

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**ACESSO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS:
UMA REVISÃO NA LITERATURA**

MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

Francesca Aline Diel

Três de Maio, RS, Brasil

2011

**ACESSO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS:
UMA REVISÃO NA LITERATURA**

Francesca Aline Diel

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em
Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS,
como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em
Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Loiva Beatriz Dallepiane

Três de maio, RS, Brasil

2011

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização
Pública em Saúde EaD

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Monografia de Conclusão de Curso

ACESSO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS:
UMA REVISÃO NA LITERATURA

elaborada por
Francesca Aline Diel

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista

Comissão Examinadora

Liane Beatriz Righi, Dr^a.
(Orientadora - UFSM/CESNORS)

Fernanda Beheregaray Cabral, Msc.
(1^a Examinadora - UFSM/CESNORS)

Loiva Beatriz Dallepiane, Dr^a
(2^a Examinadora – UFSM/ CESNORS)

Três de maio, 02 de julho de 2011.

SUMÁRIO

RESUMO.....	05
ABSTRACT.....	06
RESUMEN.....	07
INTRODUÇÃO.....	08
METODOLOGIA.....	09
REVISÃO NA LITERATURA.....	10
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

RESUMO

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

Acesso ao Centro de Especialidades Odontológicas: uma revisão na literatura.

AUTORA: FRANCESCA ALINE DIEL
ORIENTADORA: LOIVA BEATRIZ DALLEPIANE
Data e Local da Defesa: Três de Maio, 02 de julho de 2011.

Este trabalho teve como objetivo revisar na literatura o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde aos Centros de Especialidades Odontológicas. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, os dados foram coletados mediante consulta na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS/Bireme, na base de dados da Scientific Electronic Library On line (SCIELO) e livros publicados de 2000 a 2011. Este estudo pretendeu identificar através de pesquisa bibliográfica o que a Literatura aponta como fatores que podem interferir no acesso do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) aos serviços de saúde bucal públicos, entre eles o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); como também, de que forma é realizado o acesso. Mesmo escassas as pesquisas relativas ao acesso dos serviços de saúde bucal no Brasil e sendo praticamente raros os trabalhos publicados após criação dos CEOs, concluímos que a falta do acesso à Saúde Bucal pública é evidente e estruturar Linhas de Cuidado pode ser um complemento para a melhoria da Saúde Bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal. Acesso à saúde. Centro de Especialidades Odontológicas.

ABSTRACT

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

Access Centre Dental Specialties: a literature review.

AUTORA: FRANCESCA ALINE DIEI

ORIENTADORA: LOIVA BEATRIZ DALLEPIANE

Data e Local da Defesa: Três de Maio, 02 de julho de 2011.

This work aimed to review the literature regarding the users access to the Unified Health System specialized dental clinics. The methodology used was literature research, data were collected by consulting the Virtual Health Library - VHL / BIREME, the database of the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and books published from 2000 to 2011. This study sought to identify through the literature that the literature points to factors that may interfere with the user access the Unified Health System (SUS) to public oral health services, including the Center for Dental Specialties, also, that access way is achieved. Even the scant research on access for oral health services in Brazil and is practically rare works published after the creation of CEOs, we conclude that the lack of access to public oral health is clear and structured lines of care may be an adjunct to improve Oral Health.

Key words: Oral health. Access to health care. Center for Dental Specialties.

RESUMEN

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

Acceso Especialidades Centro Dental: una revisión de la literatura.

AUTORA: FRANCESCA ALINE DIEL

ORIENTADORA: LOIVA BEATRIZ DALLEPIANE

Data e Local da Defesa: Três de Maio, 02 de julho de 2011.

Este trabajo tuvo como objetivo revisar la literatura relativa a los usuarios el acceso al Sistema Único de Salud especializados clínicas dentales. La metodología utilizada fue la literatura de investigación, los datos fueron recogidos mediante la consulta de la Biblioteca Virtual en Salud - BVS / BIREME, la base de datos de la Scientific Electronic Library Online (SciELO) y los libros publicados desde 2000 hasta 2011. Este estudio trató de identificar a través de la literatura que la literatura apunta a factores que pueden interferir con el acceso de los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) a los servicios públicos de salud oral, incluyendo el Centro de Especialidades Dentales, también, que manera se logra el acceso. Incluso las escasas investigaciones sobre el acceso a los servicios de salud oral en Brasil y es prácticamente raras obras publicadas después de la creación de los directores generales, se concluye que la falta de acceso a la salud oral y público es clara y estructurada de las líneas de atención puede ser un complemento para mejorar la Salud oral.

Palabra clave: Salud oral. Acceso a la atención de la salud. Centro de Especialidades Dentales.

Introdução

A saúde bucal integra, atualmente, o Programa de Saúde da Família (PSF) e tem sido vista como possibilidade de romper com modelos assistenciais em saúde bucal excludentes (SOUZA e RONCALLI, 2007). Juntamente com a integração da saúde bucal à Equipe da Saúde da Família (ESF) surgiram os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), atuando na atenção secundária à saúde com a proposta de incrementar a acessibilidade dos usuários aos tratamentos odontológicos mais especializados.

O Ministério da Saúde tem concedido nos últimos anos, incentivos financeiros para a Saúde Bucal (SB) no PSF e incrementando a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), sendo as diretrizes desta política o eixo básico para proposição em uma reorganização das concepções e práticas no campo da Saúde Bucal em todos os níveis de atenção e no desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2011). Neste sentido, tem-se aumentado a oferta nos níveis de atenção secundária através dos CEOs, os quais são referências para as Equipes de Saúde Bucal (ESB). E, segundo Zaittero et al.(2009), os problemas odontológicos ainda constituem o terceiro motivo de procura por serviços de saúde, dado que colabora para incentivar ações públicas voltadas à Saúde Bucal brasileira.

A implementação dos CEOs constitui-se de uma estratégia à integralidade da atenção, uma vez que, tenta articular as ações da atenção básica odontológica com os serviços de nível mais complexo prestados nestes Centros, gerando uma linha de cuidado odontológico. Entretanto, algumas características próprias da Odontologia podem dificultar as ações à saúde bucal pública, como por exemplo, o uso de aparelhagem tecnológica muito específica, recursos humanos especializados e a integração da saúde bucal com a saúde da família para a realização de trabalhos conjuntos dificultados pela formação e inclusão de equipes multiprofissionais; além de práticas clientelistas e vínculos contratuais ilegais (SOUZA e RONCALLI, 2007).

A integralidade desejada para a saúde bucal pública pode, também, ser influenciada pela acessibilidade aos serviços odontológicos; sendo essa entendida como um obstáculo entre o serviço a ser prestado e o usuário do sistema. Este obstáculo pode ser próprio às relações do sistema público de saúde, como exemplos citados anteriormente por Souza e Roncalli (2007); ou até mesmo relacionado ao próprio usuário, como o fator idade do paciente ou condição socioeconômica.

Entretanto, os obstáculos que influenciam no acesso não se resumem a estes, são inúmeras as variáveis e que devem ser avaliadas, objetivando uma melhora na qualidade da acessibilidade à saúde bucal e contribuindo para que seja respeitado o princípio da integralidade da assistência na odontologia pública.

Apesar dos avanços recentes, ainda são necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir desigualdade no acesso à saúde bucal e também de otimizar os projetos já existentes. Embora existam vários estudos na área da odontologia, ainda são escassas as pesquisas do acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil (ROCHA e GOES, 2008) e relativo à acessibilidade ao CEO, não são encontrados trabalhos publicados no Scientific Eletronic Library On line (SCIELO) no período de janeiro de 2001 à junho de 2011, período da presente pesquisa.

Este estudo pretendeu identificar através de pesquisa bibliográfica o que a Literatura aponta como fatores que podem interferir no acesso do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) aos serviços de saúde bucal públicos, entre eles o CEO; como também, de que forma é realizada esta acessibilidade.

Metodologia

Este trabalho usou a metodologia do tipo pesquisa bibliográfica, que de acordo com Gil (2002) é uma pesquisa desenvolvida com material já elaborado constituído principalmente de livros e artigos. Os dados foram coletados mediante consulta na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS/Bireme, na base de dados da Scientific Eletronic Library On line (SCIELO) e livros. Devido a insipiência de publicações acerca do tema, a busca dos artigos usou como norteador algum tipo de referência o acesso à Saúde Bucal.

Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “saúde bucal e/ou centro de especialidades odontológicas”, “saúde bucal e/ou SUS”, “saúde bucal e/ou acesso”, “CEO e/ou satisfação do usuário”.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: idioma de publicação em português, artigos científicos disponíveis na íntegra online e período de publicação entre 2000 a 2011 e fazer algum tipo de referência ou mencionar acesso à saúde bucal e CEO. Foi escolhido como período de busca os anos compreendido entre 2000 a 2011 inclusive estes, ou seja, os últimos 11 anos, uma vez que neste tempo é

onde mais se concentram a produção científica de saúde bucal no SUS e porque a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas ocorreu em 2004. Foram encontrados 3922 arquivos nos descritores, entretanto 3909 não atenderam aos critérios de inclusão.

Revisão na Literatura

Breve Histórico

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) objetivou alterar a situação de desigualdades na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços na atenção primária, secundária e terciária. Dessa forma, as ações e os serviços públicos de saúde passam a integrar “uma rede regionalizada e hierarquizada”, organizada conforme as diretrizes da descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 2004).

O direito do cidadão brasileiro à saúde, impulsionado na Reforma Sanitária Brasileira e instituído pela Constituição Federal de 1988 em um sistema de saúde único, universal e equânime traz avanços e desafios em sua construção. Essa construção, por sua vez, é fortemente dependente do desempenho gerencial, da organização do processo de trabalho cotidiano e da interdisciplinaridade (PENNA et al. 2010).

A interdisciplinaridade teve grande incremento com a adesão da Saúde bucal, em 2001 (portaria GM/MS 267, 06/03/2001), nas Equipes de Saúde da Família. Surgiu a necessidade de formar outras estratégias para a saúde pública, uma vez que os modelos anteriores (Sistema Incremental, Odontologia Integral, Programa de Inversão da Atenção e Atenção Precoce) eram muito excludentes e deixavam grande parte da população desassistida.

O Sistema Incremental surgiu na década de 1950 com a proposta de prestar serviços odontológicos de forma programática e sistemática sem livre demanda (sem fichas de espera), este sistema era fornecido pela Fundação Especial de Saúde Pública (Fundação SESP) com financiamento do governo norte-americano. A principal ação deste sistema foi a fluoretação da água de abastecimento ou aplicação de flúor tópico a 2% e também tratar as necessidades dos pacientes

odontológicos até atingirem a condição de controle da saúde bucal. A princípio, toda a população brasileira poderia usar deste benefício, mas o que de fato ocorreu foi a preferência dada aos escolares (6 – 14 anos) por possuírem maior incidência da doença cárie, isto tornou o sistema um pouco excludente e não apresentou preocupação com fatores de risco da cárie dentária (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008). Narvai (2006), também concorda que a odontologia sanitária neste sistema, passou a ser apenas os programas odontológicos escolares.

Já a Odontologia Integral ou Incremental Modificada postou uma pequena ideia para a formação de Equipe de Saúde Bucal, uma vez que trabalha com a manutenção preventiva e com recursos humanos auxiliares, como o técnico de higienização dentária e o auxiliar de consultório dentário (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008), atualmente denominados de auxiliar de saúde bucal (ASB) e técnico em saúde bucal (TSB).

Por volta de 1980, surge o Programa Inversão da Atenção, dando ênfase à adequação do meio bucal para posterior tratamento definitivo onde se tem como prioridade o controle da doença cárie. Os procedimentos odontológicos eram realizados em etapas (controle da cárie, prevenção e educação em saúde bucal), modelo oposto ao cirúrgico-restaurador. Uma questão válida para este sistema foi que ele conseguiu enfatizar medidas preventivas para o controle da doença cárie; entretanto, novamente, o acesso a este programa ficou mais dirigido aos escolares e às creches, deixando a população em geral com o mínimo de atenção (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008).

O modelo de Atenção Precoce assiste às crianças de idade inferior aos seis anos e gestantes; visa à educação do núcleo familiar através da tentativa de mudança de hábitos e educação à saúde bucal. A principal iniciativa deste modelo talvez tenha sido a criação das Clínicas-Bebes ou Materno-Infantis, locais onde a mãe e o bebe recebem motivação à higiene bucal e educação à saúde bucal (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008). Este modelo eficaz no que diz respeito à atenção, prevenção e estímulo ao cuidado bucal infantil é contraditório, pois não cumpre com a universalidade e equidade, semelhante às falhas dos modelos anteriores e também excludente, não permitindo o acesso a outras faixas etárias e adultos masculinos.

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual centralizou o atendimento no núcleo familiar, tendo suas diretrizes o

caráter substitutivo aos modelos anteriores, integralidade, hierarquização, territorialização e equipe multidisciplinar. A inclusão do atendimento prestado no PSF pelas equipes de saúde bucal somente ocorreu em 2001 e prioriza a promoção da saúde, controle e tratamento das doenças bucais, eliminação da dor e da infecção, além de incluir epidemiologia como base para as ações em saúde. Segundo Nickel, Lima e Silva (2008); neste modelo assistencial, os conceitos de universalidade e integralidade tornam-se concretos, auxiliando a rede básica de saúde na diminuição do fluxo dos usuários para a atenção complexa.

Para Narvai (2006), uma das conquistas desse processo foi a formação das Conferências de Saúde realizadas nas três esferas de governo, dentre as quais as Conferências de Saúde Bucal. O Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNSB) diz que a saúde bucal requer políticas intersetoriais de ações preventivas e enfoque na promoção de saúde, universalização do acesso, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo; entre outros.

Em 2004, foi formulada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que viabilizou a oferta da atenção secundária por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CHAVES et al. 2010). Os CEOs, principal frente de atuação do Programa Brasil Sorridente, são estabelecimentos de saúde classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. (BRASIL, 2011)

Os Centros de especialidades Odontológicas foram preparados para oferecer à população, 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; Atendimento a portadores de necessidades especiais. O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos (BRASIL, 2011).

O Centro de Especialidades Odontológicas e a Linha de Cuidado

A continuidade da assistência básica odontológica está nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico da média e alta complexidade. Desta

forma, os CEOs podem ser caracterizados nas linhas de cuidado, uma vez que contribuem para a integralidade na assistência à saúde.

As linhas de cuidado são organizadas para problemas de saúde prioritários do ponto de vista epidemiológico, neste caso a doença cárie; envolvendo desde as unidades básicas de saúde, ESF até os CEOs, onde o usuário possa ter ações integradas ainda que realizadas por diferentes profissionais e em diferentes unidades. Esta integração dá-se de forma articulada e responsável pela provisão integral dos serviços bucais à população (KUSCHNIR, CHORNY, LIRA, 2010). Assim, na medida em que a equidade é um dos pilares do sistema, centralizar os serviços mais complexos (como por exemplo, no CEO) talvez seja a única forma de garantir o acesso a todos que dele necessitam.

O acesso ao CEO pode se dar através de encaminhamentos da Unidade Básica de Saúde (sistema de referência e contra referência), de particulares ou de livre procura. Com relação à Unidade Básica de Saúde (rede básica do SUS), podemos imaginar que ela pode ou não contribuir para uma melhor performance da assistência especializada. Franco e Junior (2004), acreditam que uma melhor e maior resolutividade da assistência prestada pelas Unidades Básicas de Saúde poderá ajudar a reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários; ainda, fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica, sem as informações necessárias sobre o quadro de saúde, revela falta de solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário, não contribuindo com a assistência e dificultando-a.

Segundo Viegas et al (2010), é preciso permitir um processo criativo na inter-relação profissional-usuário-gestor, eliminando possíveis fragmentações presentes, tanto na organização dos serviços de saúde, quanto nas práticas cotidianas dos profissionais que atuam nesses serviços. Isso promove uma assistência integral e resolutiva, humaniza as práticas de saúde, priorizando a qualidade de vida da população e a saúde enquanto direito de cidadania.

Concordando com Viegas et al. (2010); desta maneira, torna a linha de cuidado mais dinâmica, uma vez que não é promovida a espera por saúde e deixa fluente a trajetória do usuário na linha, desde a UBS até o tratamento final mais complexo no CEO, facilitando a acessibilidade em toda a linha.

Acesso

Do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém ainda com um papel proporcionalmente pequeno (BARROS e BERTOLDI, 2002). Apesar de esta afirmação datar de 2002 (o CEO tornou-se realidade em 2004), encontramos estudos após a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF e após CEO, como o de Rocha e Goes (2008), relatando que o acesso fornecido aos serviços de saúde bucal entre ricos e pobres é muito irregular, mesmo com os esforços feitos nos últimos anos de inclusão das ESBs na ESF.

Embora existam vários trabalhos referentes ao acesso aos serviços de saúde (ROCHA e GOES, 2008; BARROS e BERTOLDI, 2002), são ainda escassas as pesquisas relativas ao acesso dos serviços de saúde bucal no Brasil, sendo praticamente raros os trabalhos publicados após criação dos CEOs. Este fato talvez seja justificado pelo pouco tempo de implantação do CEO, apenas sete anos.

No estudo de Rocha e Goes (2008), 31% das pessoas com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo afirmaram nunca ter feito uma consulta odontológica, essa proporção caiu para 3% entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a vinte salários mínimos. Mesmo com os avanços recentes, gerados por políticas públicas implementadas nos últimos anos, tais como a inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, ainda são necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir desigualdades sociais no acesso, no processo do cuidado e na avaliação dos resultados epidemiológicos na área de saúde bucal.

A associação entre pobreza, má condição bucal e dificuldade de acesso ao serviço leva a população a uma condição penalizante que potencializa as desigualdades sociais a partir da redução das oportunidades de ascensão na vida, pelo desgaste do capital social da comunidade (MOREIRA et al. 2007).

O acesso é influenciado por diversos fatores, destacando-se: fator geográfico (distância), ausência de infra-estrutura, ausência de serviços, qualidade do atendimento e presença de vagas; fatores que dificultam a acessibilidade aos serviços e, conseqüentemente, a resolução dos problemas de saúde bucal. Estes

fatores foram apontados por usuários do SUS do município de Grao Mogol-MG (REIS et al. 2009).

Uma pesquisa direcionada aos gestores e dentistas, desenvolvida no Estado do Rio Grande do Norte no ano de 2004, com vinte municípios que possuem pelo menos uma ESB no PSF, há no mínimo um ano, e selecionados através do SB - Brasil RN (primeiro levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal no Rio Grande do Norte, desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte), demonstrou uma incoerência entre as afirmações entre os gestores e os cirurgiões-dentistas (CD), como percebe-se a seguir:

Com relação à atenção secundária e terciária em saúde bucal, de acordo com seis gestores (31,6%), o sistema de referência e contra-referência existe no próprio município; nove (47,3%) afirmam que há pactuação com outro município para a realização da referência e contra-referência em saúde bucal e quatro (21%) afirmam que não há referenciamento dos pacientes. Dos seis gestores que declaram existir referenciamento no próprio município, quatro afirmam que o sistema não funciona ou funciona precariamente. Entre os dentistas, por sua vez, a opinião de que o sistema de referência e contra-referência não é adequado é quase unânime. Dos 25 dentistas, 14 afirmam que não existe referenciamento dos pacientes e oito dizem que este existe, porém não funciona ou funciona de maneira irregular e insatisfatória. Apenas três consideraram adequado o sistema de referência e contra-referência existente. Interessante observar que, dos três municípios onde os gestores asseguraram ser o sistema adequado, em dois os dentistas afirmaram que o referenciamento não existe e em apenas um houve concordância entre gestor e dentista quanto à eficiência do sistema (SOUZA e RONCALLI, 2007, p. 2733).

Reis et al. (2009), cita que a questão do modo de atendimento é um importante componente que envolve o acesso, podendo gerar o sentimento de desprezo nas pessoas atendidas (quando os usuários não são respeitados ou sem acolhimento), ou tornar o acesso ao serviço mais facilitado. O critério de escolha dos pacientes também é um aspecto focalizado, pois nem sempre prevalece a necessidade do tratamento, muitas vezes, sem uma triagem prévia nos consultórios odontológicos.

Em outra pesquisa realizada em Campina Grande, Paraíba, através do uso de uma técnica intensiva por meio de formulário sobre a avaliação dos indivíduos com relação ao acesso da saúde bucal, demonstrou que um percentual de 40,6% só visitou o dentista há três ou mais anos, e 2,3% da amostra nunca foi ao dentista. Em relação ao tipo de serviço utilizado, o percentual de indivíduos que procuram dentistas do serviço público (34,5%) ficou bem aquém daqueles que procuram dentistas particulares ou de convênios/planos de saúde (64,3%). Daqueles que

utilizam o serviço público, apenas 6,8% tiveram acesso ao dentista do PSF, enquanto que 27,7% usaram o serviço odontológico público de outros setores, como: centros de saúde, unidades básicas de saúde, faculdade de odontologia, hospital universitário. O percentual de indivíduos que tiveram acesso aos serviços de saúde bucal, nos últimos dois anos, encontrado nesta pesquisa, foi de 57,07%; percentual esse que, ao ser avaliado por tipo de serviços recebido, constatou-se que 64,3% desse acesso ocorreram no setor privado (ROCHA e GOES, 2008).

O estudo de Piccini et al. (2006), sobre a efetividade de oferta à idosos de 234 UBS de 41 municípios dos Estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina constatou a existência de barreiras arquitetônicas como degraus no acesso à UBS e a ausência de rampas em uma significativa proporção dos serviços, o que significa a interposição de um verdadeiro muro entre o serviço e o usuário idoso, especialmente aqueles com limitações, que chegaram a representar mais de um terço da amostra estudada, limitando o acesso do idoso ao tratamento.

Foi realizado um estudo quantitativo e analítico com um desenho do tipo transversal em quatro Centros de Especialidades Odontológicas do Recife. Após realizadas entrevistas com 272 usuários constatou-se que 29,8% considerarem fácil obter uma vaga, 24,6% responderam ser difícil e 27,9%, muito difícil, o que representou, após o somatório das duas últimas, 52,5% de avaliações negativas (LIMA, CABRAL e VASCONCELOS, 2010).

Ainda no mesmo estudo e com relação ao tempo de espera entre a chegada do usuário e o seu atendimento no dia da consulta, o maior percentual (48%) correspondeu às opções pela resposta nem longo, nem curto. Quando se avaliou a dimensão resolutividade, os maiores percentuais foram observados para as respostas satisfeitos com a aparência (40,3%) e com a capacidade de mastigação (39,9%) dos dentes tratados no serviço. Por sua vez, o somatório do percentual de respostas totalmente satisfeitos e muito satisfeitos com a aparência correspondeu a 45,2% e, em relação à capacidade de mastigação, o somatório foi de 37,7% da amostra (LIMA, CABRAL e VASCONCELOS, 2010).

Nestes estudos, apesar de nem todos serem específicos ao CEO, mostra também que há uma baixa utilização de serviços odontológicos e grandes diferenciais entre grupos que se utilizam destes serviços, além da dificuldade em se conseguir uma vaga; corrobora Barros e Bertoldi (2002).

As desigualdades no uso de serviços de saúde, isto é, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros. Em outras palavras, o uso de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como das formas de financiamento, dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento (TRAVASSOS et al. 2000).

A situação de saúde bucal no Brasil ainda está abaixo da média internacional, e as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços são muito grandes. No entanto, o investimento maciço em serviços especializados de odontologia, que poderia parecer a providência mais imediata a ser tomada, talvez não seja a solução para o problema (BARROS e BERTOLDI, 2002). Para que se possa ter pleno aproveitamento dos CEOs e que seu acesso seja equânime e sem longas esperas, como demonstraram os artigos aqui descritos, há necessidade de que a atenção básica odontológica seja muito bem conduzida e resolutiva. Estruturar linhas de cuidados odontológicos e prevenção pode ser uma alternativa para se diminuir o risco da doença cárie e não de acumular pacientes em filas de esperas para atendimentos especializados.

Considerações Finais

A revisão apresentada demonstra a fragilidade na acessibilidade dos usuários do SUS na saúde bucal pública, situação que ainda está longe de atingir um grau de equidade satisfatório. A falta de gestão, organização e conhecimento de alguns gestores e cirurgiões-dentistas sobre a atenção secundária também ficou demonstrada no estudo; de nada resolve ter investimentos maciços em serviços especializados de odontologia, se não há um conhecimento de como utilizá-los ou de como facilitar o acesso da população a eles.

Estruturar Linhas de Cuidado pode ser um complemento para melhorar a Saúde Bucal, entretanto um acesso mais adequado ao CEO está na dependência de uma melhor resolutividade e acesso dos usuários nas UBS.

O acesso limitado da população aos serviços de saúde bucal no SUS é evidente, entretanto uma avaliação mais aprofundada da acessibilidade na Atenção Secundária (CEOs) faz-se urgente; não somente porque a Literatura até o presente estudo é escassa, mas também pela recente criação dos CEOs.

Referências

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004; Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 26 mai 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/CNSB/especialidades.php>>. Acesso em 26 maio 2011.

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 Pública**, 2010.

FRANCO, T.B; JUNIOR, H.M.M; Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. **Hucitec**, 2 ed. São Paulo, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo, Atlas, 2002.

KUSCHNIR, R.C; CHORNY, A.H; LIRA, A.M.L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Ministério da Educação, 2010.

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

NARVAI, P.C; Saúde Bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, 40(N Esp), p. 141-7, 2006.

MOREIRA, T.P.; NATIONS, M.K.; ALVES, M.S.C.F.; Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1383-1392, jun, 2007.

NICKEL, D.A; LIMA, F.G; SILVA, B.B; Modelos assistenciais em Saúde Bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n. 2, p. 241-246, fev, 2008.

PICCINI, R.X.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; THUME, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A.; Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p.657-667, 2006.

REIS, C.; JUNIOR, H.M.; FRANCO, B.M.; SANTOS, A.A.; RAMALHO, L.M.P.; Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: "a voz do usuário". **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.1287-1295, 2009.

ROCHA, R.A.C.P.; 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**, Rio de Janeiro, v. 24, n.12, p. 2871-2880, 2008.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G.; Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov, 2007.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C.M.; Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

VIEGAS, S.M.F., HEMMI, A.P.A., SANTOS, R.V., PENNA, C.M.M.; O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 769-784, 2010.