

ACESSO A CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO SUS: DO DIREITO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO AO CONTINUÍSMO UTILITÁRIO

Data de submissão: 09/05/2023

Data de aceite: 03/07/2023

Patrícia de Oliveira Cesa dos Passos

Prefeitura Municipal de Saúde de Itajaí,
Secretaria Municipal de Saúde
Itajaí, SC
<http://lattes.cnpq.br/7155794002307868>

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Universidade do Vale do Itajaí, Programa
de Mestrado Profissional em Saúde e
Gestão do Trabalho
Itajaí, SC
<http://lattes.cnpq.br/5256945243349535>

Produto de dissertação de mestrado, defendida em 30/07/2020, vinculado à Linha de Pesquisa Educação na Saúde e Gestão do Trabalho na Perspectiva Interdisciplinar do Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho.

RESUMO: Considerando a garantia constitucional de acesso universal e igualitário a ações e serviços do Sistema Único de Saúde, este estudo social de natureza qualitativa do tipo exploratório-descritivo, desenvolvido na mesorregião do Vale do Itajaí (SC), analisa a dimensão do acesso da política pública Centro de Especialidades Odontológicas, com base na

percepção de representantes da gerência de planejamento da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; do Núcleo de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; de representantes de usuários que atuam como conselheiros no Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina; e de secretários de saúde dos municípios que integram as regiões de saúde da mesorregião Vale do Itajaí. Os dados, obtidos em entrevistas do tipo grupo focal, foram estudados por meio da análise temática ajustada. Os resultados mostram que o acesso é seletivo, por insuficiência de Centros ou por poucas vagas disponíveis para os municípios referenciados. Os atores sociais entrevistados apontam para o utilitarismo normativo como o modelo teórico de implantação, reforçando a histórica desigualdade distributiva de acesso da população a ações e serviços do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Odontologia. Atenção Secundária de Saúde. Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ACCESS TO SUS SPECIALIZED DENTAL CENTERS: FROM UNIVERSAL EGALITARIAN LAW TO UTILITARIAN CONTINUISM

ABSTRACT: Considering the constitutional guarantee of universal and equal access to actions and services of the Unified Health System (SUS), this qualitative exploratory-descriptive social study, developed in the mesoregion of Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brazil, analyzes the “access” dimension of public policy Center for Dental Specialties based on the perception of representatives of the SUS planning management of the Santa Catarina State Department of Health; the Oral Health Center of the State Department of Health of Santa Catarina; representatives of users who act as advisers in the State Health Council of Santa Catarina; and health secretaries from the municipalities that integrate the health regions of the Vale do Itajaí mesoregion. The data, obtained from focus group interviews, were studied using the adjusted thematic analysis. The results show that access is selective, due to insufficient of Centers or because of the few vacancies available for the referenced municipalities. The social actors interviewed point to normative utilitarianism as the theoretical model of implantation of the Center, reinforcing the historical distributional inequality in the population’s access to SUS actions and services.

KEYWORDS: Dentistry. Secondary Health Care. Effective Access to Health Services. Brazilian Unique Health System.

1 | INTRODUÇÃO

A conformação da Odontologia científica no Brasil seguiu o modelo de profissionalização protagonizado pelos Estados Unidos da América. As conjunturas sociais e culturais estadunidenses, de meados do século XIX, favoreceram o desenvolvimento, expansão e organização do ofício profissional do Ocidente. Várias estratégias executadas, para fins de estabelecimento de uma autoridade sobre o mercado odontológico estadunidense, influenciaram o Brasil, cabendo citar: estratégias de luta pelo monopólio profissional, frente aos grupos de práticos, visando à legitimação profissional; estratégias discursivas para fins de regulamentação da profissão e estratégias de “[...] desenvolvimento de uma noção utilitária de odontologia e a luta para obtenção de reconhecimento público” (CARVALHO, 2006, p. 59).

Da Constituição de 1891 à promulgada em 1988, houve uma supremacia da lógica odontológica liberal-privatista em detrimento de políticas públicas. Apenas alguns programas públicos seletivos e setoriais foram ordenados pela Federação, destacando-se: a prestação de assistência odontológica para segurados das Caixas de Aposentadoria e Pensão, criadas pela Lei Elói Chaves, em 1923 (BRASIL, 1923); a garantia de extrações dentárias em Santas Casas de Misericórdia e Hospitais das Forças Armadas, nos anos de 1930 (CUNHA, 1952); o sistema incremental para escolares, instituído pelo governo Vargas, em 1951, por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (ZANETTI, 2005).

A partir da promulgação da Constituição de 1988 (CF/88), que dispõe em seu artigo 196, a saúde como direito de todos e dever de Estado, cuja garantia de ações e

serviços se dá mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário (BRASIL, 1988), duas iniciativas federais foram instituídas: o incentivo financeiro a municípios que desejassem inserir Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF), sendo uma ESB para cada Equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2000); e a atualização desse incentivo financeiro e a prerrogativa de implantação de quantas ESB fossem necessárias, a critério do gestor municipal, não podendo ultrapassar o número de equipes do Programa Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2003).

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde (MS) elegeu diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal, fruto do Programa Brasil Sorridente, lançado em Sobral, Ceará, pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Entre tais diretrizes cabe citar: a fluoretação da água de abastecimento público, a reorientação do processo de trabalho odontológico e da atenção odontológica no PSF, a ampliação e qualificação da atenção especializada em saúde bucal através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), além de oferta de assistência hospitalar (BRASIL, 2004a).

No mesmo ano, foram esboçados os primeiros desenhos para a criação de Redes de Atenção à Saúde, diretriz constitucional do SUS, com base na adequação de experiências internacionais mais maduras, na dimensão continental do Brasil com fortes desigualdades regionais, e na cooperação federativa entre União, estados e municípios (CONASS, 2015).

Nos traçados de redes, os CEOs foram considerados pontos de atenção de média complexidade que deveriam ofertar, no mínimo, as especialidades de Diagnóstico Bucal (com ênfase no câncer bucal), Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Endodontia e Atendimento a Portadores de Necessidades Especiais, com base em critérios, normas, requisitos e deliberação compartilhada entre União e governos subnacionais. Foram divididos em CEO do tipo I, II ou III, de acordo com o número de consultórios em cada um (BRASIL, 2004d; 2006a).

Uma segunda portaria instituiu o incentivo financeiro anual para cada tipo de CEO, destinado ao custeio dos serviços, instituindo também o incentivo à implantação (BRASIL, 2004e). Outras portarias foram emitidas a fim de: (a) alteração da tabela Serviço/Classificação dos Sistemas de Informações (SCNES, SIA e SIH/SUS) para permitir a identificação das classificações específicas de serviços odontológicos nesses sistemas, a normatização do cadastro de CEO no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, ou como atendimento especializado de outro serviço de saúde como Unidade Básica de Saúde, Policlínica, Hospital Geral ou Unidade Mista (BRASIL, 2004b); e; (b) revisão da tabela dos Sistemas de Informações (SCNES, SIA e SIH/SUS), inclusão da categoria profissional de Patologista Bucal no sistema, bem como de exame anátomo patológico e prótese total mandibular, prótese total maxilar e próteses parciais removíveis maxilar ou mandibular como atributo do Técnico em Prótese Dental (BRASIL, 2004c).

Dois anos depois de criadas as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o PSF foi incorporado à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerada o marco histórico para consolidação e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006b). A PNAB acabou movimentando o horizonte de inserção de implantação de CEOs, uma vez que estes têm como objetivo garantir a referência e contrarreferência para as ESBs da Atenção Básica (BRASIL, 2004a).

No volume “Saúde Bucal no SUS”, da Coleção Institucional do MS, editado em 2018, são sugeridos protocolos de referência e contrarreferência da AB e do CEO, organização do processo de trabalho e da agenda no CEO, por meio da parametrização dos atendimentos clínicos e número de vagas/mês, assim como protocolo de instrumentalização da prática clínica e de gestão relativas às principais especialidades odontológicas. A publicação engloba um rol de especialidades mais amplo somando-se Ortodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares, Odontopediatria, Implantodontia, Prótese Dentária à relação de especialidades mínimas obrigatórias. A decisão de implantação ou não implantação de CEO é do gestor municipal, sendo balizada pelas necessidades e possibilidades do município, em relação à cada especialidade, mas depende do aval da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Ministério da Saúde. Os CEOs podem ser municipais ou regionais; se regionais, os municípios devem levar as propostas para a Comissão Intergestores Regionais (CIR) ou Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Quanto aos municípios que não sediam CEOs, a referência dos cidadãos deve se dar para um destes Centros (BRASIL, 2018).

Neste artigo, analisa-se a dimensão “acesso” da política pública CEO, no contexto catarinense, com base na percepção de representantes da gerência de planejamento da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, do Núcleo de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, de representantes de usuários que atuam como conselheiros no Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina, e de secretários municipais de saúde dos municípios que integram as regiões de saúde da mesorregião Vale do Itajaí.

2 | METODOLOGIA

Estudo social de natureza qualitativa, exploratório-descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, em 09 de novembro de 2019, por meio do parecer nº 3.694.909.

Foi desenvolvido na mesorregião do Vale do Itajaí, composta por três regiões de saúde: Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí, que possui 11 municípios; Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí, que possui 14 municípios; e Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí, que possui 28 municípios (SANTA CATARINA, 2018).

Inicialmente, foram coletados dados secundários no *site* da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS afim de conhecer o número de CEOs em Santa Catarina, suas localizações e o tipo de CEOs implantados.

Na sequência, foram formados seis grupos, para compor o universo de participantes, constituídos por pessoas com distintas representações, sendo o Grupo I formado por membros da Gerência de Planejamento da SES/SC, o Grupo II por secretários Municipais de Saúde da Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí, o Grupo III por Secretários Municipais de Saúde da Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí, Grupo IV por Secretários Municipais de Saúde da Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí, Grupo V por representantes de usuários no Conselho Estadual de Saúde/SC e o Grupo VI formado pelo Núcleo de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Após a apresentação da pesquisa e informações pertinentes, foi solicitado aos sujeitos, que concordaram em participar do estudo, que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Em todas as entrevistas os participantes receberam codinomes, através de números, para que suas identidades fossem preservadas.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram o diário de campo e o grupo focal. Seguindo os instrumentos previamente elaborados, os grupos focais foram conduzidos pelo moderador e auxiliado por um observador. Visando à coleta da dimensão acesso com os grupos I e VI, buscou-se indagar a percepção frente ao cenário atual e perspectiva catarinenses sobre o acesso à CEO, sobre o planejamento, de que modo o setor de planejamento do estado atua no processo de implantação de CEO, quais são os critérios e parâmetros, e como percebem os consórcios na oferta de CEO. Com os grupos III, IV e V questionou-se a visão sobre a oferta de CEO na mesorregião; que critérios, parâmetros e requisitos são levados em conta nas propostas; como se dá a pactuação, e quem decide o número de vagas para cada município; como percebem o potencial dos consórcios (compra de serviço), e como se conduz o problema de fila e tempo de espera pelas gestões. O instrumento com conselheiros do Conselho Estadual de Saúde (CES/SC) priorizou o modo como se dá o acesso “a dentista”; o modo como chegam as demandas “para dentistas” de bairros e municípios; o modo como veem a questão “dentista” no SUS; e como o CES/SC atua na programação de CEO.

Todas as entrevistas foram gravadas com gravador de voz digital, e posteriormente os áudios foram transcritos, organizados, codificados e analisados. As entrevistas com os secretários municipais de saúde e com o CES/SC duraram, em média, 38 minutos. Com o Núcleo de Saúde Bucal e a gerência de planejamento da SES/SC, 1h20m em média, totalizando aproximadamente 4h40m de entrevistas.

Os dados foram analisados por meio da análise temática ajustada, que tem por objetivo trabalhar não com a frequência de unidades de registro, mas com a significância apreendida na comunicação sobre o objeto de análise (MINAYO, 2014).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Existem atualmente no estado de Santa Catarina 49 CEOs instalados, sendo 27 do

tipo I, 18 do tipo II e 4 do tipo III, dos quais 12 estão localizados na mesorregião do Vale do Itajaí, sendo 5 do tipo I, 6 do tipo II e 1 do tipo III. Na Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí existem 5 CEOs instalados, sendo 1 do tipo III (implantado no município de Balneário Camboriú), 2 do tipo II (ambos implantados no município de Itajaí) e 2 do tipo I (implantados nos municípios de Navegantes e Itapema). Na Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí existem 4 CEOs, sendo 2 do tipo II (nos municípios de Blumenau e Brusque) e 2 do tipo I (um implantado em Blumenau e outro em Gaspar); e na Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí existem 3 CEOs, 2 do tipo II (implantados nos municípios de Ituporanga e Rio do Sul) e 1 do tipo I (no município de Ibirama).

Santa Catarina tem uma população estimada em 7.164.788 habitantes (IBGE, 2020). Este contingente populacional deve ser referenciado a estes CEOs de modo a garantir o acesso ao serviço odontológico especializado no SUS. A oferta da atenção especializada em Odontologia neste contexto se traduz na criação e implantação dos CEOs.

A dificuldade de acesso de parte da população catarinense aos CEOs se apresenta na fala do participante 4 do Núcleo de Saúde Bucal, que expressa sua percepção em relação ao estado de Santa Catarina ao relatar que: *“Hoje nós temos vinte municípios sem acesso a CEO. [...] Então precisa muito de CEO ainda no estado [...] nós temos alguns vazios de serviço [...]”*. Esta fala é reforçada pelo relato do participante 1 do Médio Vale, que ao ser questionado, refere como problema central *“ter para onde referenciar nossos pacientes”*. O participante 3 do grupo focal do CES/SC também corrobora a questão da falta de acesso, ao argumentar que *“[...] a dificuldade no acesso [...] no meu município [...]”* se dá em virtude do fato de que a *“[...] a saúde bucal é um pouco elitizada [...]”*, mas reconhece que a criação dos CEOs facilitou este acesso: *“Teve um pouco mais de acesso com a questão da implantação da política de Odontologia dos CEOs, enfim, das especialidades”*.

Os depoimentos revelam franca dificuldade de acesso, comprometendo a garantia do artigo 196 da CF/88 para o qual as ações e serviços a serem garantidas por políticas públicas sociais e econômicas são de acesso universal e igualitário. Não ao acesso procedimental, mas acessos do usuário a todos os níveis de atenção e tantas vezes, quanto, forem necessárias para que se tenha o tratamento completado, legitimando a diretriz constitucional de atendimento integral (BRASIL, 1988).

A insuficiência na oferta da atenção especializada em Odontologia aparece também nas falas dos secretários municipais de saúde da mesorregião Vale do Itajaí, conforme expressa o participante 1 do grupo de secretários municipais de saúde do Alto Vale do Itajaí: *“[...] nós temos poucos centros pela demanda hoje que se vem tendo [...] Claro que a gente tem que buscar outras alternativas, dentro do seu próprio município, mas [...] no momento a gente tá bem carente de cobertura [...]”*.

O exposto pelos participantes está de acordo com estudos de Sobrinho *et al.* (2018), que sinalizam que havia uma baixa cobertura de CEOs nas regiões do Brasil em 2010, variando de 4% a 7,6%, e que, apesar de o país apresentar evolução na implantação de

CEOs, este processo é desorganizado. Os autores expressam ainda que Santa Catarina tem a melhor situação de distribuição de CEOs do país, ao atingir 15 de suas 16 Regiões de Saúde. O exposto está de acordo também com os estudos de Silva *et al.* (2015), que encontraram uma cobertura desigual nas Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte, variando de 5,5% a 80%.

O grupo focal com os representantes da gerência de planejamento da SES/SC demonstraram pouco conhecimento a respeito da atenção especializada em Odontologia no estado, contudo, reconhecem o vazio assistencial existente neste tipo de atenção. Estão representados aqui pela fala do participante 2: “[...] *tem o Centro de Especialidades Odontológicas, que são os CEOs, que estão distribuídos no estado, porém ele tem uma região que tem um vazio assistencial*”.

Ao focar a cobertura de CEOs no estado de Santa Catarina e especialmente na mesorregião do Vale do Itajaí, através do mapa de distribuição de CEOs no estado e das falas dos participantes que denotam a dificuldade de acesso e insuficiência do serviço, localiza-se uma dimensão da complexa realidade dos serviços: a população que procura atendimento no SUS geralmente é a menos favorecida, porém, o acesso da população dos municípios menores e de menor arrecadação, ou seja, com menor capacidade financeira disponível, é dificultado. Morar em uma região de economia mais robusta dá ao cidadão maior possibilidade de acesso ao SUS, enquanto ao pobre morador de uma região mais pobre esse direito é restrito, quando não é negado. Este é um reflexo negativo da descentralização da saúde, que apesar de facilitar o enfrentamento de dificuldades locais, provoca um acesso seletivo e excludente, que foi sinalizado pelo participante 1 do grupo focal da Foz do Rio Itajaí, ao expressar que: “[*Pela*] *quantidade de vagas que nós temos [...] a gente não tem o serviço na sua totalidade*”.

Indagados a respeito da sua percepção sobre a atenção especializada em Odontologia na mesorregião do Vale do Itajaí, o participante 1 do grupo focal com os secretários municipais de saúde da Foz do Rio Itajaí também reconheceu a insuficiência do serviço ao apontar a questão das filas: “*Eu não tenho reclamação dos atendimentos ou da prestação do serviço. Apesar da fila*”. Demais participantes do grupo concordaram que a fila de espera é um nó existente na prestação do serviço, o que demonstra que a prestação da atenção especializada em saúde bucal é insuficiente na região. Este pensamento do grupo está representado aqui pela fala do participante 3: “[...] *a fila realmente só faz crescer, é uma demanda que cresce bastante*”.

Pires *et al.* (2010) avaliaram a demanda por atendimentos de média complexidade no Distrito Federal e entorno e sua relação com os serviços de atenção básica, e sinalizaram que a baixa efetividade da atenção básica na região leva o usuário a buscar atendimento de média complexidade de forma indiscriminada, sendo preciso organizar os fluxos do primeiro nível de atenção para que os demais níveis não sejam sobrecarregados. Relacionando o exposto pelo autor ao objeto de nosso estudo, percebe-se com clareza que uma boa gestão

da atenção básica pode reduzir as filas dos CEOs.

Um dos nós críticos citado pelos participantes foi a questão da programação pactuada integrada (PPI). De acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para as redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, a PPI se constitui em uma estratégia de orientação de alocação de recursos regionais da Rede de Atenção à Saúde, e deve estar pautada em critérios de necessidade de saúde (BRASIL, 2010). O Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina, de 2018 (PDR/SC), indica que a PPI envolve negociações e pactos entre os gestores, tendo por objetivo garantir o acesso do usuário aos serviços do SUS, estabelecer os fluxos assistenciais quantificando as ações de saúde para cada território e estabelecer os limites financeiros destinados a cada município e/ou região (SANTA CATARINA, 2018).

O acesso da população de municípios que são referenciados aos CEOs regionais se dá através da PPI, e o participante 3 do grupo focal da Foz do Rio Itajaí expressa que esta é uma pactuação desatualizada, que não acompanha o crescimento populacional dos municípios: *“A gente não vê uma revisão de PPI, apesar do aumento de população. A gente não vê uma revisão de PPI desde 2010”*. O participante 1 complementa esta fala, ao expressar que: *“Foi feito per capita naquele momento da pactuação. Hoje teria quer ser replanejado e eu acredito que seja pela demanda”*. A pactuação de vagas é citada também pelo participante 4 do Núcleo de Saúde Bucal, que indica que ocorreu em algum momento uma atualização desta pactuação no estado, ampliando o acesso da população catarinense ao serviço: *“Hoje nós temos vinte municípios sem acesso a CEO, oficialmente pactuado. Mas já tivemos nessa lista 40 e poucos. Então só na atualização da pactuação a gente conseguiu que ele tivesse acesso. Porém esse acesso não é o suficiente pra sua demanda. Ele é algum acesso, porque tem CEO atendendo 14 municípios. É muito município [...] pra produção que ele tem capacidade”*.

Vê-se que a pactuação de vagas se mostra uma importante estratégia para a garantia do acesso à atenção especializada, porém, mesmo com a atualização da PPI é necessário, na perspectiva das autoras, repensar planejamento e programação da atenção especializada em Odontologia no estado.

De acordo com Lima, Grippa e Batista (2019), é esperado que no PDR se esclareça o modo como as secretarias dos entes federados harmonizam e parametrizam as PPIs, e socializam seu *modus operandi* com as secretarias municipais. Viegas e Penna (2013), em estudo de caso individual realizado na região do Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, entrevistaram profissionais da ESF e das equipes de apoio, e os gestores municipais de saúde de três municípios da região, no ano de 2008. Os autores expressam que o “SUS é universal, mas vivemos de cotas”, e que a comunicação entre os níveis de atenção e o acesso à atenção especializada apresentam dificuldades que interferem no atendimento à população.

O participante 2 do Núcleo de Saúde Bucal expressa que geralmente há interesse

por parte dos municípios em ampliar a oferta da atenção especializada em Odontologia dentro da sua estrutura de CEO: “[...] a maioria dos municípios quando a gente mostra essa possibilidade, o município um pouquinho maior, eles se mostram interessados, só que se preocupam, principalmente quando é CEO tipo II pro III, que o passo é bem maior”.

Ampliar um CEO significa, na prática, passar o CEO do tipo I para o tipo II, ou do tipo II para o tipo III. O Núcleo de Saúde Bucal da SES/SC estimula essa alteração de tipo de CEO como forma de ampliar o acesso da população, conforme a fala do participante 4 do Núcleo de Saúde Bucal: “[...] uma outra forma também de aumentar o acesso não é só com a implantação de novos CEOS e sim com as mudanças dos tipos de CEO [...]. Porque se ele é um CEO tipo I e vai prum CEO tipo II, ele vai ter uma produção maior pra atender, então também foi uma estratégia, já que não tavam implantando com tanta facilidade CEOs, teve um movimento de incentivo pra alterar o tipo de CEO [...]”.

O participante 2 do grupo focal do Alto Vale expressa que os consórcios intermunicipais podem ser uma alternativa para a ampliação do acesso: “Eu acredito que ainda as parcerias, o próprio consórcio, pode tá aí surgindo também alguma alternativa pra suprir essa carência da assistência especializada na Odontologia. Eu acho que é inevitável”. O participante 1 do Médio Vale indica que o consórcio representa, em uma visão preliminar: “[...] uma opção menos onerosa para o município, porém esbarra na dificuldade de credenciamentos e parcerias, muitas vezes encerramentos de contratos e a não renovação automática prejudicam a continuidade do serviço”.

Este achado está de acordo com os estudos de Lima, Grippa e Batista (2019), que encontraram na fala de um gestor o associativismo através de consórcio público como forma de fortalecer os municípios de menor porte, intitulados no estudo como “lambaris”. Entretanto, outro gestor expôs o risco de descredenciamento do município pelas clínicas quando os municípios tentam barganhar valores de serviços de média complexidade. Os autores apontam ainda que os “tubarões”, ou os municípios de maior porte, não entram nesta disputa por terem garantida a assistência de média complexidade.

De acordo com Flexa e Barbastefano (2020), os consórcios públicos surgem como uma solução para suprir a falta de coordenação interfederativa, de forma técnica e financeira, auxiliando na gestão e permitindo que os municípios ofereçam atendimentos especializados para sua população, gerando economia através da articulação e otimização de recursos. Ao atuarem em conjunto, os municípios consorciados aumentam sua capacidade de oferta de serviços, com uso racional de recursos para ações que um município de menor porte não conseguiria assumir sozinho, superando as dificuldades locais.

O sistema de consórcios parece ser uma alternativa para suprir a carência no acesso à atenção especializada em Odontologia, já que facilitaria o acesso dos munícipes de cidades de menor porte. Porém, ao se estabelecer uma modalidade de oferta de serviços, é necessário que as condições de contrato sejam estabelecidas e cumpridas de acordo com os atributos constitucionais de acesso a ações e serviços do SUS – universal e igualitário –,

de modo a não incorrer no risco de selecionar a população a ser atendida, que certamente será a dos municípios de maior capacidade financeira, contribuindo para a desigualdade de acesso.

Com base na relação estabelecida com os dados, foi possível reforçar a inferência de que o número e a distribuição de CEOs em uma região não é garantia de acesso a especialidades odontológicas como direito de cidadania, já que é possível ter CEOs, mas não ter vagas suficientes para a população referenciada, por exemplo. O ponto central está na vontade e condições políticas para desenhar um planejamento estratégico para o estado, com delineamento inicial da imagem-objetivo que se quer concretizar, a partir do reconhecimento do conflito que circunscreve o problema – desigualdade de acesso universal e igualitário a especialidades odontológicas –, pois é com o foco no conflito, naquilo que não se sabe e se precisa saber, que emerge a possibilidade de solução (SAVIANI, 2003). Estaria o conflito situado no fato de diretrizes para a criação de CEOs serem edificadas pela União sem planejamento estratégico, sem imagem-objetivo definida? Ou a imagem-objetivo para CEO não contempla acesso universal e igualitário?

A análise dos resultados desta pesquisa denota que a política pública “Atenção Especializada em Odontologia” se apresenta utilitária sob a ótica da falta de acesso da população por insuficiência de CEOs ou por poucas vagas disponíveis para os municípios referenciados, como sinalizado pelos participantes de todos os grupos focais realizados, quando questionados a respeito da oferta de atenção especializada em Odontologia no estado de Santa Catarina ou na mesorregião Vale do Itajaí: “[...] *este é um serviço ainda insuficiente, apesar dos avanços obtidos*”. O que se observa é o continuísmo da lógica utilitária gestada no Brasil Império em detrimento da lógica universal e igualitária.

No princípio da utilidade proposto por Jeremy Bentham, a exposição do ser humano aos sentimentos de prazer e dor é o que guiará a noção do que é certo ou errado, reconhecendo o que é justo de acordo com as consequências de determinado ato. Em termos políticos, o pensamento utilitarista prega que a moralidade das ações está na satisfação das necessidades individuais da maioria dos indivíduos, justificando assim decisões governamentais. A questão ética está, em Bentham, em decidir como interesses individuais podem se combinar para que se forme uma sociedade justa e harmoniosa (BENTHAM, 1948).

O pensamento utilitarista de Bentham indica que a política deve convergir os interesses individuais para o interesse coletivo, tendo o legislador o papel de distribuir dores e prazeres mediando esta convergência, em um arranjo artificial de partes independentes. A legislação assume então um caráter modelador, que tem como objetivo a felicidade de indivíduos equivalentes, indistinguíveis entre si. Portanto, a soma da felicidade dos indivíduos é o que importa, independente da ação arbitrária de um indivíduo sobre outro, e o objetivo é que se atinja a harmonização das divergências atingindo um ponto de equilíbrio (CORREA, 2012).

Na perspectiva, aqui assumida, sobre o objeto analisado em um contexto pandêmico, de crise econômica, política, moral, institucional e de recessão que se avizinha, é muito triste constatar a atualização do continuísmo utilitário da profissão no domínio público. Um continuísmo alimentado pela dualidade entre necessidade e possibilidade, uma marca das políticas públicas em Odontologia, o que acaba configurando uma contínua resposta governamental discriminatória: não é a necessidade que comanda a garantia de acesso à atenção secundária em odontologia, mas a possibilidade de implantação.

Somando-se a isso, a lentidão que acompanha o processo de regionalização no País é trágica. Faz mais de 10 anos que, por decreto, se dispôs sobre a organização e regionalização do SUS (BRASIL, 2011) e, até hoje, as redes regionais efetivas (porque integradas) estão no horizonte. Sem planejamento estratégico, programação em redes e regulação, o acesso universal e igualitário à atenção especializada assume o posto de direito teórico.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os atores sociais entrevistados demonstram o utilitarismo normativo como o modelo teórico eleito para fundamentar a implantação de CEO, reforçando a histórica desigualdade distributiva de acesso da população a ações e serviços do SUS, representados neste artigo sob a dimensão da dificuldade de acesso, seja por insuficiência de CEOs ou por poucas vagas disponíveis para os municípios referenciados.

Ao se respaldar no modelo teórico utilitário-normativo, o ordenamento federal CEO fere o acesso universal e igualitário previsto para o SUS, no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Não é, portanto, uma política nacional, de Estado, mas uma política seletiva, dirigida para frações privilegiadas da população, residentes em municípios que preenchem os requisitos para a sua habilitação e/ou que sejam administrados por gestores simpatizantes e que partem na dianteira nas históricas programações pactuadas integradas.

Deixamos em aberto o debate sobre a legitimidade prática e a pertinência histórica da política pública CEO, dado que não parece ser produto de uma lúcida consciência histórica, mas um continuísmo utilitário.

REFERÊNCIAS

BENTHAM, J. **The principles of morals and legislation**. New York: Hafner Press, 1948.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 abr. 1923. Seção 1, p. 10859.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília (DF): MS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 562, de 30 de setembro de 2004. Alteração/tabela de remuneração de Serviços/Odontologia/SIH-SUS/SIA-SUS/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 set. 2004b. Seção 1, p. 76.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 566, de 06 de outubro de 2004. Exclui da tabela de procedimentos do SIA/SUS os procedimentos descritos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 out. 2004c. Seção 1, p. 356.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 mar. 2006a. Seção 1, p. 72-73.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica - PAB. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 jun. 2003. Seção 1, p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2000. Seção 1, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jul. 2004d. Seção 1, p. 71-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.571, de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jul. 2004e. Seção 1, p. 72-73.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília (DF): MS, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 08 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): MS, 2006b.

CARVALHO, C. L. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio das práticas odontológicas no século XIX. **Hist Cienc Saude Mangunhos**, v. 13, n. 1, p. 55-76, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília (DF): CONASS, 2015.

CORREA, L. C. Utilitarismo e moralidade: considerações sobre o indivíduo e o Estado. **Rev. bras. Ci. Soc.**, v. 27, n. 79, p. 173-186, 2012.

CUNHA, E. S. **História da Odontologia no Brasil (1500-1900)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Científica, 1952.

FLEXA, R. G. C; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão de literatura. **Ciênc. Saude Colet**, v. 25, n. 1, p. 325-338, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc.html>. Acesso em: 20 mar. 2020.

LIMA, R. C. G. S; GRIPA, D. W.; BATISTA, N. Continuamos lambaris dispersos, sonhando em ser baiacu, sob ameaça de tubarão. O trabalho de gestores municipais de saúde, a partir de sua própria perspectiva e da determinação sócio-histórica. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 7, n. 14, p. 259-281, 2019.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. Saude Colet**, v. 15, Supl. 1, p. 1009-1019, 2010.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização: PDR 2018**. Florianópolis, 2018.

SAVIANI, D. **Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política**. 36 ed. São Paulo: Autores Associados Cortez, 2003.

SILVA, A. P. *et al.* Cobertura da atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Norte (RN) à perspectiva do Decreto 7.508/2011 e do GradaCEO. **Revista ABENO**, v. 15, n. 2, p. 65-73, 2015.

SOBRINHO, J. E. L. *et al.* Centers of dental specialties in the context of oral health attention regionalization in Brazil: PMAQ-CEO results. **Pesq Bras em Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2018.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. Saude Colet**, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.

ZANETTI, C. H, G. **A utilidade como função para a universalidade e equidade**: uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal na saúde da família. Orientadora: Maria Helena Machado. 2005. 237 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.