar o conhecimento sobre a organização da atenção especializada em Saúde Bucal na 11<sup>a</sup> Região de Saúde do Estado do Ceará, a partir da análise da acessibilidade dos usuários ao serviço do Centro de Especialidades Odontológicas Professor Ícaro de Sousa Moreira (CEO – Regional / Sobral), da oferta e utilização das vagas disponibilizadas em primeira consulta para os 24 municípios que compõem essa região de saúde e variáveis na interface entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada em Saúde Bucal, que possam melhor explicar os objetos do estudo, gerando dados para a conclusão de uma Dissertação

de Mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-Campus de Sobral.

**Benefícios potenciais:**

Com base nos resultados obtidos, espera-se conhecer mais a interface entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária no âmbito da Saúde Bucal, com potencial de gerar ações que possam levar a um melhor relacionamento entre esses níveis de atenção e um aumento na capacidade de resolução das necessidades dos pacientes em nível local e regional.

Você não terá nenhuma vantagem financeira imediata e nem terá direito a qualquer remuneração de eventuais contratos ou patentes que possam advir deste estudo.

**Confidencialidade:**

Embora a sua identidade seja revelada no instrumento de pesquisa, você não será identificado em nenhum momento da pesquisa ou apresentação dos resultados. Será mantida confidencialidade absoluta e você não será identificado pelo nome em nenhum dos dados e materiais científicos submetidos. Todo material coletado para este estudo será mantido em local seguro. Se você tiver qualquer dúvida sobre esta pesquisa ou sobre os procedimentos deste estudo, entre em contato com os Pesquisadores. O principal investigador é o Dr. Vicente de Paulo Teixeira Pinto, que se encontra no endereço: Av. Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, 100, CEP. 62.042-280; Sobral-Ce; Telefone de contato: 88-36118000, e-mail: [pintovicente@gmail.com](mailto:pintovicente@gmail.com). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no Centro de Ciência da Saúde (CCS) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) estará disponível para esclarecer dúvidas quanto à pesquisa pelo telefone: (88) 3677 4255 ou na Av. Geraldo Rangel, S/N – Bairro Derby – CEP: 62041-040. Telefone: (88) 3677 4255.

**Consentimento do Participante:**

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Avaliação da oferta, acessibilidade e utilização do serviço de atenção secundária em Saúde Bucal no Centro de Especialidades Odontológicas Prof. Ícaro de Sousa Moreira – Sobral –

Ceará”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante sua execução, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do Coordenador de Saúde Bucal

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste Profissional de Saúde neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_