

Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia

Performance of Dental Care Specialties Centers of a Region Health from Bahia

Dandara Andrade de Santana¹, Lília Paula de Souza Santos²,
Fábio Silva de Carvalho³, Cristiane Alves Paz de Carvalho⁴

Resumo

Este estudo avaliou o cumprimento das metas de desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) de municípios da Região de Saúde de Jequié, na Bahia. Descreveu-se o Cumprimento Global das Metas (CGM) e refletiu-se sobre as variáveis de caracterização dos serviços e dos municípios. Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB). O desempenho dos CEOs da Região de Saúde de Jequié/BA foi considerado ruim para todos os estabelecimentos incluídos, pois não cumpriram nenhuma meta estipulada pelo Ministério da Saúde. Os dados sociodemográficos e a cobertura de equipes de saúde bucal pareceram não influenciar no desempenho, embora o tempo de habilitação e as condições estruturais e de recursos humanos dos estabelecimentos pareçam estar relacionadas à melhor produção. O baixo desempenho pode estar vinculado a problemas de gestão do serviço.

Palavras-chave: serviços de saúde bucal; especialidades odontológicas; avaliação de serviços de saúde.

Abstract

This study aimed to evaluate the performance goals compliance of Dental Care Specialties Centers (CEOs) from Jequié's Health Region cities. The goals overall achievement was described and reflected on the services and cities characterization variables. Secondary data from the Outpatient Information System of the Unified Health System (SIA-SUS), National Registry of Health (CNES), Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) and State Department of Health of Bahia (SESAB) were used. The performance of Jequié's Health Region CEOs was considered not satisfactory for all establishments included, which did not meet any goal set by the Ministry of Health. Sociodemographic data and oral health teams' coverage do not seem to influence the performance, although the time habilitation and the facilities structural and human resources conditions appear to be related to a better production. The low performance can be linked to service management issues.

Keywords: dental health services; dental care specialties; health services evaluation.

¹Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Mestranda em Biociências pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.

²Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) - Feira de Santana (BA), Brasil.

³Doutor em Ciências Odontológicas Aplicadas. Professor Adjunto da Disciplina de Saúde Coletiva, Curso de Odontologia na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) - Jequié (BA), Brasil.

⁴Doutora em Ciências Odontológicas Aplicadas. Professora Adjunta da Disciplina de Saúde Coletiva, Curso de Odontologia na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) - Jequié (BA), Brasil.

Trabalho realizado na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) - Jequié (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Cristiane Alves Paz de Carvalho - Av. José Moreira Sobrinho, s/n - Jequezinho - CEP: 45206-190 - Jequié (BA), Brasil - Email: capcarvalho@uesb.edu.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a odontologia sofreu a mudança do modelo hegemônico e curativista para ações em saúde bucal coletiva, promovendo a multidimensionalidade das ações e a saúde dos usuários do SUS, além de melhorar as condições de vida¹.

A fim de transformar a realidade hegemônica e curativista, em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. A proposta foi de ampliação e de qualificação da atenção em saúde bucal, permitindo o acesso de todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços odontológicos gratuitos aos brasileiros por meio do SUS. De modo a buscar a integralidade dos serviços, a atenção especializada foi assegurada com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)².

Os CEOs são estabelecimentos de saúde inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e classificados como Clínicas Especializadas ou Ambulatórios de Especialidades. Os CEOs ofertam aos usuários serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. De acordo com a estrutura, recurso de custeio e implantação, os CEOs são classificados em Tipo I, II e III e devem realizar uma produção mínima em cada tipo de CEO. Para tanto, o município deverá possuir uma rede de Atenção Primária à Saúde organizada³⁻⁵.

Municípios da Região de Saúde de Jequié, na Bahia, por apresentarem tal rede, ofertam serviços de média complexidade em saúde bucal em CEOs. Cada estabelecimento cadastrado obtém recursos do SUS para a sua implantação e custeio. Portanto existe a necessidade de ajustes dos critérios e das normas para implantação e monitoramento dos serviços oferecidos pelos CEOs a fim de garantir melhor gerenciamento financeiro do repasse e, conseqüentemente, melhor qualidade de serviço ao usuário⁶.

Este estudo teve como objetivos avaliar o desempenho da atenção especializada em saúde bucal na Região de Saúde de Jequié/BA, descrever o cumprimento de metas da atenção especializada em saúde bucal e refletir acerca da relação da estrutura dos CEOs e dos indicadores sociodemográficos dos municípios com o desempenho encontrado.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Foi realizado um estudo quantitativo-descritivo e reflexivo. Para tanto, foram utilizados dados secundários provenientes do banco de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do

CNES, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretarial Estadual de Saúde da Bahia (SESAB).

A Região de Saúde de Jequié/BA, de acordo com a Resolução CIB n. 275/2012, abrange os seguintes municípios: Aiquara, Apuarema, Barra do Rocha, Boa Nova, Brejões, Cravolândia, Dário Meira, Ibirataia, Ipiaú, Irajuba, Iramaia, Itagi, Itagibá, Itamari, Itaquara, Itiruçu, Jaguaquara, Jitaúna, Lafaiete Coutinho, Lajedo do Tabocal, Manoel Vitorino, Maracás, Planaltino e Santa Inês, além da cidade de Jequié, que é referência da região e sede da 13ª Diretoria Regional de Saúde da Bahia (DIRES)⁷.

Como critério de inclusão para o estudo, foram admitidas as cidades que implementaram os CEOs antes de janeiro de 2013. Assim, foram selecionadas as cidades de Ipiaú e de Jaguaquara, cujos CEOs eram do Tipo II, e de Jequié, que, recentemente teve o CEO reduzido de modalidade, passando do Tipo III para o Tipo I, de acordo com a Portaria n. 1.055, de 20 de maio de 2014⁸. Entretanto, neste estudo, os dados de produção ambulatorial do CEO de Jequié referem-se ao ano de 2013, anterior à vigência dessa portaria; portanto, manteve-se a classificação Tipo III para a análise dos dados. Foram utilizados dados de 2013 porque a coleta foi realizada em outubro de 2014 e o ano ainda não estava finalizado.

Coleta dos dados

Os dados secundários utilizados foram relativos à quantidade aprovada de procedimentos odontológicos ambulatoriais do CEO e sua estrutura física, bem como indicadores socioeconômicos de municípios da Região de Saúde de Jequié/BA cadastrados no CNES, referentes ao ano de 2013.

Os dados sobre o desempenho ambulatorial foram coletados no DATASUS durante o mês de outubro de 2014, utilizando-se os seguintes critérios: informações de saúde (TABNET), assistência à saúde e produção ambulatorial por local de atendimento. Foram empregados também os seguintes filtros: procedimento, quantidade aprovada, período, município, subgrupo de procedimentos (tratamentos odontológico e bucomaxilofacial) e complexidade (média complexidade).

Após coletados, os dados foram divididos em subgrupos de acordo com a Portaria n. 1.464/GM, de 24 de junho de 2011, que define a produção mensal mínima a ser alcançada em cada tipo de CEO: procedimentos de periodontia, procedimentos de endodontia e procedimentos de cirurgia oral⁹.

O subgrupo de procedimentos básicos não foi incluído na avaliação, pois continha procedimentos em comum com a atenção básica, o que influenciaria na realidade dos serviços de média complexidade. Adicionalmente, segundo a portaria citada, para a finalidade de monitoramento de produção, os procedimentos básicos a serem realizados em qualquer um dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.

Os dados referentes à estrutura dos CEOs, como o tipo de CEO, a data de habilitação, a presença de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) e o quantitativo de equipes e de cirurgiões-dentistas por CEO, foram coletados no CNES. Já os indicadores sociodemográficos de população, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, analfabetismo e incidência de pobreza, foram coletados no banco de dados do IBGE. Por fim, os dados de cobertura estimada de equipe de saúde bucal foram coletados na SESAB.

Análise dos dados

Os dados da produção ambulatorial mensal foram tabulados por meio do software TabWin, versão 3.6. Após a tabulação, eles foram exportados para o programa Microsoft Office Excel® 2013 e fez-se a categorização dos procedimentos de acordo com os subgrupos citados.

A avaliação de desempenho da atenção especializada em saúde bucal na Região de Saúde de Jequié/BA foi realizada por meio do indicador Cumprimento Global das Metas (CGM)⁶, correspondente ao quociente entre a quantidade total de procedimentos realizados durante *n* meses de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta desse subgrupo por *n* meses, multiplicado por 100, expresso pela Equação 1:

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

A meta será considerada atingida quando o cumprimento percentual normatizado para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados for igual ou superior a 100%. A classificação para o desempenho dos serviços pelo CGM foi modificada, uma vez que o subgrupo de procedimentos básicos não fez parte do estudo, contabilizando três metas a serem alcançadas. Assim, o desempenho dos serviços foi classificado em: desempenho ruim (CEOs que não cumpriram nenhuma

meta); desempenho regular (CEOs que cumpriram uma meta); desempenho bom (CEOs que cumpriram duas metas) e desempenho ótimo (CEOs que cumpriram as três metas), de acordo com a modificação do indicador CGM.

Os parâmetros quantitativos que determinaram o cumprimento da meta mensal de cada subgrupo de procedimento por tipo de CEO são: CEOs Tipo I (60 do subgrupo periodontia, 35 do subgrupo endodontia e 80 do subgrupo cirurgia oral); CEOs Tipo II (90 do subgrupo periodontia, 60 do subgrupo endodontia e 90 do subgrupo cirurgia oral) e CEOs Tipo III (150 do subgrupo periodontia, 95 do subgrupo endodontia e 170 do subgrupo cirurgia oral), como dispostos na Portaria n. 1.464, de 24 de junho de 2011⁹.

A caracterização dos dados referentes ao cumprimento de metas se fez com subsídio da estatística descritiva por meio da distribuição de frequência absoluta e relativa, após a aplicação do índice CGM. Além disso, realizou-se reflexão acerca do desempenho obtido com as características estruturais de cada CEO e com os índices socioeconômicos dos municípios.

RESULTADOS

Não houve cumprimento de metas em nenhum subgrupo de especialidade pelos CEOs do estudo, conforme a Tabela 1, referente à média mensal de procedimentos por especialidades. A classificação para o desempenho dos serviços dos três CEOs da Região de Saúde de Jequié/BA avaliados no ano de 2013 foi considerada ruim, de acordo com o indicador CGM.

O CEO de Jaguaquara apresentou os maiores percentuais para o cumprimento de metas de todos os subgrupos de especialidades: 50,18% em procedimentos de periodontia, 21,10% em procedimentos de endodontia e 38,98% em procedimentos de cirurgia oral. Por sua vez, no CEO de Jequié, esses valores foram, respectivamente, de 2,94%, 4,29% e 0,83%.

A Tabela 2 descreve a quantidade anual de procedimentos por subgrupo de especialidades odontológicas. Para os CEOs do Tipo II, a meta anual para o subgrupo de procedimentos de periodontia é de 1.080 procedimentos, mas Ipiaú e Jaguaquara realizaram apenas 485 e 542, respectivamente. Para procedimentos

Tabela 1. Média mensal de procedimentos e indicador Cumprimento Global de Metas por especialidades dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) da Região de Saúde de Jequié, Bahia, 2013

CEO	Média mensal de procedimentos	Cumprimento das metas	Cumprimento global	Classificação de desempenho
Ipiaú	Periodontia 40,41	44,90%	Não	Ruim
	Endodontia 7,08	11,80%	Não	
	Cirurgia oral 1,58	1,75%	Não	
Jaguaquara	Periodontia 45,16	50,18%	Não	Ruim
	Endodontia 15,08	21,10%	Não	
	Cirurgia oral 35,08	38,98%	Não	
Jequié	Periodontia 4,41	2,94%	Não	Ruim
	Endodontia 4,08	4,29%	Não	
	Cirurgia oral 1,41	0,83%	Não	

de endodontia, a meta é de 720 procedimentos anuais, porém essas duas cidades realizaram 85 e 181, respectivamente. Para o subgrupo de procedimentos de cirurgia oral, a meta é também de 1.080 procedimentos anuais, contudo Ipiaú e Jaguaquara realizaram somente 19 e 421, respectivamente.

As metas anuais para CEO do Tipo III são: 1.800 procedimentos de periodontia, 1.140 procedimentos de endodontia e 2.040 procedimentos de cirurgia oral. No entanto, o CEO de Jequié realizou 53, 49 e 17 procedimentos, respectivamente, para cada subgrupo de especialidade.

Entre os tipos de procedimentos realizados, a raspagem coronorradicular (por sextante) representou 81,50% do total de procedimentos realizados no ano de 2013 no CEO de Ipiaú e também foi o segundo procedimento mais realizado nos CEOs de Jaguaquara (28,23%) e Jequié (16,81%).

Os dados estruturais dos CEOs (Tabela 3) revelaram que Jaguaquara foi o primeiro município da Região de Saúde de Jequié/BA a habilitar o serviço de média complexidade em saúde bucal, possuía o maior número de cirurgiões-dentistas (CD) por equipo e tinha Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) habilitado. O CEO de Jequié apresentou quantidade de CD inferior ao número de equipos, LRPD desabilitado e sofreu mudança do Tipo III para Tipo I¹⁰.

Os índices sociodemográficos (Tabela 4) mostraram que Ipiaú tinha a maior cobertura populacional de Equipe de Saúde Bucal (ESB)¹¹ e o maior IDH. Jequié era o município de maior PIB *per capita*, menor taxa de analfabetismo e menor incidência de pobreza, enquanto Jaguaquara possuía o menor IDH, o menor PIB *per capita* e as maiores taxas de analfabetismo e de incidência de pobreza¹², bem como a menor cobertura populacional de ESB¹¹.

Tabela 2. Procedimentos anuais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) por especialidades, Região de Saúde de Jequié, Bahia, 2013

Procedimentos	Ipiaú		Jaguaquara		Jequié	
	n	%	n	%	n	%
Procedimentos de periodontia						
Raspagem coronorradicular (por sextante)	480	81,50	323	28,23	20	16,81
Curetagem periapical	-	-	42	3,67	30	25,21
Gengivectomia (por sextante)	2	0,34	74	6,47	1	0,84
Gengivoplastia (por sextante)	3	0,51	71	6,21	2	1,68
Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante)	-	-	32	2,80	-	-
Total	485	82,35	542	47,38	53	44,54
Procedimentos de endodontia						
Obturação de dente decíduo	-	-	30	2,62	18	15,13
Obturação em dente permanente birradicular	23	3,90	79	6,91	16	13,44
Obturação em dente permanente unirradicular	46	7,81	58	5,07	15	12,60
Obturação em dente permanente com três ou mais raízes	-	-	8	0,70	-	-
Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular	3	0,51	6	0,52	-	-
Retratamento endodôntico em dente permanente de três ou mais raízes	13	2,20	-	-	-	-
Total	85	14,42	181	15,82	49	41,17
Procedimentos de cirurgia oral						
Exodontia múltipla com alveoloplastia (por sextante)	-	-	11	0,96	-	-
Remoção de dente retido (incluso / impactado)	19	3,23	332	29,02	13	10,93
Correção de irregularidades do rebordo alveolar	-	-	38	3,32	-	-
Apicectomia com ou sem obturação retrógrada	-	-	24	2,10	-	-
Marsupialização de cistos e pseudocistos	-	-	10	0,87	-	-
Reimplante e transplante dental (por elemento)	-	-	-	-	4	3,36
Tratamento de nevralgias faciais	-	-	6	0,52	-	-
Total	19	3,23	421	36,79	17	14,29
TOTAL	589	100	1.144	100	119	100

Tabela 3. Dados estruturais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), Região de Saúde de Jequié, Bahia, 2013

CEO	Tipo CEO	Habilitado como	Data de habilitação	LRPD	Nº de equipos	Nº de CD
Ipiaú	II	II	07/10/2009	Sim	4	4
Jaguaquara	II	II	16/01/2006	Sim	4	7
Jequié	I	III	10/01/2007	Não	7	6

LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária. CD: Cirurgiões Dentistas

Tabela 4. Variáveis sociodemográficas e cobertura populacional de Equipe em Saúde Bucal, Região de Saúde de Jequié, Bahia, 2013

Município	População	Cobertura ESB	IDH	PIB <i>per capita</i>	Analfabetismo	Incidência de pobreza
Ipiaú	44.390	67,35%	0,670	R\$6.938,86	20,43%	50,52%
Jaguaquara	51.011	34,86%	0,580	R\$6.034,17	27,30%	52,09%
Jequié	151.895	47,25%	0,665	R\$12.114,90	15,08%	48,95%

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB)¹¹, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹². ESB: Equipes de Saúde Bucal. IDH: Índice de Desenvolvimento Humano. PIB: Produto Interno Bruto

DISCUSSÃO

Dentre os objetivos da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, que visam à reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, destaca-se: centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença². Tal objetivo deve, portanto, ser posto em prática a partir de diversas estratégias, como a avaliação e o monitoramento dos serviços de saúde.

Apesar de sua origem ser destinada ao monitoramento físico-orçamentário dos serviços, não fornecendo dados de vigilância epidemiológica, e da natureza da informação poder estar sujeita a atualizações, subnotificação e erros de classificação de procedimentos, o SIA-SUS constitui uma importante ferramenta na avaliação das políticas de saúde bucal. O SIA-SUS torna-se útil ao analisar o perfil da oferta de serviços ambulatoriais de um determinado grupo populacional-geográfico, mediante o uso de indicadores de cobertura e de concentração de atividades¹³.

A avaliação do desempenho dos CEOs da Região de Saúde de Jequié/BA possibilitou um registro sistemático de toda assistência ambulatorial dos procedimentos realizados no ano de 2013. De acordo com os resultados deste estudo, todos os CEOs obtiveram classificação de desempenho ruim pelo indicador CGM. Portanto houve uma baixa produção ambulatorial dos procedimentos ofertados nos serviços odontológicos de média complexidade. Este achado foi comum ao encontrado em outros CEOs, relatados em estudos anteriores^{6,14}.

Essa subutilização detectada dos serviços de saúde fere o princípio da integralidade, o qual garante a assistência em todos os níveis de atenção e é assegurado pela Lei n. 8.080/90¹⁵. Além disso, a oferta de recursos assistenciais que garantam o direito à atenção integral, principalmente das tecnologias biomédicas de média e alta complexidade, exige a organização (planejamento, financiamento, controle, avaliação, regulação e monitoramento) para responder às necessidades dos usuários dos serviços públicos de saúde¹⁶.

Não foram encontrados no SIA-SUS dados de procedimentos básicos no extrato da média complexidade, o que caracterizou uma limitação do estudo devido à incapacidade de avaliar o cumprimento ou não da meta mensal do subgrupo de procedimentos básicos estipulados na Portaria n. 1.464/GM, de 24 de junho de 2011.

Apesar da baixa produção ambulatorial dos CEOs analisados, notou-se que a raspagem coronorradicular (por sextante) foi um dos procedimentos mais realizados, sobretudo no município de Ipiaú. Segundo Portaria n. 267 de 06 de março de 2001, esse é um procedimento odontológico em comum com a atenção básica¹⁷. Entretanto, sabe-se que, nos CEOs, o subgrupo de procedimentos da atenção básica é exclusivo para o atendimento de pacientes com necessidades especiais. Todas as modalidades de CEO (Tipo I, Tipo II e Tipo III) são aptas a realizar procedimentos em usuários com necessidades especiais⁹. Adicionalmente, a Portaria Ministerial n. 1.341, de 13 de junho de 2012, criou incentivos complementares para os CEOs que fizessem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)¹⁸. No entanto, dentre os estabelecimentos analisados neste estudo, apenas o CEO de Jaguaquara possuía adesão à RCPD.

Todo atendimento ao paciente com necessidade especial, como todo e qualquer usuário, deve ser iniciado na atenção básica, a qual referenciará para o nível secundário ou terciário apenas os casos que apresentarem exigências clínicas para tal². Portanto o maior percentual do procedimento raspagem coronorradicular (por sextante) no CEO do município de Ipiaú pode ser explicado pela deficiência na operacionalização do sistema de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde bucal.

A baixa resolutividade e a sobrecarga das unidades de maior complexidade podem ser ocasionadas quando a atenção básica encaminha, de forma errada para os maiores níveis de atenção, casos de sua competência técnica. Nessas condições, o funcionamento do sistema de referência e de contrarreferência fica prejudicado, assim como a necessária integralidade e a continuidade dos cuidados¹⁹.

Quanto aos procedimentos de endodontia, segundo a Portaria n. 1.464/GM, de 24 de junho de 2011, para o cumprimento da sua produção mensal mínima é obrigatório a realização de, no mínimo, 20,0% dos seguintes procedimentos: obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com três ou mais raízes⁹. Foi observado que não houve o cumprimento da produção mínima mensal desse subgrupo de especialidade por nenhum CEO da Região de Saúde de Jequié/BA.

Esse baixo percentual de procedimentos de endodontia observado neste estudo pode ser presumido pela resolução dos casos de comprometimento pulpar por meio de exodontias na atenção básica. A perda dentária é ainda consequência do estímulo de valores culturais para a remoção do elemento dental como solução dos agravos de saúde bucal, além dos fatores socioeconômicos que limitam o acesso a serviços de saúde²⁰. Essa reduzida produtividade de procedimentos de endodontia também pode ser pelo fato de que esses tratamentos são, em sua maioria, realizados em sessões, com a utilização de mais de uma consulta para computar a realização de apenas um procedimento.

Ao analisar os dados estruturais dos CEOs da Região de Saúde de Jequié/BA, foi possível observar que o tempo de habilitação e a maior disponibilidade de recursos humanos podem ter influenciado no desempenho do serviço, quando comparado ao CEO de Jaguaquara.

O rebaixamento da modalidade do CEO de Jequié do Tipo III para o Tipo I, por meio da Portaria n. 1.055, de 20 de maio de 2014⁸, pode estar relacionado à baixa produção ambulatorial do serviço no ano de 2013. Além disso, questiona-se a capacidade de planejamento e de gestão municipal em conjunto com as demais esferas de governo, no sentido de garantir assistência de qualidade, desde promoção, prevenção e reabilitação da saúde bucal, preconizada pela política Brasil Sorridente.

Ao se avaliar a cobertura das ESBs na atenção básica, não se detectou uma relação com o desempenho dos estabelecimentos. Tal evidência também foi ressaltada por estudo semelhante realizado nos CEOs do Estado do Amazonas no ano de 2009¹⁴. Seus resultados sugerem que o desempenho do CEO esteja relacionado às características sociodemográficas dos municípios, entretanto os resultados obtidos na Região de Saúde de Jequié/BA não corroboraram esse achado.

No entanto, ao se investigar o IDH, Figueredo e Goes⁶ concluíram que esse indicador foi correlacionado ao desempenho dos CEOs dos municípios de Pernambuco: quanto menor IDH, piores desempenhos foram observados⁶. Contudo, essa relação foi invertida para a Região de Saúde de Jequié/BA, uma vez que o município de menor IDH apresentou melhor desempenho.

Diante do exposto, pode-se perceber que não somente as características estruturais, os indicadores sociodemográficos e a cobertura populacional de ESB determinam e/ou condicionam o desempenho dos serviços odontológicos de média complexidade. Deve-se considerar a existência de outros fatores que influenciam no cumprimento de metas, tais como: planejamento e gestão do serviço, referência e contrarreferência, acesso, acolhimento, vínculo e satisfação do usuário, bem como a resolutividade do serviço de saúde bucal da atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou analisar o desempenho dos CEOs da Região de Saúde de Jequié/BA. A avaliação foi considerada ruim para todos os CEOs incluídos, pois não cumpriram nenhuma meta estipulada pelo Ministério da Saúde. Os dados sociodemográficos e a cobertura de ESBs pareceram não influenciar no desempenho, embora o tempo de habilitação e as condições estruturais e de recursos humanos dos estabelecimentos pareçam estar relacionadas à melhor produção. Esse baixo desempenho pode estar vinculado a problemas de gestão do serviço, mas também há a hipótese de que a atenção básica esteja com alta resolutividade, o que ocasiona uma baixa utilização dos serviços de média complexidade em saúde bucal.

Estudos posteriores serão necessários para elucidar os obstáculos do cumprimento de metas, como o uso do sistema de referência e de contrarreferência, a gestão do serviço, o acesso e a satisfação do usuário.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos EM, Fratucci MVB. Práticas de saúde bucal [Internet]. São Paulo: UNA-SUS UNIFESP. [citado em 2014 out]. Disponível em: <http://migre.me/hhV1D>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília; 2004 [citado em 2014 jan]. Disponível em: <http://migre.me/hhUW1>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1750, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Diário Oficial da União, Brasília, 30 de julho de 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.
5. 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, Brasília, 2006.
6. Figueredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad Saude Publica. 2009;25(2):259-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>. PMID:19219233.
7. Bahia. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB nº 275/2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. Diário Oficial do Estado da Bahia, Salvador, 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.055, de 20 de maio de 2014. Altera a classificação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Jequié (BA). Diário Oficial da União, Brasília, 2014.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464/GM, 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, Brasília, 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde [Internet]. Brasília. [citado em 2014 set]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>
 11. Bahia. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenação de Avaliação e Monitoramento [Internet]. Salvador; 2013 [citado em 2014 out]. Disponível em: <http://migre.me/r3DRs>
 12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo 2010 [Internet]. [citado em 2014 out]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
 13. Carvalho DM. Grandes sistemas de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. Informe Epidemiológico do SUS. 1997;5(4):7-46.
 14. 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;93(37):148-58. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100017>.
 15. Brasil. Lei n 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990.
 16. Siqueira MP, Bussinguer ECA. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada. Rev. Direitos Garantias Fundam. 2010;8:253-309.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267 de 06 de março de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. Diário Oficial da União, Brasília, 2012.
 19. Rodrigues PHA, Serra CG. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Cien Saude Colet. 2010;15(3):3579-86.
 20. Silva MES, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. Cien Saude Colet. 2010;15(3):813-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300024>. PMID:20464194.

Recebido em: Abr. 16, 2015
Aprovado em: Ago. 28, 2015