

INIQUIDADES NO CUIDADO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

ANDRÉ LUIZ RODRIGUES MELLO¹; ANA LUIZA CARDOSO PIRES²; FRANCINE DOS SANTOS COSTA³; OTÁVIO PEREIRA D'ÁVILA⁴; LUANA CARLA SALVI⁵; LUIZ ALEXANDRE CHISINI⁶

¹ Universidade Federal de Pelotas – andreluizrmello@gmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – analuzacardosopires@hotmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas – francinesct@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas – otaviopereiradavila@gmail.com

⁵ Universidade Federal de Pelotas – luanacarlalvi@gmail.com

⁶ Universidade Federal de Pelotas – alexandrechisini@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde demonstra sua capacidade de prover cuidados abrangentes em saúde bucal, em grande parte devido às iniciativas advindas do Programa Brasil Sorridente. Esse programa desempenhou um papel crucial na expansão dos serviços de saúde bucal em distintos níveis de atenção, por meio da criação de uma rede de atendimentos odontológicos (PUCCA et al., 2015).

Desde o ano de 2006 o acesso aos serviços de atenção secundária, voltados a intervenções odontológicas de média complexidade, ocorre através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) implementados em todo o território nacional (BRASIL, 2006). A implementação dos CEO resultou em uma cobertura abrangente e na ampliação do acesso aos cuidados odontológicos especializados para as populações periféricas (ANTUNES; NARVAI, 2010 ; CHAVES et al., 2017). Contudo, persistem desafios em relação à saúde bucal, principalmente entre a população de baixa renda, devido à limitação de acesso e utilização dos serviços odontológicos, reforçando as disparidades associadas à prestação de serviços de saúde bucal (VETTORE et al., 2013).

A sociedade brasileira é profundamente marcada por desigualdades sociais que impactam a qualidade de vida das populações mais vulneráveis. Além disso, na assistência odontológica, as desigualdades de saúde sempre foram observadas historicamente. Também é conhecida a correlação entre o status socioeconômico da população e o estado de saúde, onde quanto mais baixa a posição ocupada na hierarquia social, piores são as condições de saúde dos indivíduos (MARMOT et al., 2008). Nesse contexto, reconhece-se a importância das estratégias voltadas para a progressiva expansão do acesso aos serviços odontológicos especializados e a alocação de recursos públicos alinhados a metas programáticas, visando à redução das disparidades em saúde (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Embora tenham sido observados avanços nos indicadores epidemiológicos devido às iniciativas da Política Nacional de Saúde Bucal, é fundamental incorporar ações que abordem aspectos étnico-raciais, comportamentais, de gênero e de comportamentos de risco às medidas já implementadas (SILVA; FILHO, 2009). Isso se deve ao entendimento de que as disparidades são influenciadas pelos diversos contextos que constituem os determinantes sociais da saúde (CHISINI et al., 2021). Assim sendo, o objetivo do presente estudo foi investigar as iniquidades contextuais nos serviços odontológicos especializados no Brasil.

2. METODOLOGIA

Esse estudo ecológico longitudinal retrospectivo utilizou dados secundários do banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS; <http://www.datasus.gov.br>), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES; <http://cnes.datasus.gov.br/>) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE; <http://www.ibge.gov.br>). Foram incluídos no presente estudo os Atendimentos Odontológicos Especializados realizados em municípios com Centros de Especialidade Odontológica (CEOs) registrados no CNES e ativos no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

As variáveis independentes avaliadas neste estudo foram o tamanho da população dos municípios, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a cobertura da Atenção Primária em Saúde (APS) e da Atenção Básica em Saúde bucal, a renda média mensal da população, a taxa de escolaridade (de 6 a 14 anos) e a taxa de mortalidade infantil (do IBGE; <https://cidades.ibge.gov.br/>).

Como variável dependente foi analisada a trajetória da produção especializada em odontologia nos municípios com CEOs. Foram mapeados os municípios brasileiros com CEOs, registrados e ativos durante o período avaliado (2015 a 2017) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Além disso, foram coletados o número e o tipo (I, II ou III) de CEO em cada município. Após o mapeamento, a coleta dos procedimentos odontológicos especializados foi analisada no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

A análise da produção foi feita pelo número anual de procedimentos realizados por cada município com CEO, de acordo com o número de CEO em cada município e o tipo de cada CEO. Assim, para cada grupo de procedimentos, o município poderia i) atingir ou ii) não atingir a produção mínima. Dessa forma, foi criada uma pontuação anual de produção para cada grupo. A modelagem de trajetória baseada em grupos foi usada para identificar diferentes trajetórias de produção ao longo dos anos. O método foi projetado para identificar grupos de municípios que compartilham trajetórias de produção semelhantes ao longo do tempo. Os modelos foram estimados usando o software Stata 16.0. Para a análise, foram utilizados três períodos de tempo (2015, 2016 e 2017) e cinco pontuações de produção. Os parâmetros para o modelo de trajetória foram determinados com base na máxima probabilidade do método de Quasi-Newton.

A análise estatística foi conduzida por meio do pacote de software STATA, versão 16 (<https://www.stata.com>). Primeiramente, foi realizada uma análise descritiva para determinar a frequência relativa e absoluta das variáveis independentes e a trajetória da produção especializada em odontologia usando o teste exato de Fisher. Para analisar os fatores associados à alta trajetória de produção especializada em odontologia, foi utilizado um modelo de regressão de Poisson. A razão da taxa de incidência (IRR) e seus intervalos de confiança de 95% foram estimados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados um total de 1099 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) distribuídos em 906 municípios, dos quais 13,1% estavam desativados durante o período. Assim, 954 CEO em 893 municípios foram incluídos no estudo. As duas regiões brasileiras mais populosas (Nordeste e

Sudeste, respectivamente) tiveram o maior número de CEO registrados e ativos durante o período avaliado. PEDRAZZI et al (2008) e GOES et al (2012) encontraram uma proporção semelhante na distribuição de CEO de acordo com as regiões, revelando a manutenção desse indicador ao longo do tempo. 62,9% dos municípios tiveram uma trajetória baixa na produção odontológica especializada; os municípios localizados nas regiões sul apresentaram as taxas mais baixas.

Existem marcadas desigualdades na trajetória do atendimento odontológico especializado no Brasil, de acordo com a média salarial mensal municipal, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a taxa de mortalidade infantil. Considerando os resultados ajustados, observamos que tamanhos populacionais grandes (IRR = 2,84, IC 95% [1,94 - 4,14]), municípios com IDH muito alto (IR = 3,34, IC 95% 1,09 - 10,24) e o tercil mais alto da taxa de escolaridade (IR = 1,23, IC 95% 1,00 - 1,50) estavam associados à alta trajetória de produção odontológica especializada. O tamanho populacional dos municípios, o IDH, a taxa de escolaridade e a região brasileira foram as variáveis contextuais que melhor predizem a trajetória dos serviços odontológicos especializados, evidenciando o efeito das desigualdades socioeconômicas nos serviços de saúde bucal.

Essas observações destacam a importância de políticas públicas que ampliem seu foco para incentivar e desenvolver diferentes segmentos sociais (SOUZA, RONCALLI, 2007), uma vez que apenas a Política Nacional de Saúde Bucal não é capaz de solucionar as discrepâncias no modelo de assistência (CHAVES et al., 2018). É importante enfatizar que ainda há inacessibilidade às ações de saúde nas populações mais vulneráveis e, quando acessíveis, prevalece o modelo de cuidado curativo e mutilador (SOARES et al., 2011).

O presente estudo demonstrou que os municípios com ampla cobertura de atenção primária em saúde bucal têm as piores trajetórias de produção ambulatorial de cuidados secundários necessários, um fato previamente observado (CORTELLAZZI et al., 2014). Esse resultado destaca um possível descompasso entre a atenção primária e a secundária no país. Podemos especular que as Políticas Públicas de Saúde Bucal possam ter direcionado, de alguma forma, a organização e expansão das redes de atenção primária em regiões mais vulneráveis, devido ao baixo custo e alta resolução.

Um dos aspectos mais significativos do presente estudo é que é um dos poucos que investigam os fatores associados à trajetória da produção odontológica especializada em todo o território brasileiro, apresentando as desigualdades absolutas e relativas. A importância das avaliações dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) também é destacada para a melhoria das ações de saúde. A investigação por meio da análise de séries temporais permite controlar a análise pelos fatores que podem confundir os resultados, garantindo a originalidade do estudo e reforçando sua importância.

No entanto, existem limitações relacionadas ao uso de dados secundários, que podem apresentar imprecisões, como subnotificação ou supernotificação, sendo essas imprecisões a principal limitação deste estudo. Contudo, pode-se presumir que esses vieses tenham ocorrido de forma não sistemática entre os municípios, diminuindo assim o comprometimento dos resultados apresentados. As descobertas descritas neste estudo podem servir de suporte na construção de políticas de saúde pública, além de serem utilizadas como ferramenta para a integração e melhoria da odontologia no âmbito do SUS.

4. CONCLUSÕES

Diante do exposto é crível a necessidade de ajustar os critérios e regras para a implementação e supervisão da atenção secundária em saúde bucal, tornando os modelos dos centros de especialidades odontológicas mais simplificados e flexíveis, alinhados às necessidades epidemiológicas locais, assim como a intervenção de políticas públicas com o objetivo de reduzir as iniquidades no cuidado odontológico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PUCCA G.A.; GABRIEL M.; ARAUJO M.E.; ALMEIDA F.C. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. **J Dent Res.** 2015;94(10):1333-7.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 600 de 2006.** Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União 2006; 24 mar. . 2006.
- ANTUNES, J.L.; NARVAI, P.C. Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities. **Rev Saude Publica.** 2010;44(2):360-5.
- VETTORE, M.V.; MARQUES, R.A.; PERES, M.A. [Social inequalities and periodontal disease: multilevel approach in SBBrazil 2010 survey]. **Rev Saude Publica.** 2013;47 Suppl 3:29-39.
- MARMOT M.; Friel S.; Bell R.; Houweling T.A.; Taylor S.. Commission on Social Determinants of H. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **Lancet.** 2008;372(9650):1661-9.
- SILVA, L.M.V.; FILHO, N.A. Health equity: a critical analysis of concepts. **Cad Saude Publica.** 2009;25 Suppl 2:S217-26.
- CHISINI, L.A.; SARMENTO H.R.; COLLARES K.; HORTA B.L.; DEMARCO F.F.; CORREA M.B.; Determinants of dental prosthetic treatment need: A birth cohort study. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2021;49(5):394-400.
- PEDRAZZI V, DIAS K.R., RODE Sde M. Oral health in Brazil--part II: dental specialty centers (CEOs). **Braz Oral Res.** 2008;22 Suppl 1:18-23.
- GOES PS, FIGUEIREDO N, NEVES JC, SILVEIRA FM, Costa JF, Pucca Junior GA, et al. [Evaluation of secondary care in oral health: a study of specialty clinics in Brazil]. **Cad Saude Publica.** 2012;28 Suppl:s81-9.
- ANTUNES J.L., NARVAI P.C. Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities. **Rev Saude Publica.** 2010;44(2):360-5.
- CHAVES, S.C.L.; ALMEIDA, A.; ROSSI, TRA, SANTANA SF, BARROS SG, SANTOS CML. Oral health policy in Brazil between 2003 and 2014: scenarios, proposals, actions, and outcomes. **Cien Saude Colet.** 2017;22(6):1791-803.
- Souza TM, Roncalli AG. [Oral health in the Brazilian Family Health Program: a health care model evaluation]. **Cad Saude Publica.** 2007;23(11):2727-39.
- CHAVES S., ALMEIRA A, REIS C, ROSSI T, Barros S. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde debate.** 2018;42(spe2):76-91.
- SOARES, F.F.; FIGUEIREDO, C.R.; BORGES, N.C.; JORDAO R.A.; FREIRE, M.C. [Oral health teamwork in Brazilian family healthcare strategy: an analysis of studies published between 2001 and 2008]. **Cien Saude Colet.** 2011;16(7):3169-80.
- CORTELLAZZI, K.L.; BALBINO, E.C.; GUERRA, L.M.; VAZQUEZ, F.L.; BULGARELI, J.V.; AMBROSANO, G.M. Variables associated with the performance of Centers for Dental Specialties in Brazil. **Rev Bras Epidemiol.** 2014;17(4):978-88.