

Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná

Performance of Dental Care Specialties Centers of the 2nd Health Regional from Paraná

Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves¹, Rafael Gomes Ditterich², Rodrigo Noll Gonçalves¹, Victor Pinheiro Gavina³, Ruann Oswaldo Carvalho da Silva⁴, Guilherme Fernandes Graziani⁴, Solena Ziemer Kusma²

Resumo

Introdução: Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) possuem papel importante na redução das iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados. Assim, eles devem ser avaliados em prol da melhoria contínua do seu desempenho. **Objetivo:** Avaliar o cumprimento das metas de desempenho dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Método:** Procedeu-se à avaliação do desempenho dos CEO, por meio do indicador de cumprimento global de metas e indicadores socioeconômicos. Para tal, foram utilizados dados secundários de 2014 do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Resultados:** Em 2014, apenas o CEO do município de Colombo apresentou desempenho ruim (cumprimento de nenhuma meta), estabelecendo divergência ao desempenho ótimo (cumprimento das três metas) obtido pelos demais municípios. **Conclusão:** O desempenho dos CEO sofre influência das características contextuais atinentes à região em que estão inseridos. Portanto, observa-se a necessidade de repensar os métodos de avaliação desses estabelecimentos por meio da construção de instrumentos de avaliação que ponderem a singularidade de cada região.

Palavras-chave: atenção secundária à saúde; serviços de saúde bucal; diretrizes para o planejamento em saúde.

Abstract

Background: The Dental Specialist Centers (CEO) have an important role in reducing the inequities of access to specialized dental services. Thus, they should be evaluated for the continuous improvement of their performance. **Objective:** To evaluate compliance with the performance goals of the CEO of the 2nd Health Regional of Paraná. **Method:** The performance of the CEO was assessed by the Global Goal Compliance indicator and socioeconomic indicators. For that, secondary data from 2014 of the Outpatient Information System of the Unified Health System (SIA/SUS), the National Register of Health Establishments (CNES) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) were used. **Results:** In 2014, only the CEO of the municipality of Colombo presented poor performance (meeting no goal), establishing divergence to the optimal performance (compliance with the 3 goals) obtained by the other municipalities studied. **Conclusion:** The performance of CEOs is influenced by the contextual characteristics of the region in which they are inserted. Therefore, it is necessary to rethink the evaluation methods of these establishments, through the construction of evaluation instruments that consider the singularity of each region.

Keywords: secondary care; dental health services; health planning guidelines.

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.

²Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.

³Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.

⁴Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.

Trabalho realizado nos municípios de Araucária, Colombo, Curitiba e São José dos Pinhais da 2ª Regional de Saúde no Paraná (PR), Brasil.

Endereço para correspondência: Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves – R. Padre Camargo, 280, 5º andar, Alto da Glória – CEP: 80060-240 – Curitiba (PR), Brasil – E-mail: jessicarodriguesdasilva@yahoo.com.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde bucal se encontra entre os três motivos geradores de demanda por cuidados à saúde¹. A importância das doenças bucais e o seu impacto na morbidade global e na associação com doenças sistêmicas, os custos relacionados ao tratamento e a possibilidade de aplicar medidas eficazes de promoção e prevenção têm gerado impacto nas políticas públicas²⁻⁴.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, estabeleceu um relatório com uma ideia mais abrangente de saúde, abordando a universalização da saúde como forma de superar o déficit da oferta de saúde à população^{5,6}. Entretanto, a assistência à saúde bucal até os anos de 2000 foi caracterizada por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas e mutiladoras com acesso restrito⁷⁻¹⁰.

No ano de 2003, o Ministério da Saúde, visando minimizar os problemas de saúde, lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que apresenta uma série de medidas com o objetivo de garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população^{11,12}.

A PNSB colaborou para a ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal¹³, por meio da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), instituídos pela Portaria nº 600, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, e atualizados pela Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012^{14,15}.

Os CEO são clínicas especializadas/ambulatórios que ofertam serviços de odontologia gratuitos à população, devendo realizar no mínimo procedimentos de diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais¹⁶.

De acordo com a estrutura, o recurso de custeio e a implantação, os CEO são classificados em: tipo I, quando apresentam três cadeiras odontológicas; tipo II, quando apresentam entre quatro e seis cadeiras; e tipo III, acima de sete cadeiras. Independentemente do tipo, todos os CEO devem ofertar minimamente as cinco especialidades citadas anteriormente, e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais^{14,17}.

Entre os requisitos mínimos para implantação dos CEO, o município deverá possuir uma rede de atenção básica organizada, além de manter uma produção mínima mensal exigida na Portaria GM/MS nº 1.464, de 24 de junho de 2011¹⁸, conforme disposto na Tabela 1. No entanto, considerando o papel dos CEO

em reduzir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados e, assim, propiciar reduções na morbidade em saúde bucal, esses serviços devem ser avaliados em prol da melhoria contínua do seu desempenho¹⁹.

As avaliações dos CEO no Brasil ainda são incipientes, apesar de sua importância como instrumento de gestão e planejamento para os municípios²⁰⁻²². Por conseguinte, torna-se necessário avaliar o desempenho desses estabelecimentos de saúde, considerando os determinantes sociais, e, assim, estabelecer prioridades de atendimento e organização da demanda dos serviços odontológicos²³.

Nessa lógica, o presente estudo teve por objetivo avaliar o desempenho dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná e refletir sobre sua relação com os indicadores socioeconômicos dos municípios estudados.

MÉTODO

Foi realizado um estudo avaliativo com desenho ecológico, com base em dados secundários registrados no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS)²⁴, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir da série histórica mensal da produção de procedimentos realizados nos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná em 2014.

A Regional de Saúde do estudo compreende os seguintes municípios: Adrianópolis, Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Cerro Azul, Colombo, Contenda, Curitiba, Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Branco do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Tijucas do Sul e Tunas do Paraná²⁵.

Como critério de inclusão, foram admitidos os municípios que implementaram a atenção especializada em saúde bucal até o período de 2014. Nessa lógica, foram incluídos os CEO dos municípios de Araucária, Colombo, Curitiba e São José dos Pinhais. As modalidades dos CEO avaliados eram do tipo II, exceto o CEO Sylvio Gevaerd, localizado em Curitiba, que estava enquadrado na modalidade tipo III.

Curitiba, durante o período do estudo, apresentava dois CEO, um do tipo II e outro do tipo III. No entanto, por apresentar o mesmo código na base de dados do SIA/SUS, não foi possível a visualização separada das metas de cada estabelecimento, por isso optou-se por enquadrá-lo como um CEO único, na modalidade tipo III.

Coleta de dados

Os dados referentes à estrutura dos CEO e aos indicadores socioeconômicos foram provenientes do banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)²⁶,

Tabela 1. Produção mínima mensal exigida para os diferentes tipos de Centros de Especialidades Odontológicas

Procedimentos	Tipo de CEO		
	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Periodontia	60	90	150
Endodontia	35	60	95
Cirurgia	80	90	170

Fonte: Adaptado de Portaria GM/MS nº 1.464/2011¹⁸

do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁷ e do Departamento da Atenção Básica (DAB)²⁸.

A coleta de informações sobre o desempenho dos CEO no SIA/SUS, durante o ano de 2014, ocorreu por meio da utilização dos seguintes filtros de busca: município, ano processamento, quantidade apresentada, período, procedimento, complexidade (média complexidade).

Os procedimentos básicos, comuns às demais especialidades, não foram incluídos na avaliação pelo fato de serem contabilizados em conjunto com a atenção básica, o que poderia interferir na fidedignidade dos resultados obtidos.

Posteriormente à coleta de dados, os resultados obtidos foram separados em subgrupos, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.464/2011¹⁸, que define a produção mínima mensal estabelecida para cada tipo de CEO por especialidade (Tabela 1).

Análise de dados

Os dados obtidos foram tabulados por meio do *software* Tabwin, versão 3.0, e, posteriormente, exportados para o programa Microsoft Office Excel[®] 2013. Em seguida, fez-se a categorização dos procedimentos, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.464/2011¹⁸.

A avaliação do desempenho foi realizada por intermédio do indicador de cumprimento global de metas (CGM). Segundo Figueiredo e Goes²⁹, esse indicador corresponde ao 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, conforme disposto na Equação 1 (Adaptado de Santana et al.³⁰).

Equação 1. Indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM)

$$\frac{\text{Quantidade de procedimentos realizados durante n meses referente a cada subgrupo de especialidades odontológicas}}{\text{Número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo por n meses}} \times 100 \quad (1)$$

Os parâmetros que determinam o CGM estão dispostos na Tabela 1. Considerou-se a meta atingida quando o cumprimento percentual para cada subgrupo de procedimentos odontológicos foi igual ou superior a 100%. Portanto, o desempenho dos serviços foi classificado em: desempenho ruim (CEO que não atingiram nenhuma meta), desempenho regular (CEO que cumpriram apenas uma meta), desempenho bom (CEO que cumpriram duas metas) e desempenho ótimo (CEO que cumpriram as três metas)^{29,30}.

Os dados foram analisados utilizando o método de análise descritiva da distribuição de frequência relativa e absoluta, contextualizando-se os resultados com as características estruturais e socioeconômicas dos municípios estudados.

RESULTADOS

Tomando como base o ano de 2014, destaca-se que os municípios de Araucária, Curitiba e São José dos Pinhais alcançaram um desempenho ótimo na avaliação realizada. Entretanto, o CEO do município de Colombo não atingiu as metas em nenhuma das especialidades, obtendo um desempenho ruim, de acordo com o indicador de CGM (Tabela 2).

Ainda de acordo com a Tabela 2, o CEO de Araucária apresentou o melhor índice de CGM na especialidade de periodontia, com resultado de 1.223,15%, seguido por Curitiba, que alcançou um resultado de 1.181,20% nos procedimentos da especialidade. No entanto, em contraste com o valor encontrado em Araucária e Curitiba, Colombo obteve o pior índice de CGM na especialidade de periodontia, com resultado de 20,65%.

Tabela 2. Média de procedimentos mensais e desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) analisado por meio do indicador de cumprimento global de metas, da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2014

CEO	Procedimentos*	Média mensal de procedimentos**	Cumprimento global de metas*** (%)	Meta atingida	Classificação
Araucária	Periodontia	1100,83	1223,15	Sim	Ótimo
	Endodontia	163,58	272,64	Sim	Ótimo
	Cirurgia oral	168,92	187,69	Sim	Ótimo
Colombo	Periodontia	18,58	20,65	Não	Ruim
	Endodontia	57,42	95,69	Não	Ruim
	Cirurgia oral	42,5	47,22	Não	Ruim
Curitiba	Periodontia	1063,08	1181,20	Sim	Ótimo
	Endodontia	787,75	829,21	Sim	Ótimo
	Cirurgia oral	919,92	541,13	Sim	Ótimo
São José dos Pinhais	Periodontia	150,42	167,13	Sim	Ótimo
	Endodontia	86,33	143,89	Sim	Ótimo
	Cirurgia oral	219,67	244,07	Sim	Ótimo

*Procedimentos – fonte: Portaria GM/MS nº 1.464/2011¹⁸; **Média mensal de procedimentos – fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), 2014²⁴; ***Indicador de cumprimento global de metas (anual) – Fonte: Goes et al.²¹

A especialidade mais executada no município de Colombo foi a endodontia, aproximando-o da meta do indicador CGM (95,69%). Contudo, o resultado é contraditório ao encontrado em Araucária, Curitiba e São José dos Pinhais, onde a mesma especialidade esteve entre as menos executadas.

Quanto aos dados estruturais dos CEO (Tabela 3), os resultados apontam que Colombo e São José dos Pinhais foram os municípios que apresentavam o menor número de equipes odontológicas (4), quando comparados aos demais municípios.

Em relação aos indicadores socioeconômicos (Tabela 4)^{27,28,31}, Curitiba apresentava maior taxa populacional, cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), índice de desenvolvimento

humano (IDH), produto interno bruto (PIB) *per capita*, além de menor número de analfabetismo.

Colombo apresentou os piores resultados nos indicadores socioeconômicos, com o maior número de analfabetos (27,74%), resultado contrastante ao encontrado em Curitiba (11,45%). Quanto ao PIB *per capita*, Colombo foi novamente o município que obteve o menor valor (759,81), seguido pelos municípios de Araucária (945,14) e São José dos Pinhais (961,31).

Quanto à cobertura ESF, Araucária indicou a menor (58.650), seguido por São José dos Pinhais (138.000) e Colombo (131.100). Quanto à população, Araucária apresentava o menor número populacional (135.459), e Curitiba, o maior (1.893.997), comparados aos demais municípios.

Tabela 3. Distribuição dos profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2014

CEO	Equipo odontológico (n)	Cirurgiões-dentistas (n)	Relação cirurgião-dentista/equipo (%)
Araucária	5	11	2,2
Colombo	4	16	4
Curitiba*	21	50	2,3
São José dos Pinhais	4	12	3

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos²⁶; *CEO Sylvio Gevaerd e Rosário

Tabela 4. Variáveis socioeconômicas e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) na 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2014

Município	População	Cobertura ESF	IDH	PIB <i>per capita</i>	Analfabetismo (%)
Araucária	135.459	58.650	0,74	945,14	21,18
Colombo	234.941	131.100	0,733	759,81	27,74
Curitiba	1.893.997	814.200	0,823	1.802,45	11,45
São José dos Pinhais	302.759	138.000	0,758	961,31	20,35

Fonte: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico Social – IPARDES³¹; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁷ e Departamento de Atenção Básica (DAB)²⁸

DISCUSSÃO

A avaliação dos serviços de saúde deve ser um processo contínuo, por isso necessita constante atualização, a fim de manter sua veracidade. Para Silva et al.³², a proposta de custeio pela produtividade subverte a lógica da qualidade e se contrapõe à dinâmica de financiamento adotada pela atenção básica.

Uma das limitações para o presente estudo refere-se ao fato de que, no SIA/SUS, não é apresentada a produção do município de Curitiba de forma separada, já que ele apresenta dois CEO, um tipo II e outro tipo III. Isso pode gerar uma superestimação ou subestimação do real desempenho do CEO Rosário, dificultando o fornecimento de informações essenciais para gestores do município e as possíveis comparações com outras regiões.

Outra limitação, compartilhada por outros autores^{20,21,29,30}, foi o uso de fontes secundárias, oriundas dos sistemas de informações do SUS, que pode resultar em estimativas enviesadas,

consequente de erros de notificação. Porém, essas informações constituem uma importante fonte para o planejamento e a tomada de decisão pelos profissionais e gestores.

A avaliação do desempenho dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná demonstrou que a maioria dos estabelecimentos conseguiu obter desempenho ótimo. Entretanto, é importante ressaltar que nem todos os municípios atingiram a meta de produtividade proposta pelo Ministério da Saúde, como o caso de Colombo. Essa mesma realidade foi semelhante à de outros achados da literatura, nos quais foram avaliados os desempenhos dos CEO em outras regiões do Brasil^{20,21,30,33,34}.

Figueiredo et al.³⁵ apontam que estudos têm mostrado avanços, tais como a ampliação da oferta, cobertura e utilização desses serviços, além do alto grau de satisfação dos seus usuários. Entretanto, ainda persiste como desafio o cumprimento de metas de produção, entendido como avaliação de desempenho dos CEO e dos fatores relacionados, enfatizando a necessidade

de repensar o processo de avaliação atual, visto que nem todos os municípios conseguem atingir as metas de produtividade.

Conforme observado em diversos estudos^{10,36,37}, as desigualdades socioeconômicas e geográficas influenciam as condições de saúde bucal. Portanto, tais fatores deveriam ser considerados quando se avalia o desempenho dos serviços de saúde.

Um fator importante e que chamou a atenção foi que a especialidade de endodontia esteve entre os procedimentos mais realizados em Colombo. Resultado semelhante foi encontrado por Thomaz et al.²⁰, que apontam que os CEO tipo II realizaram mais procedimentos de endodontia e cirurgia. Todavia, a mesma especialidade encontrou-se entre os procedimentos menos realizados nos municípios de Araucária, Curitiba e São José dos Pinhais. Quanto aos recursos, Colombo e São José dos Pinhais possuíam o menor número de equipes odontológicas, quando comparados aos demais municípios. Tal situação pode limitar o número de atendimentos prestados à população, interferindo no desempenho desses municípios, corroborando os achados de Emmi et al.³⁸, nos quais a falta de materiais de consumo e equipamentos resultavam em transtorno ao atendimento em alguns CEO avaliados.

Quando comparado o desempenho com a cobertura ESF, Goes et al.²¹ observaram que municípios com menor cobertura ESF obtiveram melhor cumprimento de atenção secundária em saúde bucal. Porém, o resultado é contraditório ao encontrado no presente estudo, no qual os municípios com maior cobertura ESF obtiveram melhor desempenho.

O IDH é outro fator que pode influenciar o desempenho dos CEO^{29,33,34}. Figueiredo e Goes²⁹ verificaram que a relação do IDH incide de forma proporcional no desempenho desses estabelecimentos. Ou seja, quanto menor o IDH, pior é o resultado alcançado. Esse achado corrobora os achados do presente estudo, no qual o município de Colombo foi o que apresentou menor IDH, não atingindo nenhuma das metas.

Curitiba foi a cidade que apresentou os melhores indicadores socioeconômicos, além do maior contingente populacional. Tal fato pode interferir diretamente no desempenho desses estabelecimentos de saúde²⁰.

Comparado aos demais municípios, Colombo foi o que apresentou piores resultados nos indicadores socioeconômicos, registrando o maior número de analfabetos. Para Batistella³⁹, o grau de escolaridade é um elemento fundamental a ser considerado, tanto na análise dos determinantes da saúde como

na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A baixa escolaridade pode atuar negativamente na formulação de conceitos de autocuidado em saúde³⁹, o que é um reflexo observado na média de procedimentos mais realizados em Colombo, dentro das especialidades de endodontia e cirurgia oral.

Por conseguinte, é importante investir na avaliação dos serviços de saúde, considerando de forma individualizada a realidade de cada região. Conforme Machado et al.¹⁹, as pesquisas podem encontrar fragilidades no processo de trabalho dos serviços que comprometem seu objetivo; assim, contribuem para uma atualização de instrumentos avaliativos, como o caso do PMAQ-CEO.

Para Goes et al.²¹, poucos serviços se baseiam em estudos epidemiológicos para sua implantação. Esse fator pode determinar que os CEO não atendam à verdadeira necessidade de saúde de uma população, bem como aponta resultados de onde ocorre o maior cumprimento de metas para atenção básica, especialmente cirurgia oral menor, em detrimento das demais especialidades. Isso demonstra a necessidade de adequação da oferta de especialidades dos CEO, tanto em número quanto em critérios de inclusão.

Os resultados encontrados demonstram a presença de fragilidades no processo de avaliação dos CEO. Dessa forma, a construção de instrumentos de avaliação do desempenho deve ponderar informações sobre as condições sociais e geográficas, assim como o padrão de uso dos serviços de saúde⁴⁰, visto que tais variáveis podem interferir de diferentes maneiras sobre o desempenho desses estabelecimentos. O desempenho dos CEO pode sofrer influência das características contextuais dos locais em que estão inseridos. Os municípios que apresentaram melhores indicadores socioeconômicos foram os que obtiveram maior desempenho segundo os índices de CGM. Nesse contexto, observa-se a necessidade de repensar os métodos utilizados para avaliar o desempenho desses estabelecimentos, a fim de superar a lógica da produtividade e, assim, desenvolver outros mecanismos de avaliação que considerem a qualidade do atendimento oferecido à população e a singularidade das questões intrínsecas a cada região, bem como seus indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, visto que os fatores citados anteriormente podem influenciar no desempenho desses estabelecimentos de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Antunes JLF, Toporcovl TN, Bastos JL, Frazão P, Narval PC, Peres MA. A saúde bucal na agenda de prioridades em saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:57 [citado em 2018 Jun 9]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050007093.pdf
2. World Health Assembly. Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention: report by Secretariat [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [citado em 2017 Ago 22]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/22448>

3. Camurça VV, Almeida MEL, Alencar CHM, Camurça VV, Ramos NA Jr. Saúde bucal na agenda da política de DST/AIDS no Brasil, Ceará e Fortaleza. *Rev APS*. 2013;16(4):416-28.
4. Cardozo DP, Lesschaab L, Cunha MS, Costa CKF. Perfil da demanda de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Orbis Latina*. 2016;6(2):58-72.
5. Cortes SMV. O Sistema Único de Saúde no Brasil: uma avaliação. In: Capacidade Estatal e Democracia. Avaliação de Políticas Públicas [Internet]. Porto Alegre: Editora UFRGS; 2014. p. 179-94 [citado em 2018 Jun 9]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/108189/000948597.pdf?sequence=1>
6. Batistella C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 51-86.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado em 2017 abr 6]. (Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf
8. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis Rev. de Saúde Coletiva*, 2011;21(1):197-215.
9. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008 (Coleção Temas em Saúde).
10. Spezzia S, Carvalheiro EM, Trindade LL. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. *Rev Bras Odontol*. 2015;72(1-2):109-13.
11. Balbino EC. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas [dissertação]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 2017 abr 6]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo_a_Passo_Saude_Bucal_final.pdf
13. Aquilante AG, Aciole GG. Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(1):82-96.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas. Manual Instrutivo 2º Ciclo (2015-2016). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, 24 de março de 2006; Seção 1. n. 58, p. 52 [citado em 2017 abr 7]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/03/2006&jornal=1&pagina=52&totalArquivos=104>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente Passo a Passo das Ações do Brasil Sorridente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 2017 abr 6]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passos_a_passo_ceo.pdf
17. Bulgareli JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortelazzi KL, Meneghim MC, et al. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. *Rev Odontol UNESP*. 2013;42(4):229-36.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, 27 de junho de 2011; Seção 1. n. 121, p. 112 [citado em 2017 abr 7]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/06/2011&jornal=1&pagina=112&totalArquivos=184>
19. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Cien Saude Colet*. 2015;20(4):1149-63. PMID:25923626.
20. Thomaz EBAF, Souza GMC, Queiroz RCS, Coimbra LC. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(4):807-18.
21. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca GA Jr, Rosales MR. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(Supl):81-9.
22. Reis MT No, Assis LOM. Principais características do sistema de remuneração variável no choque de gestão em Minas Gerais: o acordo de resultados e o prêmio por produtividade. *Gestão & Regionalidade*. 2010;26(76):75-90. <http://dx.doi.org/10.13037/gr.vol26n76.210>.
23. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica*. 2010;44(2):360-5. PMID:20339637.
24. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 2017 maio 6]. Disponível em: <http://http://dab.saude.gov.br>
25. Paraná. Governo do Estado. Secretaria da Saúde do Estado do Paraná [Internet]. [citado em 2017 maio 6]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>
26. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. [citado em 2018 jun 9]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Internet]. [citado em 2017 abr 6]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. [citado em 2018 jun 9]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>
29. Figueiredo N, Goes SA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):259-67.
30. Santana DA, Santos LPS, Carvalho FS, Carvalho CAP. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. *Cad. Saúde Colet*. 2015;23(3):261-7. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400030122>.
31. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social [Internet]. [citado em 2017 Abr 6]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/>
32. Silva NA, Zina LG, Silva MAM, Wernewck MAF, Abreu MHNG, Goes PSA, et al. A importância das ações de gestão na organização do trabalho nos CEO. In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ, organizadores. Os

- Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPR; 2016.
33. Herkrath FJ, Herkrath APCQ, Costa LNBS, Gonçalves MJF. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. *Saúde em Debate*. 2013;37(96):148-58.
34. Cortellazi KL, Balbinol EC, Guerra LM, Vazquez FL, Bulgareli JV, Ambrosanol GMB, et al. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(4):978-88. PMID:25388496.
35. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ. Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE PMAQ/CEO): resultados principais. Recife: Editora UFPE; 2016.
36. Park J-B, Han K, Park Y-G, Ko Y. Association between socioeconomic status and oral health behaviors: The 2008–2010 Korea national health and nutrition examination survey. *Exp Ther Med*. 2016;12(4):2657-64. PMID:27703514.
37. Newacheck PW, Hung YY, Park MJ, Brindis CD, Irwin CE Jr. Disparities in adolescent health and health care: does socioeconomic status matter? *Health Serv Res*. 2003;38(5):1235-52. PMID:14596388.
38. Emmi DT, Meira GF, Rebelo MAB, Martelli PJJ, Barroso RFF. Análise da ambiência estrutural dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ, organizadores. *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: Editora UFPR; 2016.
39. Batistella C. Análise da Situação de Saúde: Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população brasileira [Internet]. 2018 [citado em 2018 Maio 2018]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf.php?id=507&ext=.pdf&titulo=Cap%EDtulo%204>
40. Bulgareli JV, Faria ET, Cortelazzi KL, Guerra LM, Meneghim MC, Ambrosano GMB, et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Rev Saude Publica*. 2018;52(44):1-9. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000042>.

Recebido em: Nov. 27, 2017
Aprovado em: Set. 30, 2018