



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

Relatório Final

PIB-S/0013/2012

ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL: OS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO ESTADO DO
AMAZONAS

Bolsista: Talita Souza da Silva - FAPEAM

MANAUS

2013



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL

PIB-S/0013/2012

**ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL: OS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO ESTADO DO
AMAZONAS**

Bolsista: Talita Souza da Silva - FAPEAM

Orientadora: Prof. Dra. Janete Maria Rebelo Vieira

MANAUS

2013

**Todos os direitos deste relatório são reservados à
Universidade Federal do Amazonas e aos seus autores. Parte
deste relatório só poderá ser reproduzida para fins
acadêmicos ou científicos.**

**Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à
Pesquisa no Amazonas - FAPEAM, através do Programa
Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da
Universidade Federal do Amazonas.**

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi descrever os CEO implantados nos municípios do Estado do Amazonas e avaliar o cumprimento das metas propostas para cada tipo de CEO. Adotou-se um estudo do tipo descritivo, quantitativo, utilizando dados secundários, a partir da série histórica da produção de procedimentos odontológicos (quantidade apresentada) realizados nos CEO do Amazonas registrados pelo SIA/SUS no período de 2005 a 2011. A coleta dos dados deu-se a partir do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), informações do SIA/SUS, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES dos CEO pesquisados. Os dados foram obtidos e tabulados pelo programa Tab para Windows – TABWIN (Ministério da Saúde, Brasil) sendo exportados para o programa Excel, versão 2010 (Microsoft Corp., Estados Unidos), consolidados e agrupados de acordo com os subgrupos de procedimentos odontológicos avaliados: subgrupo de procedimentos de Atenção Básica, subgrupo de procedimentos de periodontia, subgrupo de procedimentos de endodontia e subgrupo de procedimentos de cirurgia oral menor. Será utilizada a avaliação normativa que consiste na análise da produção média mensal por subgrupo de procedimentos odontológicos em função das metas de desempenho estabelecidas para cada tipo de CEO. Assim, adotou-se um indicador denominado Cumprimento Global das Metas que é o resultado da operacionalização do quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondentes à meta deste subgrupo multiplicado por 100. Dos 11 CEO estudados, 27,2% dos CEO obtiveram desempenho ótimo, 18,1% obtiveram desempenho bom, 45,4% obtiveram desempenho regular e 18,1% obtiveram desempenho ruim. O maior cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo da atenção básica em comparação com os outros, principalmente cirurgia. Os dados coletados permitem concluir que no Estado do Amazonas existe baixo número de CEO implantados, tipologia de CEO de acordo com as normas estabelecidas, produção ambulatorial abaixo das metas estabelecidas em relação aos procedimentos especializados e predomínio do desempenho regular no Cumprimento Global das Metas dos 11 CEO estudados.

Palavras-chave: Saúde bucal; atenção secundária; avaliação

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the CEO implemented in the municipalities of the state of Amazonas and evaluate the goals proposed for each kind of CEO. Adopted a descriptive study, quantitatively, using secondary data from the series of the production of dental procedures (amount shown) performed in the Amazon CEO recorded by SIA / SUS in the period 2005-2011. Data collection took place from the database of the Department of the SUS (DATASUS), information from SIA / SUS, according to the National Register of Health Facilities - CNES CEOs surveyed. Data were collected and tabulated by the program Tab for Windows - TABWIN (Ministry of Health, Brazil) and exported to Excel, version 2010 (Microsoft Corp., United States), the consolidated and grouped according to subgroups of dental procedures evaluated : subset of primary care procedures, procedures subgroup of periodontics, endodontics procedures subgroup and the subgroup of minor oral surgery procedures. Normative evaluation will be used in the analysis is that the monthly production by subgroup of dental procedures on the basis of performance goals established for each type of CEO. Thus, we adopted an indicator called Global Compliance Goals that is the result of the operation of the quotient resulting from the monthly average of procedures performed in each subgroup of dental specialties by the number of procedures related to the goal of this subgroup multiplied by 100. CEO of the 11 studied, 27.2% of CEOs had great performance, 18.1% had good performance, 45.4% were regular performance and 18.1% had poor performance. The greatest achievement of targets was obtained by the subgroup of primary care compared with others, especially surgery. The collected data allow to conclude that the state of Amazonas is the low number of CEO implanted, type of CEO in accordance with the standards established outpatient production below the targets set in relation to specialized procedures and prevalence of regular performance in the Global Compliance Goals of 11 CEO studied.

Keywords: Oral health, specialties care, evaluation

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal;

CD – Cirurgião Dentista;

CEO – Centro de Especialidade Odontológica;

CNES – Centro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

DATASUS – Departamento de Informática do SUS;

DOU – Diário Oficial da União

GPS – Gestão Plena do Sistema

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

NOB – Norma Operacional Básica

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal;

QASSaB - Questionário de Avaliação de Qualidade dos Serviços de
Saúde Bucal

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatorial do SUS;

SUS – Sistema Único de Saúde

TABWIN – Tab para Windows.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
OBJETIVOS.....	10
REVISÃO DA LITERATURA.....	11
METODOLOGIA.....	17
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB sinaliza para *“uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais”* (BRASIL, 2004 a, p. 56).

Segundo este documento, a assistência odontológica no setor público limita-se, quase que completamente, aos serviços básicos, sem, contudo reverter o problema da grande demanda reprimida. No âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem aproximadamente a 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos, ficando evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária. Tal constatação tem como consequência o comprometimento do estabelecimento adequado dos sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na grande maioria dos sistemas loco-regionais de saúde. Assim, constata-se que a expansão da rede assistencial de atenção em saúde bucal secundária e terciária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços de atenção básica.

O “Brasil Sorridente”, nome dessa política, tem como proposta garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamentais para a saúde geral e a qualidade de vida da população, a qual se encontrará articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. No âmbito da assistência, voltar-se-á para a ampliação e o aumento da qualidade da atenção

básica, proporcionando acesso a todas as faixas etárias e à oferta de mais serviços, garantindo o atendimento nos níveis secundário e terciário, buscando a integralidade da atenção, equidade e universalização do acesso às ações e serviços públicos de saúde bucal (BRASIL, 2004 b).

Dentre suas linhas de ação destaca-se a reorganização da atenção básica, especialmente por meio da estratégia saúde da família, sendo os profissionais da atenção básica responsáveis pelo primeiro atendimento ao usuário e pelo encaminhamento aos centros especializados dos casos mais complexos como o Centro de Especialidade Odontológica - CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD.

No Brasil, estudos sobre os serviços de atenção secundária em saúde bucal podem ser considerados ainda incipiente (FIGUEIREDO E GÓES, 2009; ZAITTER et al, 2009; LIMA et al, 2010; SOUZA E CHAVES, 2010; WOLKWEIS et al, 2010). Provavelmente, devido ao fato de somente em 2004, a partir da estratégia da PNSB, instituiu-se os CEO com intuito de garantir a atenção secundária em saúde bucal. De acordo com o Ministério da Saúde até 2012 foram implantados 942 CEO em 773 municípios que formam os 26 Estados brasileiros e Distrito Federal.

Como serviços de saúde que representam a atenção secundária em saúde bucal, os CEO devem ser descritos e avaliados objetivando a melhoria contínua da qualidade do serviço especializado em saúde bucal.

OBJETIVOS

GERAL:

Descrever os CEO implantados nos municípios do Estado do Amazonas.

ESPECÍFICOS:

- a) Verificar os municípios amazonenses que possuem CEO;
- b) Caracterizar os CEO quanto a número e tipologia;
- c) Avaliar os cumprimentos das metas propostas para tipo de CEO.

REVISÃO DA LITERATURA

1. Legislação dos Centros de Especialidades Odontológicas

O SUS é responsável tanto pela oferta do conjunto da atenção à saúde, que reúne ações promocionais, preventivas e assistenciais quanto pelo conjunto dos serviços ambulatoriais especializados, serviços de diagnose e terapia e a rede hospitalar (média e alta complexidade), gerenciados pelos municípios, estados e União (VASCONCELOS; PASCHE, 2008). A interface ideal entre os serviços de atenção básica e secundária deve levar em consideração características como equidade, integralidade, eficiência e eficácia (FIGUEIREDO; GÓES, 2009).

Os CEO foram regulamentados pelas Portarias n. 1.570, n. 1.571 e n. 1.572, editadas em 29 de julho de 2004 e publicadas no Diário Oficial da União - DOU em 30/07/04.

A primeira portaria “estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento” dos mesmos. Os CEO devem realizar, no mínimo, as atividades de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais; o LRPD deve realizar, no mínimo, os serviços de prótese dentária total e prótese parcial removível. Os CEO são criados em dois tipos de modalidade (I, II), com diferenças na quantidade de consultórios odontológicos.

A segunda “estabelece o financiamento dos CEO”, instituindo um incentivo de R\$ 79.200,00 (setenta e nove mil e duzentos reais) e R\$ 105.600,00 (cento e cinco mil e seiscentos reais) para os tipos I e II, respectivamente, destinados ao custeio dos serviços de saúde oferecidos. Define, também, um incentivo de implantação de R\$ 40.000,00 (quarenta mil

reais) e R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para os tipos I e II. Em seu anexo, está prevista uma produção mínima mensal por tipo de CEO, sendo útil para avaliação de desempenho.

A terceira portaria “estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em LRPD”, assim como também, indica, em seu anexo, o número de procedimentos mínimos necessários para a avaliação mensal de desempenho. Embora essa portaria se reporte somente a próteses totais, em seu anexo cita a prótese parcial removível.

Em 23 de março de 2006, foram editadas as Portarias n. 599 e n. 600 que revogam a Portaria n. 1.570 e n. 1.571. A primeira “dispõe sobre a definição da implantação dos CEO e LRPD e estabelecem critérios, normas e requisitos para seu credenciamento”. Esta portaria estipula mais um tipo de CEO que é o III, com a característica de ter, no mínimo, sete consultórios odontológicos. A segunda “institui o financiamento do CEO”, ratificando para os do tipo I e II, bem como estipulando em R\$ 184.800,00 (cento e oitenta e quatro mil e oitocentos reais) para o CEO tipo III e um incentivo financeiro de implantação da ordem de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais). O monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEO, verificada por meio dos Sistemas de Informação do SUS.

2. Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas

Figueiredo e Góes (2009) realizaram um estudo para avaliar o cumprimento das metas propostas para cada tipo de CEO no estado de Pernambuco. Para tanto, utilizaram dados secundários de uma série histórica, da quantidade apresentada da produção dos procedimentos odontológicos no ano de 2006. Os resultados foram obtidos de 22 CEO, em que 59,1% eram do tipo II, 40,9% tinham um ano ou mais de funcionamento, 54,5% eram

municípios com mais de 100 mil habitantes e 59,1% estavam habilitados na Gestão Plena do Sistema (GPS) segundo a NOB/96. Em relação ao cumprimento global das metas dos CEO, 40,9% obtiveram desempenho bom e, em 31,8%, observou-se desempenho ruim; os resultados por subgrupo de meta demonstraram que 81,8% foram para atenção básica, seguida pela periodontia (68,2%) e endodontia (63,6%), e dentre os tipos de CEO, o II obteve o melhor desempenho, em comparação ao I e III. Em suma, como ponto positivo do estudo foi à colocação em discussão do real papel dos CEO no modelo de atenção em saúde bucal, onde se diagnosticou como fundamental, a adequação dos critérios e normas para implantação, monitoramento e avaliação dos serviços de atenção secundária em saúde bucal.

Dentre as diversas especialidades alvo dos CEO, a área de estomatologia foi estudada por Volkweis et al (2010) com ênfase para o câncer bucal em um CEO implantado em Porto Alegre. Objetivando identificar as lesões estomatológicas mais prevalentes nos usuários do referido CEO, analisou 435 prontuários no período de 2006 a 2008. Os resultados obtidos mostraram que a estomatite foi a doença mais prevalente (122 usuários), assim como encontraram 27 casos de lesões cancerizáveis e 18 tumores malignos.

Lima et al (2010) avaliaram a satisfação dos usuários assistidos nos Centro de Especialidades Odontológicas de Recife. Para isso, foi realizada uma entrevista pessoal padronizada com 272 pacientes utilizando o Questionário de Avaliação de Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB), dentro do questionário foram avaliadas as características sócio-demográficas dos entrevistados, as dimensões da qualidade pelo grupo total e as dimensões da qualidade por unidade de serviço/Centro de Especialidades Odontológicas. Os resultados indicaram uma avaliação positiva para as

dimensões no geral, sendo destacada a acessibilidade como ponto crítico. Houve diferença de 5% na satisfação dos usuários, entre as unidades de serviço, para: relações humana/cirurgião-dentista ($p = 0,001$); relações humanas/auxiliar ($p = 0,007$); eficácia ($p = 0,014$); acessibilidade/tempo de espera ($p = 0,018$); ambiente físico/limpeza da recepção ($p = 0,004$); aceitabilidade ($p = 0,029$); efetividade/aparência dos dentes ($p = 0,029$) e efetividade/capacidade de mastigação ($0,001$). Verificando que a maioria dos usuários está satisfeita com a assistência prestada nos centros e que em cada um essa satisfação é diferenciada.

Um estudo, fruto de dados secundárias, foi desenvolvido por Saliba et al (2010), onde analisou-se a presença e a distribuição geográfica dos 339 CEO, nas cinco grandes Regiões do Brasil, relacionando-as com algumas características demográficas, sociais e relativas à saúde bucal, optando pela estratificação segundo o porte do município. Foi achado que a maioria dos CEO encontra-se implantados em municípios de grande porte. Os dados expulseram que as regiões Sudeste (7,6%), Centro-Oeste (6,5%) e Nordeste (6,1%) obtêm as maiores porcentagens de municípios cobertos pelos CEO, enquanto as regiões Norte (4,0%) e Sul (4,5%) apresentam as menores taxas de cobertura. Com relação às necessidades sociais e de saúde bucal da população, as regiões Norte e Nordeste são portadoras das condições menos favoráveis, situação contrária às regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste que apresentam as melhores condições. Embora os resultados da implantação dos CEO no Brasil sejam ainda tímidos, frente às características geográficas e populacionais do país e à necessidade de expansão de serviços odontológicos de maior complexidade, esta iniciativa representa um avanço real na reorganização da prática odontológica.

Goés et al (2012) discorreram a respeito da avaliação da atenção secundária no âmbito da vigilância em saúde. Foram utilizados dados secundários de uma série histórica, da quantidade apresentada da produção dos procedimentos odontológicos realizados nos CEO implantados no país e registrado pelo SIA/SUS no ano de 2007, e dados primários, pela vista in loco de 10% dos serviços implantados, com uso de questionários dirigidos à equipe profissional do CEO. Dentre os CEO analisados, observou-se que na maioria das regiões houve dificuldade no cumprimento das metas relativas à quantidade de procedimentos a serem informados no SIA/SUS. Sendo a Região Norte com menor percentual de serviços implantados. O indicador Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal foi de 64,4%. Os CEO Tipo III tiveram melhores resultados para o desempenho e cumprimento das metas. Sendo evidenciada a necessidade de revisão no marco legal para a implantação dos CEO pela readequação dos critérios e normas, como também definições de novos padrões e cumprimentos de metas para avaliação e monitoramento desses serviços.

Analizando o cumprimento da atenção secundária em saúde bucal, Magalhães et al (2012) avaliaram os CEO de Pernambuco, implantados até 31 de dezembro de 2007. Para tanto, fizeram um estudo descritivo, quantitativo, com caráter avaliativo, utilizando características estruturais (antecipação financeira, tempo de implantação, tipo de CEO e cobertura pela Estratégia Saúde da Família) e contextuais (porte populacional e IDH) dos CEO implantados em Pernambuco, analisando, ainda, dados secundários da produção ambulatorial, critérios e normas instituídas para implantação dos CEO. Utilizando como variável dependente o indicador denominado Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal e como variável

independente às características dos serviços e dos municípios. Foi verificado que a relação entre o Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal e as variáveis estruturais apontou que dentre os CEO Tipo I, a maioria (63,6%) não cumpriu o indicador avaliado. Serviços com tempo superior a um ano de credenciamento cumpriram o indicador (81%). Verificou-se que 90% dos CEO que não solicitaram a antecipação financeira cumpriram o indicador. Dentre as características contextuais, a maioria dos municípios de grande porte (78,6%) cumpriu a atenção secundária em saúde bucal e para os municípios com cobertura acima de 50% de ESB no Programa Saúde da Família a maioria (62,5%) não cumpriu o indicador avaliado, concluindo que o Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal está associado a fatores estruturais e contextuais dos serviços avaliados.

Herkraht et al (2013) avaliaram o cumprimento das metas de desempenho dos CEO do estado do Amazonas no ano de 2009, através de dados secundários do SIA/SUS, considerando as variáveis estruturais dos estabelecimentos, cobertura da atenção básica e indicadores sociodemográficos dos municípios. Foram avaliados 13 CEO, um estabelecimento de Manaus, os de Maués e Parintins apresentaram melhor desempenho em relação ao Cumprimento Global das Metas. A cobertura das Equipes de Saúde Bucal na atenção básica parecia não acompanhar o desempenho dos estabelecimentos, sugerindo que o desempenho dos CEO está relacionado às características sociodemográficas dos municípios.

METODOLOGIA

Este estudo foi do tipo descritivo, quantitativo, o qual utilizou dados secundários, a partir da série histórica da produção de procedimentos odontológicos (quantidade apresentada) realizados nos CEO do Amazonas registrados pelo SIA/SUS no período de 2005 a 2011.

A coleta dos dados foi a partir do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), das informações do SIA/SUS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES dos CEO pesquisados. Como critério de inclusão para o estudo, foi utilizado os CEO implantados desde o ano de 2005, e como critério de exclusão, os CEO implantados em 2011 e os CEO sem informação por três anos consecutivos.

Os dados foram obtidos e tabulados pelo programa Tab para Windows – TABWIN (Ministério da Saúde, Brasil) sendo exportados para o programa Excel, versão 2010 (Microsoft Corp., Estados Unidos), onde foi feita consolidação e agrupamento de acordo com os subgrupos de procedimentos odontológicos que deveriam ser avaliados: subgrupo de procedimentos de Atenção Básica, dentística básica e odontologia cirúrgica básica; subgrupo de procedimentos de periodontia; subgrupo de procedimentos de endodontia; e, subgrupo de procedimentos de cirurgia oral menor, traumatologia bucomaxilofacial e procedimentos de cirurgias de pele tecido subcutâneo e mucosa.

O monitoramento de produção consistiu na análise de produção mínima mensal apresentada, conforme segue no Quadro 1.

Procedimento	CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III
--------------	------------	-------------	--------------

Proc. Individuais Preventivos	80	110	190
Dentística Básica	80	110	190
Odontologia Cirúrgica Básica	80	110	190
Periodontia	60	90	150
Endodontia	35	60	95
Odontologia Cirúrgica	80	90	170
Traumatologia buco-maxilo-facial	80	90	170

Quadro 1 – Produção mínima mensal por tipologia de CEO.

Fonte: Portaria n. 600/GM de 23 de março de 2006.

Foi utilizada a avaliação normativa a partir de uma análise da produção média mensal por subgrupo de procedimentos odontológicos de acordo com as metas de desempenho estabelecidas para cada tipo de CEO (BRASIL, 2006), e adotado um indicador denominado Cumprimento Global das Metas (quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta desse subgrupo multiplicado por 100) (FIGUEIREDO; GÓES, 2009; GÓES et al, 2012). Considerou-se meta atingida aqueles CEO que cumpriram percentual igual ou superior a 100% da meta normatizada para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados (Quadro 2).

DESEMPENHO	METAS
Ruim	1 meta
Regular	2 metas
Bom	3 metas
Ótimo	4 metas

Quadro 2 – Classificação de desempenho dos CEO por metas atingidas.

Fonte: Figueiredo e Góes (2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Figura 1 – Mapa das sub-regiões do Amazonas com seus respectivos municípios identificando os Centros de Especialidades Odontológicas.

Os CEO foram caracterizados quanto a número e tipologia em cada município. Outros dados como número de CD, de consultório dentário, de ASB e implantação de LRPD, também foram incorporados. Segundo a infraestrutura cadastrada no CNES, 04 CEO estão classificados como tipo I, 06 como tipo II e apenas 01 como tipo III (Tabela 1). Os achados do presente estudo são semelhantes aos estudos de Figueiredo e Góes (2009), Góes et al (2012) e Herkrath et al (2013) quanto a maior quantidade de CEO tipo II implantados, seguidos pelo tipo I e III, respectivamente.

Quanto à relação entre tipologia dos CEO e número de cadeira odontológica, constatou-se o cumprimento das normas estabelecidas.

Em relação ao número de CD e ASB observou-se a inexistência de proporção entre os mesmos, onde o número de ASB é inferior ao de CD. Encontrou-se, também, número inferior ou superior de CD em relação ao número de cadeiras odontológicas nos CEO implantados. Lembrando que a regulamentação estabelece um número de CD e ASB por cadeira odontológica, bem como que um CEO deve funcionar nos períodos matutino e vespertino, constatando uma incompatibilidade na relação citada acima em 100% dos CEO estudados. Esses achados diferem dos encontrados por Herkrath et al (2013), onde encontrou uma proporção inferior a 30% dos CEO avaliados no mesmo Estado.

CEO	TIPO	NÚMERO CD*	NÚMERO CONSULTÓRIO	NÚMERO ASB**	LRPD**
Boca do Acre	II	4	4	2	Não
Irlanduba	II	6	4	0	Não

Itacoatiara	I	9	1	6	Não
Lábrea	I	3	3	0	Não
Manaus – N	II	10	4	7	Não
Manaus – O	III	21	8	8	Sim
Manaus – S	II	14	5	12	Sim
Maués	I	5	3	4	Sim
Parintins	II	7	4	3	Sim
São Gabriel	II	6	4	3	Não
da Cachoeira					
Tefé	I	4	3	2	Sim

Tabela 1 – Características dos 11 CEO avaliados, Amazonas, Brasil.

*Cirurgião-dentista (CD); **Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); ***Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).

Fonte: CNES (2012).

Caracterizando os municípios por porte populacional, cobertura da população pelas Equipes de Saúde Bucal e IDH-M, verificou-se que os municípios com pior desempenho em relação ao cumprimento de metas apresentaram menor IDH e maior percentual de cobertura da ESB, os municípios com maior população com uma insuficiente cobertura de ESB (Tabela 2). Fato este, que pode comprometer a interação entre a Atenção Secundária e Atenção Primária, havendo incoerência para referência dos casos em função de suas necessidades de tratamento (FIGUEIREDO; GÓES, 2012). Dentre os indicadores municipais avaliados, foi observado que quanto maior o IDH municipal, melhor foi o desempenho dos serviços, resultado que confere com o estudo de Herkrath et al (2013).

Municípios	População*	Cobertura Populacional (%)	IDH-M**
-------------------	-------------------	-----------------------------------	----------------

Boca do Acre	31.171	55,33%	0,588
Iranduba	41.947	123,36%	0,613
Itacoatiara	89.064	96,84%	0,644
Lábrea	39.022	61,88%	0,531
Manaus	1.861.838	12,60%	0,737
Maués	54.079	57,41%	0,588
Parintins	103.828	36,55%	0,658
São Gabriel da Cachoeira	39.097	61,76%	0,609
Tefé	61.000	39,59%	0,639

Tabela 2 – Características por porte populacional, cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal – ESB na Estratégia Saúde da Família e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M.

Fonte: *IBGE; **PNUD.

Medindo o Comprimento Global das Metas, pôde ser verificado que dos 11 CEO estudados no Amazonas, 27,2% obtiveram desempenho ótimo, 18,1% obtiveram desempenho bom, 45,4% obtiveram desempenho regular e 18,1% obtiveram desempenho ruim. Considerando os achados por subgrupo de meta foi observado que 90,9% dos CEO cumpriram a meta do subgrupo de atenção básica, seguido de percentuais menores ao subgrupo de periodontia (63,6%) e endodontia (54,5%). Ressaltando que para o subgrupo de cirurgia oral menor os CEO apresentaram o menor percentual (45,4%). O maior cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo da atenção básica em comparação com os outros, principalmente cirurgia (Tabela 3). Figueiredo e Góes (2009) obtiveram resultados que conferem quando utilizaram o Cumprimento Global de Metas em Pernambuco, Brasil, onde o subgrupo de atenção básica apresentou 81,8% das metas cumpridas, seguido por periodontia (68,2%) e endodontia (63,6%), encontrando o menor percentual de cumprimento do subgrupo de cirurgia oral menor (13,6%). Em comparação ao estudo realizado por Herkrath et al (2013)

constatou-se uma compatibilidade nos estudos, diferindo na quantidade de CEO com as classificações regular e ruim.

É digno de nota o achado do cumprimento de metas para todos os CEO somente para o subgrupo de atenção básica, levando em consideração que a implantação dos CEO tem o foco prioritário para a continuidade da atenção em saúde bucal. Tais achados sugerem falta de informação da população sobre o serviço do CEO, baixo encaminhamento por parte dos CD para atenção secundária, bem como uma necessidade de adequação das metas existentes para as especialidades pesquisadas.

Município	Tipologia	Subgrupos	Cumprimento Global das Metas	Classificação
Boca do Acre	II	Proc. Básicos	Sim	REGULAR
		Periodontia	Não	
		Endodontia	Não	
		Cirurgia	Sim	
Iranduba	II	Proc. Básicos	Sim	RUIM
		Periodontia	Não	
		Endodontia	Não	
		Cirurgia	Não	
Itacoatiara	I	Proc. Básicos	Sim	REGULAR
		Periodontia	Não	
		Endodontia	Não	
		Cirurgia	Sim	
Lábrea	I	Proc. Básicos	Sim	RUIM
		Periodontia	Não	
		Endodontia	Não	
		Cirurgia	Não	

Manaus - N	II	Proc. Básicos	Sim	BOM
		Periodontia	Sim	
		Endodontia	Não	
		Cirurgia	Sim	
Manaus – O	III	Proc. Básicos	Sim	ÓTIMO
		Periodontia	Sim	
		Endodontia	Sim	
		Cirurgia	Sim	
Manaus – S	II	Proc. Básicos	Sim	REGULAR
		Periodontia	Sim	
		Endodontia	Não	
		Cirurgia	Não	
Maués	I	Proc. Básicos	Sim	BOM
		Periodontia	Sim	
		Endodontia	Não	
		Cirurgia	Sim	
Parintins	II	Proc. Básicos	Sim	ÓTIMO
		Periodontia	Sim	
		Endodontia	Sim	
		Cirurgia	Sim	
São Gabriel da Cachoeira	II	Proc. Básicos	Sim	REGULAR
		Periodontia	Não	
		Endodontia	Sim	
		Cirurgia	Não	
Tefé	I	Proc. Básicos	Sim	REGULAR
		Periodontia	Sim	
		Endodontia	Não	
		Cirurgia	Não	

Tabela 3 – Classificação dos CEO do estado do Amazonas de acordo com o Cumprimento Global das Metas
Fonte: DATASUS; SIA-SUS.

Apesar das limitações do uso de sistemas de informações em saúde, os mesmos podem oferecer informações válidas e tem se tornado ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com vistas a intervenções mais aproximadas do quadro de necessidades da população.

Esse estudo contribui para abrir discussão sobre o papel dos CEO como estratégia instituída na oferta de atenção secundária em saúde bucal no Estado do Amazonas.

CONCLUSÃO

Baseado nos dados coletados no presente estudo conclui-se:

1. Baixo número de CEO implantados;
2. Tipologia de CEO de acordo com as normas estabelecidas;
3. Produção ambulatorial abaixo das metas estabelecidas em relação aos procedimentos especializados;
4. Predomínio do desempenho regular no Cumprimento Global das Metas dos 11 CEO estudados no Estado do Amazonas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.464/GM de 24 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 599/GM de 23 de março de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília. 2004 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil Sorridente, 2004 b.

FIGUEIREDO, N.; GOÉS, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 2, p. 259-267, 2009.

FIGUEIREDO, N.; SILVEIRA, F. M. M.; NEVES, J. C.; MAGALHÃES, B. G.; GOES, P. S. A. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal. In: GÓES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Org). *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012; cap. 16, p. 195-207.

GOES, P. N. A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J. C.; SILVEIRA, F. M. M.; COSTA, J. F. C.; JUNIOR, G. A. P.; ROSALES, M. S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 28 Sup:S81-S89, 2012.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n.4, p. 809-819, 2008.

HERKRATH, F. J.; HERKRATH, A. P. Q.; COSTA, L. N. B. S.; GONÇALVES, M. J. F. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n.96, p.148-158, jan/mar. 2013.

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

MAGALHAES, B. G; OLIVEIRA, R. S.; GASPAR, G. S.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*; v. 12, n.1, p.107-112, 2012.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/ranking-idhm-2010.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2013.

SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; FADEL, C. B.; BINO, L. S. Saúde bucal do Brasil: uma Nova Política de Enfrentamento para Realidade Nacional. *Rev Odontol Bras Central*, v.18, n.48, p.62-66, 2010.

SOUZA, L. F.; CHAVES, S. C. L. Política Nacional de Saúde Bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Rev Baiana Saúde Publica*, v. 34, n. 2, p. 371-387, 2010.

VASCONCELOS, C. M; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAM, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 531-562.

VOLKWEIS, M. R.; GARCIA, R.; PACHECO, C. A. Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas. *RGO*, v. 58, n.1, p. 21-25, 2010.

ZAITTER, W. M.; SILVA, M.; BIAZEVIC, M. G. H.; CROSA O, E.; PIZZATTO, E.; MICHEL-CROSATO, E. Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR). *Rev Sul-Bras Odontol.*, v. 6, n. 4, p. 413-421, 2009.