

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**EQUIDADE NO USO DOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO
NORDESTE: ANÁLISE DO 2º CICLO DO PMAQ-
CEO**

GABRIELA DE NAZARÉ WANDERLEY LIRA

SAPIENTIA AEDIFICAT

GABRIELA DE NAZARÉ WANDERLEY LIRA

**EQUIDADE NO USO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS DO NORDESTE: ANÁLISE DO 2º CICLO DO
PMAQ-CEO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Concentração em Ciência Odontológicas.

Orientador: Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha

Coorientador: Profa. Dra. Rosana Leal do Prado

João Pessoa

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

N799e Lira, Gabriela de Nazaré Wanderley.

Equidade no uso dos Centros de Especialidades
Odontológicas do nordeste: análise do 2º ciclo do
PMAQ-CEO / Gabriela de Nazaré Wanderley Lira. - João
Pessoa, 2021.

33 f.

Orientação: Wilton Wilney Nascimento Padilha.

Coorientação: Rosana Leal do Padro.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Odontologia em saúde pública. 2. Equidade em saúde.
3. Atenção secundária à saúde. 4. Vulnerabilidade
social. 5. Saúde pública. I. Padilha, Wilton Wilney
Nascimento. II. Padro, Rosana Leal do. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616.314:614.78(043)

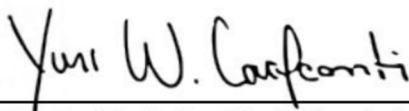
GABRIELA DE NAZARÉ WANDERLEY LIRA

**EQUIDADE NO USO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS DO NORDESTE: ANÁLISE DO 2º CICLO DO
PMAQ-CEO**

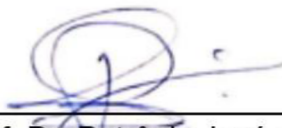
Banca Examinadora:



Orientador/Presidente: Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha
Programa de Pós-Graduação em Odontologia - UFPB



Examinador Interno: Prof. Dr. Yuri Wanderley Cavalcanti
Programa de Pós-Graduação em Odontologia - UFPB



Examinador Externo: Prof. Dr. Petronio José de Lima Martelli
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ UFPE

RESUMO

Introdução: A equidade, idealmente, exige que as pessoas tenham oportunidades justas de atingir seu potencial em saúde e que ninguém deveria ser menos favorecido de atingir esse potencial. Compreender o funcionamento dos serviços de saúde bucal em relação ao princípio da equidade é essencial para reconhecer os fatores específicos que contribuem para o aumento e a perpetuação das iniquidades em saúde bucal. **Objetivos:** Analisar os Centros de Especialidades Odontológicas do Nordeste, segundo o princípio da equidade e sua relação com aspectos da gestão de lista de espera e instrumentos de planejamento. **Metodologia:** Estudo transversal que envolveu 410 CEO que participaram da fase de Avaliação Externa (AE) do 2º ciclo do PMAQ-CEO, realizada em 2018, a qual incluiu 4024 usuários e 367 municípios do Nordeste. A partir de dados do PMAQ-CEO, atribuíram-se escores aos usuários dos CEO de acordo com a vulnerabilidade social. A vulnerabilidade dos CEO foi medida a partir de seus usuários. A vulnerabilidade dos municípios foi analisada de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). A fim de comparar a vulnerabilidade dos CEO com o contexto municipal no qual o serviço se insere, calculou-se o indicador da diferença entre a vulnerabilidade dos usuários que usam o CEO e do município, e assim os CEO foram ranqueados e alocados em quartis de acordo com as tendências pró-iniquidade (PI) e pró-equidade (PE) em seu uso, resultando em 4 desfechos ordinais. Variáveis relacionadas à gestão de lista de espera, critérios de priorização do atendimento e planejamento dos CEO foram utilizados para construção de um modelo explicativo para os desfechos obtidos. A força e o efeito de associação entre as variáveis independentes e os desfechos foram avaliados por meio da Razão de Chances “Odds Ratio”, calculada por Regressão Logística Ordinal, considerando o nível de significância global de 5%. **Resultados:** Quanto à vulnerabilidade, 2,4% dos CEO, 26,9% dos usuários e 63,8% dos municípios foram classificados como de vulnerabilidade alta ou muito alta. Quando associadas aos desfechos obtidos, CEO que realizam gestão da lista de espera e planejamento com dados epidemiológicos apresentaram, respectivamente, 50,1% e 53,5% mais chances de estarem no pior desfecho de tendência pró-iniquidade (PI2). **Conclusão:** O estudo demonstrou que o princípio da equidade é incipiente no uso dos CEO do Nordeste e que a realização da gestão da lista de espera e planejamento com dados epidemiológicos, são potenciais ampliadores da iniquidade no serviço.

Palavras-chave: Equidade em Saúde. Atenção Secundária à Saúde. Vulnerabilidade Social. Saúde Pública. Odontologia em Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Equity, ideally, requires that people have fair opportunities to reach their health potential and that no one should be less favored to reach that potential. To understand the functioning of oral health services with the principle of equity is essential to recognize the specific factors that contribute to the increase and perpetuation of inequities in oral health. **Aim:** To analyze the Dental Specialization Centers in the Northeast according to the principle of equity and its relationship with aspects of waiting list management and planning instruments. **Methodology:** Cross-sectional study involving 410 CEO who participated in the External Evaluation (AE) phase of the 2nd cycle of the PMAQ-CEO held in 2018, 4024 users and 367 municipalities in the Northeast. From the PMAQ-CEO data, scores were attributed to the users of the CEO according to their social vulnerability. The vulnerability of the CEO was measured from their users, and the municipalities according to the Social Vulnerability Index (IVS). In order to compare the vulnerability of the CEO with the municipal context in which the service is inserted, the indicator of the difference between the vulnerability of the CEO and the municipality was calculated, and so the CEO were ranked and allocated in quartiles according to the pro-inequity (PI) or pro-equity (PE) tendency in its use, resulting in 4 ordinal outcomes. Variables related to waiting list management, prioritization criteria and planning were used to build an explanatory model for the outcomes. The strength and the association effect between the independent variables and the outcomes were assessed using Odds Ratio, calculated by Ordinal Logistic Regression considering the global significance level of 5%. **Results:** Regarding vulnerability, 2.4% of CEO, 26.9% of users and 63.8% of municipalities were classified as having high or very high vulnerability. CEO who perform management of the waiting list and planning with epidemiological data were, respectively, 50,1 and 53,5% more likely to be in the worst outcome of the pro-inequity tendency (PI2). **Conclusion:** The study demonstrated that the principle of equity is incipient in the use of the CEOs of the Northeast and that the realization of the management of the waiting list and planning with epidemiological data, the way they are being performed, are potential amplifiers of the inequity in the service.

Keywords: Health Equity. Secondary Care. Social Vulnerability. Public Health. Public Health Dentistry.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADH – Atlas de Desenvolvimento Humano

AE – Avaliação Externa

AIC – Critério de AKAIKE

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

E-CEO – Escore CEO

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IVS – Índice de Vulnerabilidade Social

IVS-CEO – Índice de Vulnerabilidade Social dos Centros de Especialidades Odontológicas

IVS-Município – Índice de Vulnerabilidade Social dos Municípios

PE – Pró-Equidade

PI – Pró-Iniquidade

PMAQ-CEO - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

SPSS - *Statistical Package For the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

VIF - Fator de Inflação da Variância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. CAPÍTULO 1	11
2.1 Introdução	12
2.2 Metodologia	14
2.2.1 Análise Estatística	17
2.3 Resultados	18
2.4 Discussão	22
2.5 Conclusão	26
2.6 Referências Bibliográficas	26
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
4. REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição Federal em seu Artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação¹.

Globalmente, existem grandes desigualdades nas condições e nas oportunidades para a saúde. Independente de natureza, abrangência e eficiência do sistema de saúde, o fator socioeconômico tem sido observado, em muitos países, refletido nas condições de acesso e qualidade dos serviços de saúde oferecidos². As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e dos grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas e, assim, provocando diferenças na saúde³. Consequentemente, tem-se uma distribuição não aleatória da saúde e da doença associada à posição social, que, por sua vez, define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos. Aqueles que mais precisam têm menos acesso a recursos humanos, físicos e financeiros relacionados à saúde^{2,4,5}.

Ao reconhecer as desigualdades sociais como determinantes do processo de adoecer e de morrer, de forma diferenciada, nos diversos segmentos sociais, a saúde tem sido pioneira e porta de entrada para acolher as populações mais vulneráveis⁶. O conceito de vulnerabilidade pode ser entendido como o conjunto de aspectos individuais, coletivos, sociais e de disponibilidade de recursos que podem resultar em suscetibilidades ao adoecimento ou agravos à saúde, estando relacionados aos aspectos individuais, coletivos e contextuais⁷. Tal conceito está relacionado a grupos sociais marginalizados formados por cidadãos que vivem em contextos socioeconômico-culturais mais precários e complexos, excluídos dos benefícios e direitos que deveriam ser comuns a todos⁸.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população³. Estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais

esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas é o principal desafio em estudos dos DSS, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito⁹.

É no processo de formulação de políticas de saúde que o exercício da equidade pode se materializar impactando sobre os determinantes sociais da saúde¹⁰. Idealmente, a equidade exige que as pessoas tenham oportunidades justas de atingir seu potencial em saúde e que ninguém deveria ser menos favorecido de atingi-lo¹¹. As políticas de promoção de equidade que reconhecem os sujeitos políticos que sofrem preconceito e discriminação pela sua condição social, de raça/etnia, de orientação sexual ou por sua cultura são expressões de direitos e cidadania, a partir da saúde⁶.

A iniquidade em saúde pode ser compreendida como uma diferença específica, aquela desnecessária, evitável e injusta, que deve ser permanentemente evitada ou combatida¹². Assim, no intuito de minimizá-las, o SUS prevê, entre suas diretrizes básicas, o princípio da equidade, que tem orientado as políticas de saúde no Brasil, nos últimos 35 anos, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde^{1,20}.

O Brasil é um país marcado por desigualdades socioeconômicas que tem impacto na saúde de sua população. Constatou-se, por meio dos indicadores fornecidos pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), um aumento na proporção do acesso aos serviços de saúde geral e aos serviços odontológicos, entretanto desigualdades entre grupos sociais e entre as regiões do país ainda persistem tanto no acesso quanto no uso dos serviços de saúde^{12,13,14}.

Segundo a última PNS, a região Nordeste apresentou a segunda menor proporção de pessoas que realizaram consulta odontológica¹³, e, mesmo com a melhora significativa dos indicadores de vulnerabilidade social no país, o quadro de disparidades regionais permaneceu, com a concentração de municípios na faixa da vulnerabilidade social muito alta na região Nordeste¹⁴. Para garantir a universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário que desigualdades sociais e diferenças regionais sejam superadas, sendo o conceito de equidade fundamental para garantir a universalidade da saúde⁶.

Em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi implementada com objetivo de promover o acesso universal e a integralidade da atenção à saúde bucal, por meio da consolidação de um modelo de atenção pautado nos princípios

e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a política, estratégias foram lançadas como tentativa de reduzir desigualdades sociais em saúde bucal, incluindo a ampliação da atenção básica a partir da Estratégia Saúde da Família, com a inserção de equipes de saúde bucal e o acesso a tratamentos especializados, via Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), buscando a integralidade da atenção, equidade e universalização do acesso às ações e serviços públicos de saúde bucal¹⁵.

Visando a melhoria do acesso e da qualidade dos CEO, foi instituído, em 2013, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), tendo entre seus objetivos: estimular o processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos CEO e também incentivar a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários¹⁶.

É essencial considerar a equidade como um elemento de diferença dentro do espaço da cidadania, a qual promove a adaptação de normas gerais a situações específicas¹² e que, como princípio doutrinário do SUS, deve reger o funcionamento de seus serviços de saúde para que, assim, os serviços funcionem em consonância com as diretrizes expressamente estabelecidas pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde^{8,17,18}. Identificar como o serviço se comporta em relação ao princípio da equidade, compreendendo-se que é importante reconhecer os fatores específicos que contribuem para o aumento e a perpetuação das iniquidades em saúde bucal é necessário para a criação de políticas e programas de saúde bucal realmente efetivos quanto à equidade em saúde¹⁸.

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo analisar os Centros de Especialidades Odontológicas do Nordeste, segundo o princípio da equidade e sua relação com aspectos da gestão de lista de espera e instrumentos de planejamento.

2. CAPÍTULO 1

O manuscrito a seguir foi submetido para publicação no periódico *Ciência e Saúde Coletiva*. O texto abaixo está de acordo com as normas propostas para publicação no referido periódico.

Equidade no Uso dos Centros de Especialidades Odontológicas do Nordeste: Análise do 2º Ciclo do PMAQ-CEO

Equity in the Use of Dental Specialization Centers in the Northeast: Analysis of the 2º Cycle of the PMAQ-CEO

Gabriela de Nazaré Wanderley Lira

Rosana Leal do Prado

Wilton Wilney Nascimento Padilha

RESUMO

Compreender o funcionamento dos serviços em relação ao princípio da equidade, é essencial para reconhecer os fatores específicos que contribuem para o aumento e perpetuação de iniquidades em saúde bucal. O estudo objetivou analisar os Centros de Especialidades Odontológicas do Nordeste segundo o princípio da equidade e sua relação com aspectos da gestão desses estabelecimentos. Estudo transversal envolvendo 410 CEO, 4024 usuários e 367 municípios do Nordeste. Dados do 2º ciclo do PMAQ-CEO realizado em 2018 foram coletados. Análise descritiva e inferencial por meio de regressão logística ordinal foram realizadas. Respectivamente, 2,4%, 26,9% e 63,8% de CEO, usuários e municípios foram classificados nas categorias de vulnerabilidade social alta ou muito alta. CEO que realizam gestão de lista de espera e planejamento com dados epidemiológicos, apresentaram, respectivamente, 50,1 e 53,5% mais chances de estar no pior desfecho de tendência pró-iniquidade (PI2). Concluiu-se que o princípio da equidade é incipiente no uso dos CEO do Nordeste e que os recursos de gestão são potenciais ampliadores da iniquidade no serviço.

Palavras-chave: Equidade em Saúde. Atenção Secundária à Saúde. Vulnerabilidade Social. Odontologia em Saúde Pública.

ABSTRACT

To understand the functioning of services in relation to the principle of equity is essential to recognize the specific factors that contribute to the increase and perpetuation of inequities in oral health. This study aimed to analyze the Dental Specialization Centers of the Northeast according to the principle of equity and its relationship with aspects of the management of these establishments. Cross-sectional study involving 410 CEO, 4024 users and 367 municipalities in the Northeast. Data from the 2nd cycle of the PMAQ-CEO held in 2018 were collected. Descriptive and inferential analysis using ordinal logistic regression were performed. Respectively, 2.4%, 26.9% and 63.8% of CEO, users and municipalities were classified in the categories of high or very high social vulnerability. CEO who perform waiting list management and planning with epidemiological data, had, respectively,

50,1 and 53,5% more likely to be in the worst outcome of the pro-inequity trend (PI2). It was concluded that the equity principle is incipient in the use of the CEOs of the Northeast and that the management resources are potential amplifiers of the inequity in the service.

Keywords: Health Equity. Secondary Health Care. Social Vulnerability. Public Health Dentistry

2.1 Introdução

O conceito de equidade em saúde começou a ser debatido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1986¹ e, idealmente, exige que as pessoas tenham oportunidades justas de atingir seu potencial em saúde e que ninguém deveria ser menos favorecido de atingir esse potencial².

Independente de natureza, abrangência e eficiência do sistema de saúde, o fator socioeconômico tem sido observado refletido nas condições de acesso e qualidade dos serviços de saúde oferecidos³. As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, provocando diferenciais de saúde⁴. Aqueles que mais precisam têm menos acesso a recursos humanos, físicos e financeiros relacionados à saúde^{3,5,6}.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população⁴, tendo relevância para as pesquisas sobre equidade em sistemas de saúde⁷. Tais estudos permitem identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde⁸.

Entende-se por iniquidade em saúde a diferença específica no perfil de saúde entre nações ou grupos de uma mesma nação, que é desnecessária, evitável e injusta, firmando-se como sinônimo de toda e qualquer desigualdade injusta a ser permanentemente evitada ou combatida^{1,9}. No intuito de minimizá-las, o SUS estabelece, entre suas diretrizes básicas, o princípio da equidade, que tem orientado as políticas de saúde no Brasil, nos últimos 35 anos, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde^{10,11}, considerando-se tal princípio na dotação de recursos financeiros, no acesso a serviços e nos resultados em saúde⁹.

O Brasil é marcado por desigualdades socioeconômicas que tem impacto na saúde de sua população. As disparidades regionais permanecem mesmo com a melhora nos indicadores de vulnerabilidade, tendo a região Nordeste uma concentração de municípios na faixa da vulnerabilidade social muito alta¹².

A última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada no país identificou que o percentual de pessoas que realizaram consulta com dentista, nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista, subiu, entre 2013 e 2019, entretanto indica que o acesso à saúde bucal no Brasil ainda é incipiente. Entre as regiões, o Nordeste apresentou a segunda menor proporção¹³.

Considerando o conceito de equidade fundamental para garantia da universalidade da saúde¹⁴, no âmbito da saúde bucal, a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) trouxe estratégias, no sentido de reduzir desigualdades em saúde bucal, como a ampliação de Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica e o acesso a tratamentos especializados, via Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)^{15,16}. Em 2013, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) foi instituído, tendo entre seus objetivos principais estimular o processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade, incentivando a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários¹⁷.

No nível local, o modo como a política nacional é implementada, organizada e gerida é importante para a melhor utilização dos serviços pela população que mais os demandam¹⁸. Dessa forma, é essencial considerar a equidade como um elemento de diferença dentro do espaço da cidadania, a qual promove a adaptação de normas gerais a situações específicas⁹ e deve reger o funcionamento de seus serviços de saúde, conforme princípio doutrinário do SUS, para que se tratem desigualmente os desiguais. Identificar como o serviço se comporta em relação ao princípio da equidade, compreendendo-se que é essencial reconhecer os fatores específicos que contribuem para o aumento e perpetuação das iniquidades em saúde bucal, faz-se necessário para a criação de políticas e programas de saúde bucal realmente efetivos quanto à equidade em saúde¹⁹.

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo analisar os Centros de Especialidades Odontológicas do Nordeste segundo o princípio da equidade e sua relação com aspectos da gestão de lista de espera e instrumentos de planejamento.

2.2 Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, que envolveu 410 CEO participantes da Avaliação Externa (AE) do 2º ciclo do PMAQ-CEO, seus 4024 usuários e 367 municípios do Nordeste. A AE foi realizada em 2018 e teve seus dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2ceo/>).

O Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-CEO está organizado em três módulos, conforme o método de coleta das informações. O Módulo I é referente às condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento; o Módulo II, referente às informações sobre o processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários, o qual foi respondido pelo gestor e cirurgiões dentistas, e o Módulo III é referente à satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal, no que diz respeito a seu acesso e utilização¹⁷. Neste estudo foram utilizados dados dos Módulos II e III.

Do Módulo III, foram utilizados dados referentes à escolaridade, renda, raça e moradia dos usuários dos estabelecimentos, a fim de caracterizar os CEO de acordo com o perfil de vulnerabilidade daqueles. Nessa etapa da AE, são selecionados, por conveniência, 10 usuários com mais de 18 anos, presentes no CEO no dia da avaliação¹⁸.

As respostas possíveis para cada questão, no item “Identificação do Usuário”, no Módulo III¹⁷, segundo a vulnerabilidade, foram separadas em dois grupos: Mais Vulneráveis e Menos Vulneráveis. Para cada resposta no grupo Mais Vulneráveis, os usuários receberam a pontuação 1, e, para cada resposta no grupo Menos Vulneráveis, a pontuação 0, como descrito na Tabela 1. O resultado da soma das pontuações para todas as perguntas correspondeu ao escore final do usuário, sendo 8 o escore máximo. O escore CEO é o resultado da soma dos escores dos usuários de cada CEO. Assim, o escore máximo possível de ser obtido consiste no resultado da multiplicação entre escore máximo para os usuários e o número de usuários de cada CEO, já que esse variou entre os CEO.

Tabela 1. Pontuação atribuída às respostas aos itens do Módulo III da Avaliação Externa do 2º Ciclo do PMAQ-CEO para classificação dos usuários segundo critério de vulnerabilidade.

Pergunta	Resposta	Pontuação
Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?	Branca	0
	Outros	1
A sua casa localiza-se na:	Área urbana	0
	Área rural	1
Sua casa é coberta (acompanhada) pela Estratégia Saúde da Família?	Sim	0
	Não	1
Quantas pessoas vivem na sua casa, incluindo o (a) senhor (a)?	1-3 Pessoas	0
	Acima de 4 pessoas	1
Até quando o (a) senhor (a) estudou?	Mínimo Ensino Fundamental completo	0
	Não alfabetizado até Ensino Fundamental incompleto	1
O (a) senhor (a) tem trabalho remunerado atualmente?	Sim	0
	Não	1
Qual a renda familiar?	Acima de 1 salário mínimo*	0
	Sem rendimento até 1 salário mínimo*	1
Em relação ao programa Bolsa Família, sua família:	Não	0
	Participa ou já participou	1

*Salário equivalente a R\$ 954,00 (US\$ 256,45) em 2018, ano em que foi realizado a coleta de dados da AE.

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) dos municípios foi utilizado neste estudo para classificação quanto à vulnerabilidade social desses. O IVS é um índice construído a partir de indicadores do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e procura dar destaque a diferentes situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social no território brasileiro, sendo útil para orientar gestores públicos municipais, estaduais e federais para o desenho de políticas públicas sintonizadas com as carências e necessidades presentes nesses territórios. O IVS é o resultado da média aritmética dos subíndices: IVS infraestrutura Urbana, IVS Capital Humano e IVS Renda e Trabalho e varia em uma escala de 0 a 1, em que 0 é a situação ideal e 1 a pior situação¹². O índice é calculado a partir das variáveis do censo demográfico do

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹², que teve seu último censo realizado em 2010.

Como o objeto de estudo desta análise foi a comparação da situação de vulnerabilidade entre CEO, de acordo com a vulnerabilidade de seus usuários e o contexto no qual este está inserido, optou-se por utilizar para classificação dos municípios, o IVS que é construído a partir de indicadores que medem a situação de vulnerabilidade, diferindo do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) que mede o progresso socioeconômico de uma região, ou seja, são índices que medem situações opostas, sendo o IVS um produto mais detalhado que se correlaciona, dialoga e complementa o IDH^{12,20}.

O Índice de Vulnerabilidade Social do CEO (IVS-CEO) foi construído a fim de se obter uma medida passível de comparação com o IVS do município. Como houve variação no número de usuários entrevistados em cada CEO, considerou-se para cálculo do IVS-CEO o escore máximo que o CEO poderia obter, o escore obtido pelo CEO, e o IVS máximo igual a 1.

Para comparar a vulnerabilidade social dos usuários dos CEO e o contexto municipal no qual o serviço se insere, calculou-se o Indicador de Diferença de Vulnerabilidade por meio da diferença obtida entre o IVS-CEO e o IVS Município, sendo possível, assim, classificar os CEO de acordo com a tendência pró-iniquidade (PI) e pró-equidade (PE). Um CEO que apresentasse um índice de vulnerabilidade semelhante ao do município estaria em harmonia com o contexto. Quando tivesse um índice maior que o do município, seria classificado com perfil pró-equidade, e, se o índice fosse menor que o do município, com perfil pró-iniquidade.

Com o intuito de ranquear os estabelecimentos de forma não dicotômica, os CEO foram separados em quartis e, assim, agrupados em 04 categorias de desfechos definidas como: Pró-Iniquidade 2 (PI2), Pró-Iniquidade 1 (PI1), Pró-Equidade 1 (PE1), Pró-Equidade 2 (PE2), organizadas em ordem crescente, da pior para a melhor categoria, sendo PI2 a pior categoria e PE2 a melhor.

Os dados coletados do Módulo II¹⁷ foram utilizados para criar um modelo explicativo para as tendências pró-equidade ou pró-iniquidade dos CEO. As questões incluídas relacionam-se com a gestão de lista de espera, critérios para priorização na lista de espera e instrumentos considerados para planejamento do serviço. A resposta 'sim' foi válida para cada variável nos estabelecimentos que

comprovaram a realização por meio de documentos apresentados, no ato da coleta de dados.

2.2.1 Análise Estatística

Os dados foram analisados descritivamente, conforme frequência e distribuição. Para análise inferencial, a força e o efeito de associação entre as variáveis independentes do módulo de gestão e as tendências pró-iniquidade e pró-equidade (variáveis desfecho) foram avaliados por meio da Razão de Chances "OddsRatio", calculada por Regressão Logística Ordinal. O estudo adotou nível de significância global de 5%. Para as análises, foram utilizados os softwares "Statistical Package For the Social Sciences" (SPSS) 18.0 e Excel® 2013.

Como pré-requisito para realização da regressão logística, realizou-se teste de multicolinearidade, a fim de confirmar a ausência de forte correlação entre as variáveis explicativas selecionadas. As medidas de Tolerância e o Fator de Inflação da Variância (VIF) foram utilizadas no referido teste, sendo o ponto de corte os valores de Tolerância $<0,1$ e VIF $>10^{21}$.

Para cada variável explicativa, foi criado um modelo de regressão ordinal univariado. As variáveis que obtiveram o valor de $p < 0,25$ foram incluídas no modelo final²². Para construção dos modelos, tomou-se como referência a resposta "Não" e a categoria PI2.

Buscando selecionar o modelo final que envolvesse o mínimo de parâmetros possíveis a serem estimados e que explicasse bem o comportamento da variável resposta, o critério de AKAIKE (AIC) foi utilizado para seleção do modelo final, nesses casos, o modelo com menor valor de AIC é considerado o modelo de melhor ajuste²³.

2.3 Resultados

Na Tabela 2 está descrito o perfil socioeconômico dos usuários participantes.

Tabela 2. Distribuição de variáveis componentes do perfil socioeconômico dos usuários entrevistados no PMAQ-CEO. Nordeste, 2018.

Variáveis	f	%
Raça		
Branços	946	23,5
Outros	3078	76,5
Moradia		
Rural	986	24,5
Urbano	3038	75,5
Até 3 pessoas	1894	47,1
4 pessoas ou mais	2130	52,9
Cobertura de Estratégia de Saúde da Família		
Sim	3629	90,2
Não	395	9,8
Escolaridade		
Analfabeto até fundamental incompleto	1424	35,4
Fundamental completo em diante	2600	61,6
Trabalho		
Possui trabalho remunerado	1666	41,4
Não possui trabalho remunerado	2358	58,6
Rendimento		
Sem renda até 1 salário	1234	30,7
Mais de um salário	2793	69,3
Programa Bolsa Família		
Participa ou já participou	2528	62,8
Não participa	1496	37,2

Fonte: Microdados do 2º Ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-CEO.

Dos usuários, 26,9% dos respondentes, 63,8% dos municípios e 2,4% dos CEO foram classificados como de vulnerabilidade alta ou muito alta. A Tabela 3 traz a frequência e proporção de usuários, municípios e CEO de acordo com a classificação das faixas de vulnerabilidade e tendência pró-equidade ou pró-iniquidade.

Tabela 3. Classificação de Usuários, Municípios e CEO quanto a vulnerabilidade social e tendência pró-equidade ou pró iniquidade. Nordeste, 2018.

Classificação	f	%
Usuários quanto à Vulnerabilidade Social		
Muito Baixa	73	1,8
Baixa	996	24,8
Média	1872	46,5
Alta	1001	24,9
Muito Alta	82	2,0
Municípios quanto à Vulnerabilidade Social		
Baixa	18	4,9
Média	115	31,3
Alta	161	43,9
Muito Alta	73	19,9
CEO quanto à Vulnerabilidade Social de seus usuários		
Baixa	99	24,1
Média	301	73,4
Alta	10	2,4
CEO quanto à tendência Pró-Equidade ou Pró-Iniquidade		
PI2	105	25,6
PI1	102	24,9
PE1	99	24,1
PE2	104	25,4

Dos resultados dos modelos logísticos ordinais univariados (Tabela 4), observa-se que, ao nível de significância de 5%, as variáveis de gestão da lista de espera, critérios para priorização na lista de espera, critérios de saúde bucal, critérios socioeconômicos e planejamento com dados epidemiológicos e planejamento com envolvimento da comunidade estiveram estatisticamente relacionadas com a chance do CEO ser classificado com a pior tendência pró-iniquidade (PI2).

Tabela 4. Associação entre variáveis de gestão e a tendência pró-igualdade ou pró-inequidade. Nordeste, 2018.

Variáveis	n	Tendência				Modelo Logístico ordinal univariado		
		PI2	PI1	PE1	PE2	p*	Razão de Chances	IC 95% p**
Gestão de Lista de Espera								
Sim	283	78	78	64	63	0,039	1,650	1,133; 2,420
Não	127	27	24	35	41		1	0,009
Critérios para priorização na Lista de Espera								
Sim	264	73	74	60	57	0,030	1,647	1,141; 2,376
Não	146	32	28	39	47		1	0,007
Critérios de Saúde Geral								
Sim	135	35	42	29	29	0,176	1,284	0,890; 1,852
Não	275	70	60	70	75		1	0,182
Critérios de Saúde Bucal								
Sim	137	42	42	25	28	0,021	1,646	1,137; 2,383
Não	273	63	60	74	76		1	0,008
Critérios Socioeconômicos								
Sim	54	18	17	9	10	0,163	1,698	1,015; 2,804
Não	356	87	85	90	94		1	0,044
Critérios de Necessidade do Usuário								
Sim	85	25	26	15	19	0,234	1,388	0,904; 2,131
Não	325	80	76	84	85		1	0,134
Critério de Idade								
Sim	134	33	44	26	31	0,061	1,209	0,837; 1,745
Não	276	72	58	73	73		1	0,312
Planejamento com Informações do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)								
Sim	271	74	70	59	68	0,379	1,239	0,861; 1,784
Não	139	31	32	40	36		1	0,249

Planejamento com Dados Epidemiológicos									
Sim	187	59	46	43	39	0,053	1,608	1,133; 2,283	0,008
Não	223	46	56	56	65		1		
Planejamento a partir de Metas									
Sim	327	83	84	77	83	0,873	1,026	0,666; 1,581	0,907
Não	83	22	18	22	21		1		
Planejamento a partir do AMAQ									
Sim	252	60	70	59	63	0,359	0,984	0,688; 1,408	0,931
Não	158	45	32	40	41		1		
Planejamento com Opinião do usuário									
Sim	304	81	77	69	77	0,657	1,168	0,788; 1,729	0,440
Não	106	24	25	30	27		1		
Planejamento com Envolvimento da Comunidade									
Sim	140	44	36	29	31	0,189	1,468	1,016; 2,123	0,041
Não	270	61	66	70	73		1		

Notas: A resposta "Não" e o desfecho "PI2" foram usados como referência para o teste.

* p valor do teste Qui-Quadrado

** p valor da Análise de Regressão Logística Ordinal Univariada

A Tabela 5 apresenta os resultados do ajuste do modelo ordinal multivariado para avaliar a associação às variáveis significativas na análise univariada e a tendência pró-equidade ou pró-iniquidade dos CEO, fixando o nível de significância em 5%. Selecionado de acordo com o critério de AIC, o modelo final acusou associação entre a realização da gestão de lista de espera e do planejamento com dados epidemiológicos com a pior categoria do desfecho (PI2), aumentando em 50,1 e 53,5%, respectivamente, a chance dos CEO que utilizam esses instrumentos estarem na categoria PI2.

Tabela 5. Associação entre variáveis de gestão e a tendência pró-equidade ou pró-iniquidade. Nordeste, 2018.

Variáveis	Modelo Logístico Ordinal Multivariado		
	Razão de Chances	IC 95%	p
Gestão de Lista de Espera			
Sim	1,501	1,052; 2,142	0,025
Não	1		
Planejamento com Dados Epidemiológicos			
Sim	1,535	1,044; 2,258	0,029
Não	1		

Notas: A resposta “Não” e o desfecho “PI2” foram usados como referência para o teste.

2.4 Discussão

Foram achados relevantes deste estudo o predomínio do uso dos CEO por usuários de média vulnerabilidade, da localização dos CEO em municípios com vulnerabilidade alta ou muito alta, de CEO na classificação de média vulnerabilidade social de seus usuários e a relação de instrumentos de gestão, com o aumento das chances de o CEO estar nos níveis de tendência pró-iniquidade no uso do serviço.

O perfil construído neste estudo assemelha-se a outros encontrados na literatura que identificaram o perfil de usuários de CEO^{24,25,26}. A maior utilização de serviços odontológicos por usuários menos vulneráveis foi identificada em estudos de nível individual no Brasil^{13,27,28,29,30,31}, sendo a utilização registrada em pessoas com maior renda³⁰, escolaridade^{27,28,29} e com melhor percepção de saúde bucal^{28,29}. Essa é uma situação que caracteriza iniquidades em saúde, sendo

importante considerar o predomínio de pessoas menos vulneráveis nesses perfis, mesmo diante de contextos de vulnerabilidade diversificados no país.

O perfil dos usuários utilizado na análise envolveu usuários que buscaram o acesso ao CEO e obtiveram o uso do serviço. Diferenças conceituais entre os termos 'acesso' e 'utilização' dificultam seu uso para análises de acesso. O conceito de 'uso' compreende todo contato com os estabelecimentos de saúde, que resulta na utilização concreta dos serviços oferecidos. O acesso, por sua vez, pode ser caracterizado como a presença da necessidade de assistência à saúde, percebida e transformada em ação de busca, associada à oferta ou disponibilidade do serviço de saúde. Barreiras geográficas, necessidades de saúde dos indivíduos, características dos serviços de saúde, socioeconômicas e demográficas podem impactar o acesso e, conseqüentemente, o uso dos serviços de saúde^{32,33}.

A análise permitiu identificar a situação de iniquidade, que persiste e se perpetua no uso dos serviços ofertados pelos CEO do Nordeste. Essa identificação confirma registros que apontam a influência das desigualdades socioeconômicas nos indicadores de acesso e de utilização de serviços odontológicos^{15,34} e a necessidade do direcionamento das políticas públicas e serviços de saúde para a população mais vulnerável.

O predomínio de municípios nas duas piores faixas de vulnerabilidade e a predominância dos CEO na faixa de média vulnerabilidade destacam o contraste entre a realidade na qual o CEO se insere e quem, efetivamente, obtém o uso do serviço. O Nordeste é a região que possui o maior número de CEO no país^{7,16,35,36}, seus indicadores de saúde bucal e sociais desfavoráveis sugerem que a alocação dos serviços foi norteadada pelo princípio da equidade^{7,35,37}, porém a utilização do serviço mostrou-se contrária tanto ao princípio quanto ao contexto municipal.

A desigualdade no acesso aos CEO já fora identificada em abordagens mais gerais, sugerindo a possível existência de iniquidades também no uso dos CEO no Brasil⁷. A associação de indicadores de utilização dos serviços de saúde bucal com o IDH dos Estados brasileiros permitiu identificar que a utilização dos serviços em saúde bucal não está a favor da tendência de equidade, resultados semelhantes aos encontrados neste e em outros estudos disponíveis na literatura^{27,28,29,31}. Destaca-se a observação de que a presente análise permitiu a identificação de tendência pró-equidade e pró-iniquidade de uma forma específica, considerando não apenas a acessibilidade ao serviço e a distribuição geográfica dos CEO, mas

relacionando a vulnerabilidade daqueles que obtiveram uso efetivo do serviço e o contexto de vulnerabilidade no qual o CEO está inserido.

Variáveis relacionadas com a gestão da lista de espera e instrumentos utilizados para planejamento nos CEO foram analisadas, por entender que o papel da gestão, ao determinar os modos de acesso e sua regulação com qualidade, estará concorrendo para que os objetivos do sistema e serviços de saúde sejam efetivos^{38,39}.

A gestão de lista de espera, quando realizada pelos estabelecimentos, aumentou as chances da atuação pró-inequidade no uso dos serviços. Sendo uma realidade para a maioria dos sistemas de saúde, as listas de espera já foram apontadas como um atentado à equidade no acesso a tratamentos, sobretudo, pelo tempo de espera que demandam. A lista de espera é instrumento legítimo na gestão da saúde, que rationa um bem em falta para população em geral, e, diante da dificuldade existente em se controlar a procura aos serviços de saúde, as listas de espera irão nivelar todos os cidadãos do sistema, manifestando-se através de uma restrição que ocorrerá ao nível da oferta^{40,41}.

Este foi um resultado que pode ser considerado alinhado com estudos realizados na Itália e Inglaterra, que investigaram tempo de espera e observaram que pessoas mais vulneráveis esperam mais por procedimentos cirúrgicos especializados do que pessoas em melhores status socioeconômicos^{42,43,44,45}. Gradientes socioeconômicos para o risco de experimentar tempos de espera excessivos já foram identificados, sendo a escolaridade e os recursos econômicos as duas principais variáveis que afetam o tempo de espera⁴⁵. Esta análise não comparou o tempo de espera dos usuários com a faixa de vulnerabilidade, entretanto o banco de dados pode permitir tal análise, já que possui dados de tempo de espera enfrentando pelos usuários.

O planejamento com dados epidemiológicos nos CEO apresentou influência negativa para a atuação com equidade. Nos serviços de saúde, o planejamento objetiva melhorar o estado de saúde de uma determinada população, garantindo o acesso com equidade e justiça, sendo a sua aplicação um agente de mudança³⁵. Todavia, compreender a importância do planejamento para organização dos serviços por parte do gestor não significa que aquele seja realizado de forma eficaz, e a literatura já constatou impedimentos para a realização efetiva dessa prática⁴⁶.

Os resultados encontrados sugerem que apenas o planejamento com dados epidemiológicos não está sendo suficiente para que o serviço tenha sua utilização no sentido pró-equidade. A literatura sugere como formas de superar dificuldades de operacionalização da equidade em saúde a epidemiologia associada a outras questões, como a valorização da experiência cotidiana de profissionais e usuários na definição de prioridades na saúde e o redimensionamento das ações para o nível local na busca da equidade e da atenção integral⁴⁷. É relevante destacar que os critérios epidemiológicos se adequam estritamente, para apontar necessidades de atenção à saúde segundo parâmetros da morbimortalidade populacionais, ou para a definição da situação de saúde da população⁴⁷. No caso de planejamento do serviço, a associação desses, com critérios de vulnerabilidade de usuários e do contexto municipal pode ser uma opção para que o serviço caminhe no sentido pró-equidade. A associação negativa encontrada nesta análise não tende a inviabilizar o planejamento com dados epidemiológicos, mas sugere que a forma como este está sendo realizado seja revista, a fim de diminuir iniquidades no uso dos CEO do Nordeste.

A influência negativa dos instrumentos utilizados pela gestão para a atuação com equidade nos CEO, quando aliada aos problemas de oferta e procura dos serviços^{48,49}, destaca a complexidade para a priorização dos atendimentos dos mais vulneráveis, ao mesmo tempo que aponta para importância e necessidade de sua realização. O tratamento igualitário por parte dos serviços de saúde que não considera diferenças sociais, biológicas, econômicas ou culturais existentes entre as pessoas funciona apenas para preservar e promover injustiças⁴⁸. Quando se busca construir um sistema de saúde baseado na equidade, os indicadores de vulnerabilidade, além da demanda diferenciada entre os grupos, precisam ser considerados na programação da oferta de serviços⁵⁰.

A discriminação positiva, por meio de cotas, considerando, além dos critérios de prioridades clínicas, o estado de vulnerabilidade dos cidadãos e do contexto envolvido, pode ser uma alternativa para minimizar tais iniquidades no uso desses serviços¹⁶. É responsabilidade dos gestores e dos cidadãos, por meio dos instrumentos democráticos existentes, priorizar que a utilização dos serviços seja realizada de forma explícita e justa, aprimorando as formas de participação real da comunidade nas decisões a serem tomadas e considerando que as condições de vulnerabilidade social se relacionam com as necessidades em saúde e que deve

ser objetivo principal de qualquer política pública a diminuição das iniquidades em saúde, mesmo diante da impossibilidade de eliminá-las^{49,51}.

As opções metodológicas deste estudo, como o uso de indicadores de vulnerabilidade social calculados com dados referentes ao censo realizado há 11 anos no Brasil, o número e o modo de seleção não aleatório dos usuários participantes da fase de Avaliação Externa do PMAQ-CEO sugerem a possibilidade de um viés de seleção e por isso pode não ser, necessariamente, representativa do estabelecimento. Entretanto, vale ressaltar que o próprio programa utiliza os resultados dessa Avaliação Externa para calcular os indicadores de qualidade desses estabelecimentos e a impossibilidade de considerar outras variáveis mais específicas, por não fazerem parte do escopo do PMAQ-CEO, como por exemplo, o uso de indicadores de vulnerabilidade para priorização do atendimento e detalhes dos critérios de priorização e planejamento do serviço foram limitações deste estudo.

2.5 Conclusão

Conclui-se que os Centros de Especialidades Odontológicas do Nordeste não atuam em consonância com o princípio da equidade, sendo este incipiente na utilização do serviço, realizada predominantemente por usuários menos vulneráveis.

Os recursos de gestão, como gestão da lista de espera e planejamento com dados epidemiológicos, mostraram-se potencialmente ampliadores da iniquidade, tendo a utilização desses, influência nos desfechos analisados, aumentando a chance dos CEO atuarem no pior nível de tendência pró-iniquidade.

2.6 Referências Bibliográficas

1. Albrecht CAM, Rosa RS, Bordin R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saúde e Sociedade* 2017; 26(1):115-128.
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: *WHO Regional Office for Europe*, 1990.
3. Baldani MH, Almeida ES, Antunes JLF. Equidade e serviços odontológicos no Paraná. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3):446-54.
4. Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS). *Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da*

14. Souto KMB, Senaz AGN, Pereira VOM, dos Santos LM. Estado e políticas de equidade em saúde: Democracia participativa? *Saúde Debate* 2016; 40:49-62.
15. Peres KG, Peres MA, Boing, AF, Bertoldi, AD, Bastos, JL, Barros, AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(2):250-258.
16. Herkratz FJ, Vieira JMR, Vettore MV, Rebelo MAB, Figueiredo N, Castro PHDF. Atenção secundária em saúde bucal no Brasil: distribuição da oferta e sua influência na acessibilidade e equidade. In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJL, organizadores. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil* [recurso eletrônico]. Recife: Editora UFPE; 2016 [acessado 2020 dez 10]; 37-48. Disponível em:
https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7
17. Ministério da Saúde (BR). *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): Manual Instrutivo 2º Ciclo (2015-2017)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
18. Ministério da Saúde (BR). *Instrumento de avaliação externa para os centros de especialidades odontológicas (CEO)* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [acessado 21 mar 27]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf
19. Oh EY, Santiago MZ. Why an Equity Lens is Essential for Achieving Oral Health for All: Exploring Collaboration as a Path to Systems Change. *N C Med J* 2017; 78(6): 390-393.
20. Silva MLA, Souza ABM. Vulnerabilidade social da população residente na região metropolitana de Manaus. In: Silva MLA, Souza ABM, organizadores. *Riqueza, desigualdade e pobreza no Brasil: aspectos socioeconômicos das regiões brasileiras* [recurso eletrônico]. Ponta Grossa, PR: Atena; 2020 [acessado 2021 mar 10]; 1-22. Disponível em:

21. Johnson R, Wichern DW. *Applied Multivariate Statistical Analysis*. New Jersey: Prentice Hall International, Inc. 1988.
22. Hosmer DW, Lemeshow S. (2000). *Applied logistic regression*. New York: Wiley 2000.
23. Bozdongan H. Model selection and Akaike's Information Criterion (AIC): The general theory and its analytical extensions. *Psychometrika* 1987; 52(3): 345-370.
24. Ramos ED. *Centro de Especialidades Odontológicas da Grande Florianópolis: Estrutura, Organização do Trabalho e Satisfação dos Usuários* [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
25. Ehler VR, Luisi SB. Perfil dos usuários e dos atendimentos na especialidade de Endodontia do CEO-UFRGS entre 2016 e 2017. *Revista da ABENO* 2019; 19(2):22-32.
26. Marcon K. *Análise do serviço de endodontia e satisfação de usuários dos centros de especialidades odontológicas da macrorregião Sul de Santa Catarina* [dissertação]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2020.
27. Gomes AMM, Thomaz EBAF, Alves MTSSB, Silva AAM, Silva RA. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19:629-40. 47.
28. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Individual determinants of dental care utilization among low-income adult and elderly individuals. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13:150-62.
29. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):709-17.
30. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res* 2003; 38:1843-62.

31. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. A avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: Tendência evolutiva pró-equidade? *Cad Saude Pública* [periódico na internet]. 2016 [acessado 2021 mar 10];32(2): [cerca de 18p]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n2/0102-311X-csp-0102-311X00021115.pdf>
32. Carreiro DL, Souza JGS, Coutinho WLM, Haikal DS, Martins AMEBL. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. *Cien Saude Colet* 2019; 24(3):1021-1032.
33. Travassos C, Martins M. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):190-198.
34. Viana SM, Nunes A, Santos JRS, Barata RB. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: 2001.
35. Lucena EHG, Lucena CDR, Goes PSA, Sousa MF. Condições associadas a atividade de planejamento nos centros de especialidades odontológicas. *Univ Odontol*. 2019; 38(80).
36. Lucena EHG, Sobrinho JEL, Werneck MAF, Martelli PJL, Oliveira TF. Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no processo de regionalização da assistência à saúde bucal no Brasil. In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJL, organizadores. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil* [recurso eletrônico]. Recife: Editora UFPE; 2016 [acessado 2020 dez 10]; 26-36. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7
37. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Cien Saude Colet* 2015; 20(4):1149-1163.
38. Souza LEPP, Viana ALD. Gestão do SUS: Descentralização, Regionalização e Participação Social. In: Paim JS, Almeida Filho N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.

39. Flôres GMS, Weigelt LD, Rezende MS, Telles R, Krug SBF. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saude Debate* 2018; 42(116):237-247.
40. Nunes R, Rego G. *Prioridades na saúde*. Lisboa: McGraw-Hill, 2002.
41. Palmeira CSS. *A Equidade no Acesso à Saúde: A Problemática do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia*. Porto: Universidade do Porto; 2010.
42. Gravelle H, Siciliani L. Is waiting-time prioritisation welfare improving? *Health Econ* 2008; 17:167–184.
43. Laudicella M, Siciliani L, Cookson R. Waiting times and socioeconomic status: Evidence from England. *Soc Sci Med* 2012; 74:1331-1341.
44. Neri L, Gallieni M, Rey LAR, Bertoli SV, Andreucci V, Brancaccio D. Inequalities in Transplant Waiting List Activation across Italian Dialysis Centers. *Am J Nephrol* 2013; 37:575–585.
45. Landi S, Ivaldi E, Testi A. Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System. *Health Policy* 2018; 122(4):334-351.
46. Silva BFS, Wandekoken KD, Dalbello-Araujo M, Benito GAV. A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). *Saúde Debate* 2015; 39(104):183-96.
47. Granja GF, Zoboli ELC, Fracolli LA. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Cien Saúde Colet* 2013; 18(12):3759-3764.
48. Aith F, Scalco N. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. *Revista USP* 2015, (107):43-54.
49. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad Saude Publica* 2008; 24(3): 696-701.
50. Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde. *Saúde e Sociedade* 2007; 16(3):85-91.
51. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília; 2001.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, o objeto de análise para o trabalho de conclusão do mestrado seria a informação em saúde na atenção básica de João Pessoa. Para isso, Cirurgiões-Dentistas da rede municipal seriam entrevistados, a fim de descrever a percepção desses acerca da informação em saúde bucal. Diante do quadro de pandemia do coronavírus instalado no mundo inteiro, a realização do projeto foi comprometida e optou-se pela realização de um novo projeto, envolvendo microdados da fase de Avaliação Externa do 2º Ciclo do PMAQ-CEO. Devido ao curto espaço de tempo para construção de um novo projeto e realização de testes pilotos para metodologia de estudo adotada, a análise envolveu apenas a região Nordeste, procurando identificar como os Centros de Especialidades Odontológicas dessa região se comportam em relação aos princípios do Sistema Único de saúde, optando-se, especificamente, pela equidade.

Dados do PMAQ-CEO foram utilizados para categorizar os usuários atendidos nos estabelecimentos quanto à vulnerabilidade social, sendo esta uma maneira para identificar diferenças compatíveis com o conceito de desigualdade injusta. As respostas ao item Identificação do Usuário do Módulo III, relacionadas à etnia, escolaridade, renda, moradia, Cobertura de Estratégia de Saúde da família e participação no programa Bolsa Família foram utilizadas para essa categorização, sendo as piores situações aquelas indicativas da situação de vulnerabilidade para cada item. Em relação à participação no programa Bolsa Família, as respostas “participa” ou “já participou” foram consideradas respostas no grupo “Mais Vulneráveis”, por se considerar que aqueles que já participaram estiveram em situação de vulnerabilidade social, mesmo tendo deixado de receber o benefício, em contrapartida quem nunca participou, a princípio, nunca esteve na pior condição relacionada à vulnerabilidade.

Por se tratar de uma categorização baseada na resposta de usuários do serviço, selecionados, de forma não aleatória e em uso do serviço no momento da coleta de dados, a amostra pode não parecer representativa do estabelecimento, entretanto é importante destacar que as mesmas informações referentes aos usuários são utilizadas tanto para o cálculo de indicadores do programa assim como para compor o cálculo dos conceitos dado aos estabelecimentos no final de cada ciclo, significando sua validade para análises da realidade em nível nacional e regional.

Este estudo teve o objetivo de identificar como os CEO do Nordeste estavam em relação ao princípio da equidade. Para isso, mediu-se a vulnerabilidade dos usuários do serviço, comparando-a com a vulnerabilidade do município em que o serviço estava funcionando. Tal comparação foi realizada através de um indicador de diferença de vulnerabilidade entre os usuários dos CEO e o contexto municipal.

Para categorizar os municípios, utilizou-se o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). O IVS é um índice que procura dar destaque a diferentes situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social no território brasileiro e é construído em cima de indicadores que medem a situação de vulnerabilidade, diferente do que mede o IDH. Comparando os dois índices, pode-se dizer que o IDH e o IVS medem situações opostas, visto que o IVS mede a vulnerabilidade, e o IDH mede desenvolvimento, que é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de "desenvolvimento humano" e para ajudar a classificar os países como desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos.

Ao atribuir escores aos CEO, padronizando-os com o valor máximo de vulnerabilidade do IVS, que é o 1, pode-se comparar a vulnerabilidade de usuários dos CEO com o contexto municipal do serviço. Para cálculo do IVS-CEO, levou-se em consideração o escore máximo que o CEO poderia obter, o escore obtido e o IVS máximo que, no caso, é 1. Nesse caso, o IDH não pode ser utilizado, já que o pior valor desse índice é o 0.

Referências do serviço como IBGE e IPEA foram utilizadas para auxiliar na escolha e metodologia do estudo, já que as duas instituições estão relacionadas com o cálculo do IVS. Dados da PNS e PNAD foram utilizados para contextualizar a situação da região Nordeste quanto aos serviços odontológicos e ilustrar a desigualdade social entre os municípios dessa região, assim como a desigualdade regional no país.

O presente estudo revelou resultados específicos e originais, já que se refere ao uso do serviço e não ao acesso de uma forma geral, possibilitando a identificação de tendências pró-equidade e pró-iniquidade nos CEO, relacionando a vulnerabilidade de quem utiliza ao contexto municipal em que o serviço está localizado. Além de identificar a iniquidade persistente no uso desses serviços, propôs, com a criação de cotas que envolvam também indicadores de vulnerabilidade social, uma forma de diminuí-las, possibilitando, por meio da

metodologia aplicada, a identificação do problema por parte do gestor do CEO para que, dentro de sua governabilidade, possa intervir a favor da equidade no serviço.

4. REFERÊNCIAS*

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
2. Baldani MH, Almeida ES, Antunes JLF. Equidade e serviços odontológicos no Paraná. Rev Saúde Pública 2009; 43(3):446-54.
3. Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS). Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2018 [acessado 2021 fev 24]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf
4. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, Cury PR. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. Cien Saude Colet 2012; 17(11): 3115-3123.
5. Ruger JP. Justice and health: The Lancet–Health Equity and Policy Lab Commission. The Lancet 2020; 395(10238):1680-1681.
6. Souto KMB, Senaz AGN, Pereira VOM, dos Santos LM. Estado e políticas de equidade em saúde: Democracia participativa? Saúde debate 2016; 40:49-62.
7. Silva TMR, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. Rev Lat Am Enfermagem [periódico na Internet]. 2012 Set-Out [acessado em 2021 fev 24]; 20(5): [cerca de 9p.]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_16.pdf

* De acordo com as normas do PPGO/UFPB, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors - Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

8. Aith F, Scalco N. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. *Revista USP* 2015, (107):43-54.
9. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis* 2007; 17(1):77-93.
10. Silva L, Almeida-Filho N. Equidade em Saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2):217-226.
11. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1990.
12. Barros FPC, Lopes JS, Mendonça AVM, Sousa MF. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde debate* 2016; 40(110):264-271.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: 2020.
14. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Brasília; 2015
15. Lucena EH, Pucca GA, Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no Contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus Actas Saude Coletiva* [Internet]. 2011[acessado em 2021 Mar 30];5(3):53-63. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1042/951>
16. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): Manual Instrutivo 2º Ciclo (2015-2017). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
17. Brasil. Lei 8080 de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo* 1990; 18055. Seção I.
18. Oh EY, Santiago MZ. Why an Equity Lens is Essential for Achieving Oral Health for All: Exploring Collaboration as a Path to Systems Change. *N C Med J* 2017; 78(6): 390-393.