



Acesso aos Serviços Odontológicos Especializados na Paraíba, uma série histórica a partir de 2012

Access to Specialized Dental Services in Paraíba, a historic series since 2012

Maria Beatriz Souza de Lima¹; Maria Alice da Silva Ferreira¹; Thiago Lucas da Silva Pereira¹; Anna Karina Barros de Moraes Ramalho²; Wilton Wilney Nascimento Padilha³.

¹Acadêmica de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa–Paraíba– Brasil.

²Doutoranda em Ciências Odontológicas da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa–Paraíba– Brasil.

³Docente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa–Paraíba–Brasil.

Maria Beatriz Souza de Lima – Rua Universitária Ruth Magalhães,110, Geisel, João Pessoa, Paraíba, Brasil – 58075- 040. E-mail: mariabeatrizz1@gmail.com

Resumo

Introdução: Com a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), surgem os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) contribuindo para a promoção da integralidade no cuidado, através do atendimento odontológico especializado. **Objetivo:** Identificar e analisar a evolução da qualidade ao acesso dos serviços odontológicos especializados na Paraíba, no período de 2012 a 2020. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, censitário, com abordagem indutiva, procedimento descritivo e técnica de documentação indireta. Apresenta delineamento transversal e é de natureza quantitativa, realizado a partir da plataforma de dados secundários de livre acesso Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). A qualidade de acesso foi medida por meio da oferta de procedimentos. Coletou-se os valores de produção anual das especialidades obrigatórias: atendimento básico a pacientes com necessidades especiais (PNE); periodontia; endodontia e cirurgia oral. **Resultados:** Durante os anos analisados observa-se uma produção mínima de 178935 e uma máxima de 1599613. É possível notar ainda picos significativos no ano de 2013, 2016 e 2018, e queda expressiva de aproximadamente 50% no ano de 2020 em relação ao ano de 2019. Quanto ao número de CEO esse se manteve crescente com a evolução dos anos, partindo inicialmente do n=55 CEO para o n=93 no último ano estudado. Endodontia e PNE apresentaram respectivamente o menor e o maior valor de produção, dentre as demais especialidades. **Conclusão:** Os números de produção são significativos quando comparados a outros achados literários que investigaram a produção de outras regiões, garantindo o acesso de muitos usuários, o que foi considerado "bom" pelos autores deste trabalho. Destaca-se a inconstância da produção e a não influência do número de CEO, nestes valores.

Descritores: Especialidades Odontológicas. Avaliação de Serviços de Saúde. Atenção Secundária à Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

Abstract

Introduction: With the implementation of the National Oral Health Policy (PNSB), the Dental Specialty Centers (CEO) emerged, contributing to the promotion of comprehensive care through specialized dental care. **Objective:** To identify and analyze the evolution of access and quality of specialized dental services in Paraíba, from 2012 to 2020. **Methodology:** This is an exploratory, census study, with an inductive approach, descriptive procedure and indirect documentation technique. It has a cross-sectional design and is quantitative in nature, carried out from the secondary data platform of open access Ambulatory Information System (SIA/SUS). The quality of access was measured through the provision of procedures. The annual production values of mandatory specialties were collected: oral diagnosis, basic care for patients with special needs (PNE); periodontics; endodontics and oral surgery. **Results:** During the years analyzed there is a maximum production of 1599613 and a minimum of 178935. It is also possible to note significant peaks in 2013, 2016 and 2018, and a significant drop of approximately 50% in 2020. As for the number The number of CEOs has been growing over the years, initially going from n=55 to n=93 in the last year studied. Endodontics and PNE had the lowest and highest production value, respectively, among the other specialties. **Conclusion:** The production numbers are significant, guaranteeing the access of many users, which was considered "good" by the authors of this work. The inconsistency of production and the non- influence of the number of CEOs on these values are highlighted.

Keywords: Dental Specialties. Evaluation of Health Services. Secondary Health Care. Quality, Access and Evaluation of Health Care.

Introdução

No Brasil, durante décadas, a assistência odontológica pública foi restrita a poucos grupos populacionais, composta por serviços curativos e mutiladores, o que resultava em baixa cobertura assistencial e populacional¹. Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), propõe reorientar a assistência pela promoção de saúde como eixo do cuidado, universalizar o acesso a serviços pela inserção transversal da saúde bucal nas linhas de cuidado, e contemplar os três níveis de atenção à saúde, para melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal^{2,3}.

Ao que se refere à atenção secundária, iniciou-se a implementação dos CEO (Centros de Especialidades Odontológicas). Os CEO são estabelecimentos especializados em saúde bucal, e devem ofertar no mínimo as especialidades, Diagnóstico bucal, com ênfase em diagnóstico do câncer de boca, Periodontia, Cirurgia oral menor, Endodontia e Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais (PNE)³. A oferta das especialidades deve ser planejada de acordo com a realidade epidemiológica local e articulada com as equipes de saúde bucal da atenção básica⁴.

No ano de 2013, surge o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO), este desponta como um importante avanço no processo de institucionalização da avaliação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵, pois objetiva o monitoramento da melhoria no acesso e na qualidade dos CEO⁶. Instrumentos e estratégias de avaliação das políticas públicas de saúde, do acesso e qualidade dos serviços são importantes, tendo em vista que apesar dos



avanços no estímulo para um maior acesso a atenção em saúde bucal, devido a maior oferta de serviços e estratégias proporcionados pela PNSB, os desafios para a efetivação de uma atenção integral e resolutive ultrapassam a implantação do serviço.

Aponta-se uma subutilização desses serviços especializados em saúde bucal nos CEO, com baixo cumprimento das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde⁷. O melhor desempenho quanto à disponibilidade de atenção secundária em saúde bucal tem se associado a municípios com os piores indicadores socioeconômicos e com uma melhor estruturação da rede de atenção em saúde bucal⁸.

A região Nordeste do Brasil, apresenta taxas desfavoráveis quando analisado os indicadores sociais (taxa de analfabetismo; rendimento mensal familiar; domicílios com saneamento básico) propostos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁹. Em contrapartida sabe-se que o Nordeste é contemplado com um maior percentual de municípios cobertos pelos CEO¹⁰.

O estado da Paraíba é formado por 223 municípios, possui uma população estimada em 4.039.277 pessoas e uma extensão territorial de 56.467,242 km² ⁹, onde encontram-se distribuídos 96 CEO atualmente. Em relação a cobertura da atenção secundária em saúde bucal, este apresenta alto percentual e, portanto, é referência quando comparado aos demais estados da região Nordeste e do Brasil¹¹.

É fundamental a realização de estudos para monitorar a evolução do acesso e qualidade, característica está atrelada a satisfação e resolução dos serviços ofertados nos CEO, dessa forma constata-se que, a atenção odontológica especializada, assim como qualquer serviço de saúde, deve ser avaliada objetivando a verificação de problemas e melhorias do serviço prestado¹². Nesta perspectiva, o presente estudo realizou uma análise exploratória, com o objetivo de identificar e analisar a evolução da qualidade ao acesso dos serviços odontológicos especializados na Paraíba, no período de 2012 a 2020.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem indutiva, procedimento descritivo e técnica de documentação indireta¹³. De delineamento transversal, natureza quantitativa¹⁴ e caráter censitário realizado a partir da plataforma de dados secundários de livre acesso do Ministério da Saúde, o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) [<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>]¹⁵.

O universo do estudo refere-se a todos CEO ativos do estado da Paraíba (n=96), cadastrados no CNES, no período de 2012 a 2020, este foi o período escolhido para estudo tendo em vista que somente em 2011 com a Portaria N^o1464, foi definido que o monitoramento de



produção iria consistir em uma análise da produção mínima mensal registradas no SIA/SUS, por especialidade. A organização dos dados desta forma facilitou no processo de coleta, mas não foi levado em consideração neste estudo o cumprimento ou não das metas estabelecidas. A amostra foi composta por 93 CEO, visto que 3 deles não possuíam registro dos dados necessários para presente pesquisa. Os dados foram coletados nos meses de janeiro a maio de 2021, os pesquisadores responsáveis pela coleta de dados passaram por um treinamento para aprender a manipular o software e coletar os dados no sistema de informação do Ministério da Saúde.

Os dados coletados se referem ao total de procedimentos da produção ambulatorial de quatro das especialidades mínimas obrigatórias: Atendimento básico ao paciente com necessidades especiais (PNE); Cirurgia Oral Menor; Endodontia e Periodontia. A especialidade de Diagnóstico Bucal foi desconsiderada, apesar de ser listada como obrigatória para o processo de implatação do CEO, como descrito na Portaria Nº 599 de 23 de março de 2006, não é exigida que esta especialidade apresente meta de produção mínima mensal pela Portaria Nº 1464 de 24 de junho de 2011, não sendo assim possível obter seus dados de produção. Aqueles procedimentos em que não ocorreram registro de produções, bem como os meses de produções ausentes eram excluídos automaticamente pela filtragem de dados do tabulador.

Os dados, foram tabulados no software tabulador de dados para Windows (TABWIN- versão 4.1.4 - Ministério da Saúde). E posteriormente exportados para o Excel 2018, onde foram consolidados, sendo agrupados em número de procedimentos realizados por especialidade por ano. Por fim os dados foram analisados descritivamente, realizando-se um cálculo de média dos valores obtidos, alguns dados como os números de CEO e os valores de produção foram submetidos a teste estatístico utilizando a análise de correlação de Spearman por meio do software Bioestat 5.3¹⁶.

Foi dispensada a submissão para o Comitê de Ética em Pesquisa, já que as informações utilizadas são de domínio público.

Resultados

Na Figura 1, temos a média da produção dos CEO por especialidade, bem como a média da produção total anual. Através desse gráfico é possível constatar que os procedimentos realizados em todas as especialidades apresentam picos em pelo menos um desses anos (2013, 2016 e 2018), exceto na de Endodontia. A Produção desta especialidade permanece sem grandes variações quando comparada as demais, ao longo de todo período analisado, ainda é possível notar que esta possui os menores valores de produção.

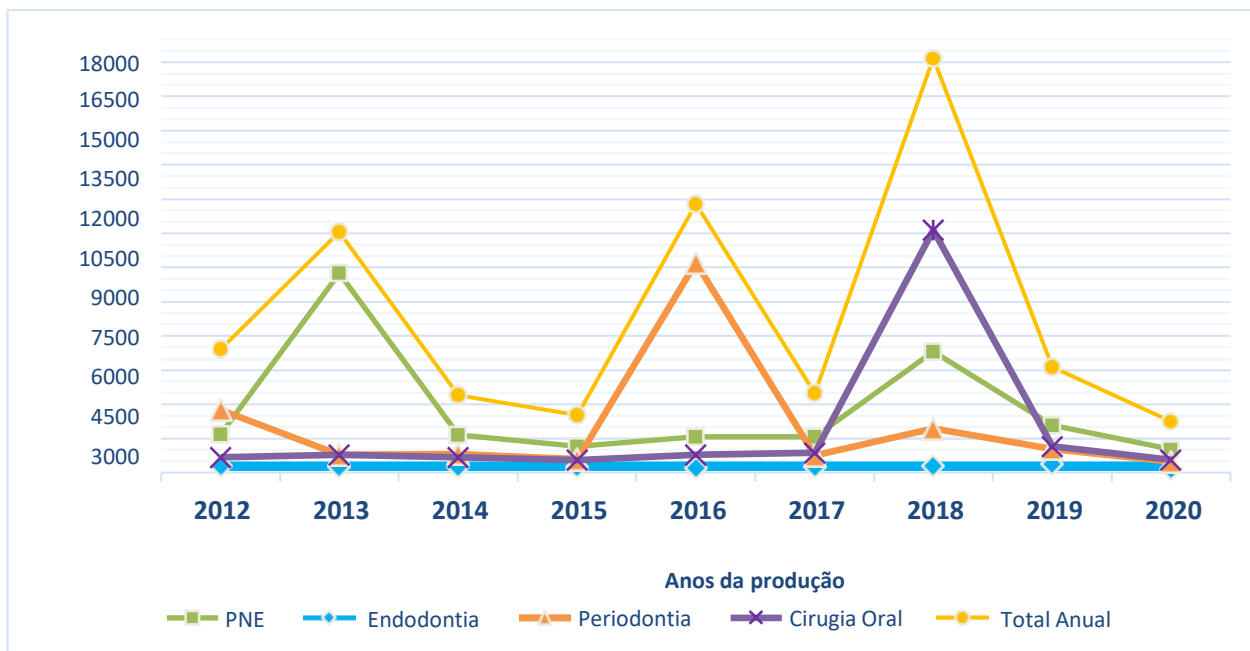


Figura 1. Média da Produção Anual dos CEO por especialidade na Paraíba, 2012 a 2020.

Na Figura 2, temos que o número de CEO se apresenta de forma crescente com o passar dos últimos nove anos, enquanto os valores de produção no período avaliado oscilam. De acordo com o coeficiente de correlação Spearman a oscilação da produção não apresenta relação significativa ($p > 0,05$) com o número de CEO em funcionamento naquele ano, uma vez que o quantitativo destes serviços, apresenta-se de forma crescente com o passar dos anos. Nota-se ainda que a produção em 2020 foi a menor dentre os anos analisados (Figura 2).

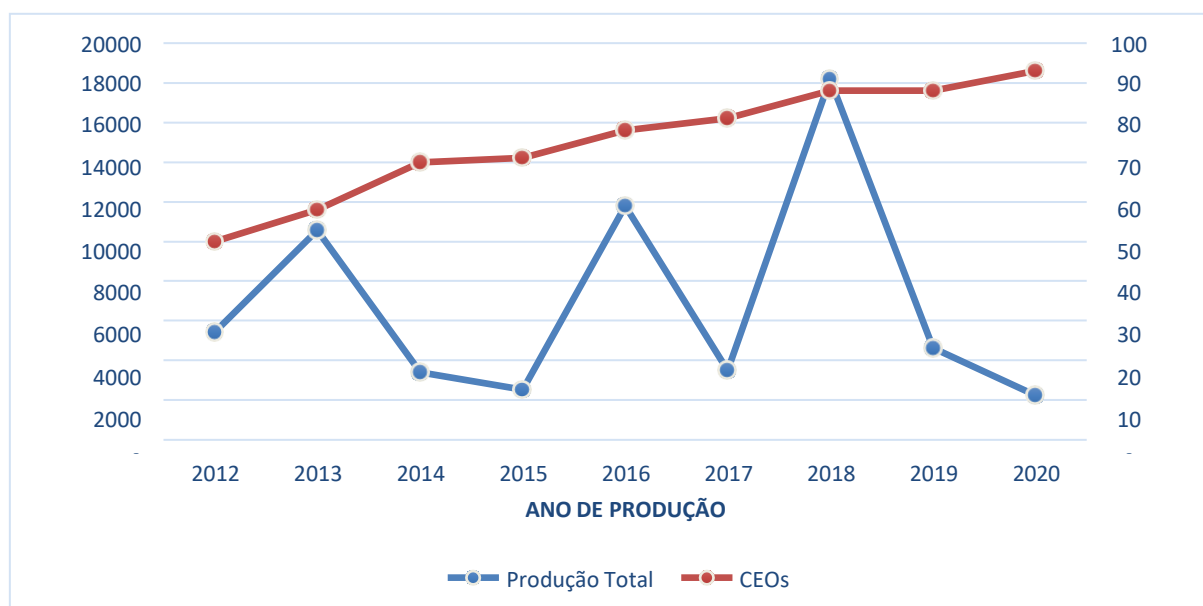


Figura 2. Monitoramento de Produção dos CEO cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde na Paraíba, 2012 a 2020.

Discussão

Diante dos resultados, constatou-se grande oscilação nos valores relacionados à produção dos Centros de Especialidades Odontológicas da Paraíba, no período analisado, 2012 a 2020. Apresentando em três anos dos estudados elevações nos valores de suas produções, esses anos são 2013, 2016 e 2018, porém não foi encontrado na literatura a descrição de nenhum panorama semelhante.

No ano de 2018 ocorreu pico significativo na produção de todas as especialidades obrigatórias ofertadas na atenção secundária. Durante a análise dos dados constatamos uma correspondência entre a realização do segundo ciclo do PMAQ-CEO com este ano de pico¹⁷. Não constatou-se a existência de nenhum achado que explicasse tal quadro, deixando assim em aberto a possibilidade de haver relação ou não, o que pode ser explorado para desenvolvimento de futuros estudos. Tendo em vista que o ano de 2013, foi um ano de início de um dos ciclos do PMAQ-CEO, e este também apresentou uma produção elevada de procedimentos totais.

Assim como também não encontrou-se achados que justificassem a variação sem padrão aparente dos valores relacionados ao número de procedimentos produzido. Esta oscilação pode estar relacionada a questões externas e individuais dos municípios nos quais os CEO estão implantados que interferiram nesse processo de procura da população por esses serviços especializados. Podem também estarem associados a problemas internos aliados a má gerencia e resolução desses, como por exemplo comprometimento das instalações físicas dos CEO, levando a longos períodos de reformas e consequente suspensão dos serviços.

De 2012 a 2020 a especialidade de atendimento básico a PNE foi a que mostrou o maior número de procedimentos anuais realizados. Achados semelhantes foram encontrados em estudos que tinham por objetivo avaliar a produção dos CEO, Lira et al¹⁸ ao utilizar o indicador Índice de Global de Metas Modificado (CGMM) encontrou ao avaliar 88 CEO da Paraíba em 2018 que 61,4% desses atingiram as metas de produção nesta especialidade nos 12 meses estudados, este seria o melhor resultado se comparado com os demais subgrupos. Já no estado de Pernambuco foi obtido melhor cumprimento de metas nos CEO, utilizando como instrumento de avaliação o Índice Global de Cumprimento de Metas (CGM), pelo subgrupo atendimento a PNE¹⁹.

Esses resultados podem ser justificados quando se leva em consideração a falta de suporte e qualificação dos profissionais na atenção primária para ofertar atendimento a esse público, o que impossibilita muitas vezes a realização de procedimentos simples a pacientes deste grupo que não possuem um perfil que necessite da utilização de sedação sendo portanto desnecessário o encaminhamento a atenção especializada e consequente aumento na demanda de procedimentos tendo como alvo este subgrupo. Os altos números desta especialidade podem estar atrelados ainda a necessidade individual do paciente, sendo oportuno para o profissional da atenção especializada



a realização de mais de um procedimento no mesmo paciente em uma só consulta, se beneficiando do espaço de tempo fornecido pelo sedativo.

A especialidade de Endodontia é a que ao longo dos anos se mantém mais estável sem grandes oscilações e aquela que possui os menores valores de produção. Corroborando com achados de Lino et al²⁰, ao avaliarem a atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, identificaram que a maioria dos procedimentos realizados eram da área da Cirurgia (55,0%), seguida por Periodontia (28,2%) e por último Endodontia (16,8%).

Isso pode ser explicado uma vez que, a especialidade de Endodontia apresenta um tempo de espera relevante, fato este que pode estar associado à alta demanda de procedimentos endodônticos em decorrência da não intervenção em estágios iniciais da cárie dentária¹⁰. Bem como, se levarmos em consideração estudos que ao avaliarem o desempenho dos CEO, concluíram que o grande tempo de espera para que o usuário da atenção básica tenha sua consulta marcada para o nível secundário, é motivo de insatisfação para muitos que utilizam o SUS, e pode ser a razão para o não comparecimento de muitos desses a consultas agendadas¹⁰.

Podemos ainda notar que há uma queda de produção significativa em 2020, quando comparamos aos dois anos anteriores. Tal fato pode estar associado ao cenário pandêmico que se instalou pelo mundo, milhares de pessoas foram infectadas pelo vírus SARS - CoV-2, medidas de bioseguranças mais severas precisaram ser adotadas, bem como a adesão de protocolos de distanciamento social a fim de impedir o contágio e propagação da doença o que acarretou a suspensão temporária dos serviços de saúde bucal. Uma vez que os CEO podem sofrer influência das características contextuais dos locais que estão inseridos²¹.

As variações presentes nos valores de produção podem ser explicada ainda por problemas relacionados ao acesso do usuário ao serviço, uma vez que, a acessibilidade aos serviços de atenção secundária em saúde bucal encontrou-se prejudicada por fatores relacionados às barreiras geográficas (distância e carência de transporte), financeiras (custo do transporte) e organizacionais (falta de dados epidemiológicos para pactuação e oferta de vagas à noite²²).

Dessa forma, pode-se verificar que os dados utilizados e os resultados obtidos estão de acordo com o objetivo inicial do estudo e nos fornece um panorama do acesso aos serviços odontológicos na atenção secundária. Um maior quantitativo de pessoas atendidas pode inferir uma maior qualidade no acesso dos serviços odontológicos, tendo disponível a oferta de procedimentos nas especialidades.

A utilização de sistemas de informação em saúde, como o SIA/SUS, pode ser descrita como uma das vantagens deste estudo, tendo em vista que este é um dos maiores bancos de dados e com a melhor informação disponível sobre procedimentos realizados na atenção especializada em Odontologia no Brasil.

O SIA/SUS se insere no fluxo dos dados da Atenção Secundária, da seguinte forma: As entidades federais, estaduais e municipais abastecem a base de dados do Ministério da Saúde



utilizando o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com as informações dos estabelecimentos de saúde. Posteriormente os dados obtidos são tabulados através do software tabulador de dados para Windows (TABWIN - versão 4.1.4 - Ministério da Saúde), permitindo assim a realização de relatórios de acompanhamento da produção e disseminação das informações ambulatoriais¹⁵. Por essa razão o estudo pode apresentar possível enviesamento em seus resultados, devido a possível erro de notificações e registros, uma vez que se baseia em um banco de dados secundários podem apresentar sub ou superestimação nas estimativas do estudo.

Conforme recomenda a guia de escrita científica Standardized Reporting Of Secondary data Analyses (STROSA), esta que orienta produções de textos que utilizam como fonte de informações as bases de dados secundários de livre acesso é importante destacar que o estudo realizado não possui financiamento externo, assim como também não ocorreu nenhuma interferência dos proprietários dos dados durante todo o processo. Ele é passível de replicação externa, uma vez que utiliza dados que estão dispostos em uma plataforma disponível nacionalmente²³.

Observa-se a necessidade de potencializar estudos desta natureza, a relacionando a outros fatores que não foram explorados neste trabalho, a fim de oferta um serviço de melhor qualidade a população e identificar quais fatores que interferem neste caminho percorrido até o atendimento na atenção secundária. Podem ser investigadas questões como o motivo da procura pelos serviços odontológicos especializados o que acarreta ao absenteísmo, possíveis interferências no modelo de referência e contrarreferência adotado.

Conclusão

Conclui-se que, apesar da constante variação, os números de produção ainda permanecem significativos, nos permitindo afirmar que a qualidade do acesso aos serviços odontológicos especializados no estado da Paraíba é boa, uma vez que a qualidade de acesso foi medida por meio da oferta de procedimentos realizados, nos permitindo inferir que um melhor acesso esta atrelado a um maior número de procedimentos realizados. E a constante variação apontada, pode indicar uma possível falha nos registros de produção.

Referências

1. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10:297-302.
2. Aquilante AG; Aciole GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015;20(1):239-248.



3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal.[internet] Brasília DF: Ministério da Saúde 2004 [acesso em 2021 maio 18] Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.>
4. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação no 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017; 3 out.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n.º 1.599/2015. Brasília, 2015.
7. Andrade FB; Pinto RS; Antunes JLF. Tendências nos indicadores de desempenho e monitoramento de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. Cad. Saúde Pública.2020;36(9).
8. Galvao MHR; Roncalli AG. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. Cad. Saúde Pública.2021;37(1).
9. IBGE/Portal do IBGE/IBGE. [online] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>> [Acesso em 15 de maio de 2021]. Ibge.gov.br.2021.
10. Saliba NA, Moimaz SA, Fadel CB, Bino LS. Saúde bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. ROBRAC. 2010;19(48):66-9.
11. Limão NP, Protasio APL, Machado LS, Gomes LB, Valença AMG. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. Oferta de assistência odontológica especializada en la Atención Primaria de Brasil, Noreste y Paraíba.2017.
12. Machado FCA; Silva JV; Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. Ciênc. saúde coletiva.2015;20(4):1149-1163.
13. Lakatos, EM. Marconi, MA. Fundamentos Da Metodologia Científica. 8. Ed. São Paulo: Atlas, 2017.13.



14. Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora GuanabaraKoogan S.A.; 2001.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual Anual Técnico Operacional SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais.2009
16. Instituto de desenvolvimento Sustentavel Mamirauá. Bioestat5.3.
<<https://www.mamiraua.org.br/downloads/programas/>>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.Manual Instrutivo para os Centro de Especialidades Odontologica (CEO).2017.
18. Lira GNW; Pereira TLS; Padilha WWN. Aplicabilidade do índice de cumprimento global de metas modificado nos centros de especialidades odontológicas da Paraíba, Brasil. Comunicação Científica e Técnica em Odontologia 5. 2020;18:208-216.
19. Figueiredo N; Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública.2009;25(2):259-267.
20. Lino PA et al. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. Ciênc. saúde coletiva.2014;19(9):3879-3888.
21. Gonçalves JRSN et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. Cadernos Saúde Coletiva.2018;26(4):432-438.
22. Pinto VPT et al. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. Ciênc. saúde coletiva.2014;19(7):2235-2244.
23. Swart E; Schmitt J. Standardized Reporting Of Secondary data Analyses (STROSA).
<<https://www.equator-network.org/reporting-guidelines>>.