

ARTIGOS ORIGINAIS

AÇÕES SECUNDÁRIAS EM SAÚDE BUCAL: ANÁLISE DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO PARANÁ, BRASIL

Effectiveness and performance evaluation of the Dental Specialties Center in Laranjeiras do Sul, Paraná, Brazil

Taisiane Possamai¹, Calíope Pilger²,
Maicon Henrique Lentsck³, Wilson Mestriner Junior⁴

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo avaliar o desempenho do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO de Laranjeiras do Sul – PR, por meio da proposta e dos parâmetros de monitoramento estabelecidos pelo Ministério da Saúde. É uma pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa, que utilizou dados secundários da produção de procedimentos odontológicos realizados e registrados pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIS/SUS), no período de julho de 2010 a junho de 2011. A avaliação consistiu na análise da produção média mensal por subgrupo de procedimentos odontológicos, em função de metas de desempenho estabelecidas para o Tipo 1 de CEO implantado. A avaliação do cumprimento global de metas revelou que o CEO obteve um desempenho ótimo, na grande maioria dos meses analisados, a qual, em 11 (onze) meses, conseguiu atingir as metas e até mesmo ultrapassar a mínima exigida nas quatro especialidades constantes. Quando avaliado o desempenho por meio da produção mediana mensal, verificou-se um desempenho bom, pois não atingiu a meta na especialidade de cirurgia. Concluímos que essa avaliação é relevante para os gestores, pois podem organizar e melhorar os déficits em determinadas especialidades, promovendo, assim, uma atenção de qualidade que atenda à demanda presente nos municípios pertencentes ao consórcio.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal; Especialidades Odontológicas; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the performance of the Dental Specialties Center (CEO) in Laranjeiras do Sul, State of Paraná, using the monitoring approach established by the Ministry of Health. It is an evaluative study with a quantitative approach, and used data from secondary production of dental procedures performed and recorded by the Ambulatory Information System of the Unified Health System, during the period from July 2010 to June 2011. The evaluation consisted of the analysis of the average monthly production per dental procedures subgroup, according to performance goals established for the Type 1 CEO deployed. The assessment of overall compliance with goals revealed that the CEO displayed great performance in most of the months analyzed. In eleven of the months it met the proposed goals and even surpassed the required minimum in the four constant specialties. When performance was assessed by median monthly production, it had good performance, yet did not meet the goal in the specialty of surgery. It is concluded that this evaluation is relevant for managers as they can organize and improve on shortfalls in certain dental specialties, providing better care that meets the demand of the municipalities belonging to the consortium.

KEYWORDS: Oral Health; Specialties Bucal; Health Services Evaluation.

¹ Cirurgiã-Dentista da Secretaria de Saúde de Laranjeiras do Sul – PR. Especialista em Gestão Pública em Saúde da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: caliopepilger@hotmail.com.

³ Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – UEM. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

⁴ Cirurgião-Dentista. Doutor. Docente da Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Departamento de Clínica Infantil e Odontologia Preventiva e Sanitária.

INTRODUÇÃO

Durante muitos anos, a saúde bucal no Brasil foi considerada uma área distinta da saúde geral dos indivíduos. No setor público, eram desenvolvidas ações meramente curativas e sem uma política setorial definida. Atualmente, foi reconhecida pela sociedade e governos a condição integrante e inseparável da saúde bucal para o bem-estar físico, mental e social dos usuários, seja por meio do aumento da autoestima, inserção social ou melhora da situação de saúde.

Essas constatações se refletiram nas políticas do Ministério da Saúde, que tem dispensado à saúde bucal uma atenção nunca antes vista. Com o intuito de melhorar os indicadores de saúde bucal da população e as condições de acesso, com fins de instituir uma práxis mais social e menos elitista, o governo federal criou a Política Nacional de Saúde Bucal, também denominada Brasil Sorridente, em 17 de março de 2004. Essa é uma política voltada para a superação das desigualdades e da falta de compromisso com a saúde bucal no país.¹

Dados do Relatório Nacional de Saúde Bucal do ano de 2010² apresentam que a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros, apesar da melhoria da situação no período entre 2003 e 2010. Na idade de 12 anos, utilizada mundialmente como idade índice para avaliar a prevalência de grande parte das alterações bucais em crianças, a doença atingia 69% da população, em 2003, e diminuiu para 56% em 2010. Em adolescentes, a redução do número de dentes que foram poupados do ataque de cárie, em relação a 2003, chegou a aproximadamente 18 milhões. As necessidades de próteses dentais por adolescentes reduziram-se em 52%. Contudo ainda persistem problemas relacionados com a falta de acesso às ações e serviços de saúde bucal. Acrescentam-se, ainda, as desigualdades sociais presentes nos indicadores do processo saúde-doença-cuidado, que implicam em desigualdades nos padrões de doenças e também no padrão de utilização dos serviços.³

Por essas razões, uma das principais frentes de ação do Brasil Sorridente é por meio da atenção especializada, com a criação dos CEOs (Centros de Especialidades Odontológicas). Os CEOs são serviços de atenção secundária, devendo se constituir em unidades de referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional, que devem ofertar, minimamente, especialidades de Periodontia, Endodontia, Pacientes com Necessidades Especiais, Diagnóstico Bucal e Cirurgia Oral Menor. Devem ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), além de se apresenta-

rem como centros de referência para as Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.⁴

A Portaria n.º. 600/GM/MS,⁵ de 23 de março de 2006, atualizada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n.º. 2.898, de 21 de setembro de 2010, instituiu o financiamento e estabelece parâmetros para o monitoramento de uma produção mínima mensal realizada nos CEOs, verificada por meio do Sistema de Informação de Saúde, os Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS – SIA/SUS.

Relacionado a esse contexto, surgiu o interesse em realizar este estudo, que tem por objetivo avaliar o desempenho do CEO – Tipo 1, implantado no município de Laranjeiras do Sul – PR, por meio dos objetivos da proposta, de acordo com as normas instituídas previamente pela Portaria n.º. 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, para identificar os aspectos referentes às atividades desenvolvidas e distribuição das vagas de cada especialidade e dos parâmetros para monitoramento estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa avaliativa descritiva, com abordagem quantitativa, que se utilizou de dados secundários sobre a produção de procedimentos odontológicos de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), registrados mensalmente no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) no período de julho de 2010 a junho de 2011.

O CEO estudado é do Tipo 1, caracterizado por possuir 3 cadeiras odontológicas e receber, mensalmente, R\$ 6,6 mil de custeio do governo federal. Funciona, desde 2006, no município de Laranjeiras do Sul, Paraná, que também é sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação Intermunicipal de Saúde do Centro-Oeste do Paraná (ASSISCOP), representando seis municípios (Laranjeiras do Sul, Rio Bonito do Iguacu, Nova Laranjeiras, Marquinho, Porto Barreiro e Virmond), que abrangem uma população estimada pelo IBGE, em 2012, de 68.118 habitantes e índice de desenvolvimento humano (IDH) médio de 0,753, em Laranjeiras do Sul, sede do consórcio. Na área da saúde, a região possui dois hospitais particulares conveniados ao SUS, além de sete Equipes de Saúde da Família (ESF), seis ESF com saúde bucal modalidade I e cinco Equipes do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) e um CEO que atende aos seis municípios pertencentes ao consórcio. A população estimada de cobertura da Estratégia Saúde da Família de Laranjeiras do Sul é de 81,8%.⁶⁻⁷

Para o levantamento de informações do estudo, os da-

dos foram acessados pela internet, por meio do endereço eletrônico (<<http://www.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>>) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e, posteriormente, tabulados pelo programa Tab para *Windows* – TABWIN e exportados para o *Microsoft Excel 2010*.

No SIA-SUS, os procedimentos realizados são coletados de forma agregada, segundo unidade produtora e mês de realização do procedimento (competência). Os dados coletados foram obtidos nos relatórios mensais e feita a consolidação e agrupamento de acordo com os subgrupos de procedimentos odontológicos: de procedimentos de *Atenção Básica*, que são os procedimentos individuais preventivos (03.020.00-2), de dentística básica (03.030.00-8) e odontologia cirúrgica básica (03.040.00-3); subgrupo de procedimentos de *Periodontia* (10.020.00-4); subgrupo de procedimentos de *Endodontia* (10.040.00-5) e subgrupo de procedimentos de *Cirurgia Oral Menor*, composto por odontologia cirúrgica (10.050.00-0), traumatologia bucomaxilofacial (10.060.00-6) e procedimentos/cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa (08.010.00-1), que foram avaliados, constando a quantidade mínima.

A metodologia utilizada faz parte de um processo avaliativo contínuo, a fim de identificar o desempenho e cumprimento de metas dos CEOs, consistindo na análise da produção média mensal por subgrupo de procedimentos odontológicos, em função de metas de desempenho estabelecidas para o Tipo 1 de CEO implantado, segundo Portaria n.º. 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, atualizada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n.º 2.898, de 21 de setembro de 2010, em relação ao cumprimento global da meta.

Para complementar a avaliação normativa, adotou-se um indicador empregado no Nordeste do Brasil, para avaliar CEOs no Estado de Pernambuco, e que utiliza o Índice de Avaliação CGM (Cumprimento Global das Metas), definido como o resultado da operacionalização do 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. Consideraram-se como meta atingida os centros de especialidades odontológicas que cumpriram percentual igual ou superior a 100% da meta normatizada para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados.^{3,8}

Para o cumprimento mensal das metas, a Portaria n.º. 600/GM/MS (2006)⁵ estabelece a quantidade mínima mensal a ser atingida por subgrupo de procedimentos para cada tipo de CEO (Tipo I, II e III). Como a Unidade de Saúde em estudo é do Tipo I, a quantidade mínima mensal para a Atenção Básica (procedimentos individuais

preventivos, dentística básica e odontologia cirúrgica básica) é de 80 procedimentos; no subgrupo de Periodontia, é de 60; no de Endodontia, é de 35, e, no subgrupo de Cirurgia Oral Menor (odontologia cirúrgica e traumatologia bucomaxilofacial), é de 80.

Outro dado referente ao funcionamento do CEO do município estudado fornecido pelo sistema *Tabnet* relaciona-se com a distribuição das especialidades por municípios que compõem o consórcio municipal de saúde. Na especialidade de Endodontia, são atendidos 80 pacientes por mês, 04 ao dia, assim totalizando 35 procedimentos/mês. Na especialidade de Periodontia, são atendidos 120 pacientes/mês, 06 por dia e 60 procedimentos/mês. No atendimento dos pacientes com necessidades especiais, são 80 pacientes/mês, 04 ao dia e 80 procedimentos/mês. Na Cirurgia, são 40 pacientes para totalizar 80 procedimentos por mês. As referidas vagas são distribuídas para cada município do consórcio conforme seu número de habitantes; quanto maior a sua porcentagem de população, maior o número de vagas disponíveis de cada especialidade.

A partir disso, seguiu-se uma classificação de desempenho para o CEO, com base no cumprimento das metas determinadas por especialidade, em que *ótimo* significava o cumprimento da meta nas quatro especialidades; *bom*, se atingiu a meta em três especialidades; *regular*, se atingiu a meta em duas especialidades e *ruim*, se atingiu a meta em apenas uma especialidade.³

A análise dos dados foi realizada por meio da análise descritiva, com apresentação dos dados absolutos e frequência simples, contidos em tabelas.

RESULTADOS

A série histórica mensal possibilitou identificar que o cumprimento global das metas do CEO, com base no índice CGM, apontou o cumprimento da meta em todas as especialidades, excetuando-se o mês de setembro de 2010, em que o subgrupo de procedimentos de Cirurgia Oral Menor obteve 78,7% da meta. Além disso, o desempenho foi considerado ótimo, na grande maioria dos meses, cumprindo integralmente a meta nas especialidades Atenção Básica, Periodontia e Endodontia, com índices variando de 100 a 273,3%.

No subgrupo de procedimentos de Atenção Básica, a porcentagem mínima atingida foi de 123,7% e a máxima, de 232,5%. Já o subgrupo de procedimentos periodonticos atingiu porcentagens entre 108,3% a 273,3%. Nos procedimentos de Endodontia, houve pouca variação das quantidades atingidas; na maior parte dos meses, a porcentagem obtida foi de 100% e, em dois meses, superou-

Tabela 1 - Cumprimento Geral de Metas (CGM) do CEO, julho/2010 a junho/2011, Laranjeiras do Sul – Paraná.

Período	Atenção Básica		Periodontia		Endodontia		Cirurgia Oral Menor	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Julho	99	123,7	65	108,3	35	100,0	80	100,0
Agosto	158	197,5	132	220,0	35	100,0	80	100,0
Setembro	143	178,7	164	273,3	35	100,0	63	78,7
Outubro	168	210,0	119	198,3	35	100,0	80	100,0
Novembro	139	173,7	138	230,0	35	100,0	82	102,5
Dezembro	143	178,7	130	216,6	35	100,0	82	102,5
Janeiro	131	163,7	120	200,0	35	100,0	80	100,0
Fevereiro	123	153,7	122	203,3	35	100,0	80	100,0
Março	186	232,5	145	241,6	36	100,0	80	100,0
Abril	150	187,5	145	241,6	36	102,8	80	100,0
Mai	147	187,7	118	196,6	35	102,8	80	100,0
Junho	123	153,7	87	145,0	35	100,0	80	100,0

* Meta atingida, valor de referência 100%.

Fonte: dados da pesquisa.

se a meta com 102,8%. No subgrupo cirúrgico oral menor, o cumprimento da meta somente não foi integral em setembro de 2010 (78,7%), com o restante do período variando entre 100% a 102,5% (Tabela 1).

Na Tabela 2, estão apresentados os dados referentes

à produção média mensal das especialidades do CEO de Laranjeiras do Sul. Pode-se observar que foi de 142,5 procedimentos básicos, 123,7 procedimentos de Periodontia, 35,1 de procedimentos endodônticos e 78,9 de procedimentos cirúrgicos.

Tabela 2 - Produção mediana mensal do CEO, julho/2010 a junho/2011, de Laranjeiras do Sul – PR.

Especialidades	Meta	Produção Mediana Mensal	Desempenho Geral
Atenção Básica	80	142,5	Bom
Periodontia	60	123,7	
Endodontia	35	35,1	
Cirurgia	80	78,9	

Fonte: dados da pesquisa

Constata-se, pelos valores da Tabela 2, que o CEO avaliado durante o período determinado evidenciou um desempenho geral bom, pois não atingiu a meta na espe-

cialidade de Cirurgia, que é o mínimo de 80 procedimentos por mês, atingindo uma mediana de 78,9.

DISCUSSÃO

A saúde bucal está contida dentro da saúde geral e, dessa forma, é um direito de todos, com acesso garantido por um sistema de saúde universal como o SUS. Para tanto é fundamental que se assegure, também, o acesso aos serviços de média e alta complexidade, a fim de que a

integralidade na assistência à saúde bucal seja garantida, utilizando-se de referenciamento do usuário e demandando profissionais especializados e tecnologia mais apurada.⁹

Nesse sentido, os CEOs são uma importante ferramenta no processo de geração da integralidade como eixo que norteia o SUS, ao oportunizarem acesso e utilização dos serviços odontológicos especializados a usuários de

localidades que contam apenas com serviço de saúde bucal primário. Segundo estudo que avaliou o desempenho dos CEOs implantados na Região Sul do Brasil, verificou-se que, no primeiro ano após a sua implantação, apenas 35,5% dos municípios atendiam às exigências preconizadas pelo Ministério da Saúde, e se reafirmou a necessidade de investigações sobre o assunto, para verificar a adequação dos parâmetros propostos bem como as causas da inadequação dos municípios.¹⁰

É nesse sentido que o presente estudo praticou o exercício de gestão, visto que, mesmo não contemplando a totalidade dos serviços ofertados, o CEO em questão atingiu as metas de maneira integral nas especialidades básicas (Atenção Básica e Periodontia) e na Endodontia, em todos os meses pesquisados; somente não atingiu integralmente no subgrupo cirúrgico. Achado igual foi evidenciado nos estudos^{3,11} em que os componentes das especialidades básicas tiveram mais facilidades em cumprir as metas.

Ao analisar os procedimentos de Periodontia, observou-se que alcançaram uma meta entre 108,3% a 273,3%, e a inclusão dessa especialidade nos CEOs se deve à sua alta prevalência na população, sendo considerada a segunda maior causa de perdas dentárias. No entanto, a maioria desses problemas está circunscrito a alterações que podem ser resolvidas na Atenção Básica, como presença de cálculo e sangramento.

Com relação aos dados da especialidade de Endodontia, foi possível verificar que a produção sempre gira em torno da meta (acima de 35 procedimentos por mês), com rara superação da mesma, provavelmente devido ao maior tempo despendido para a finalização de um tratamento endodôntico, principalmente quando se trata de dentes permanentes trirradiculares, que exigem, no mínimo, duas sessões para sua resolução. Também há a exigência de uma produção mínima mensal obrigatória de 20% dos procedimentos como sendo tratamento e retratamento endodôntico em dente permanente com três ou mais raízes, e que são dentes de resolução mais difícil.

O subgrupo cirúrgico foi o que obteve menor desempenho, com uma mediana de 78,9, entretanto quase atingindo a meta de 80 procedimentos. O resultado, apesar de próximo ao ideal, foi o de pior subgrupo avaliado, consoante estudos em Pernambuco e Ceará, em que esse item não ultrapassou 13,6% e 37,8%, respectivamente.³

Esse achado do estudo pode remeter ao fato de que a complexidade dos serviços odontológicos, como as cirurgias, está diretamente associada ao tipo de procedimento a ser realizado, bem como à sua relação com outros fatores: características dos equipamentos e disponibilidade de profissionais especializados, buscando-se a otimização do atendimento, articulando a ação multiprofissional no diag-

nóstico e na terapêutica, de forma que implique diferentes conhecimentos e formas de reabilitação oral.³ O CEO de Laranjeiras do Sul atende à demanda de cuidados secundários odontológicos dos seis municípios que participam do consórcio; além disso, existem na Unidade apenas dois dentistas contratados. Esses dados podem estar relacionados com o fato de o CEO não atingir a meta do subgrupo Cirurgia.

A avaliação dos CEO é feita de forma departimentalizada por subgrupos, entretanto é uma ferramenta real para dimensionar a situação. Entre os estudos avaliativos que utilizaram método semelhante, destacam-se por terem sido realizados no Nordeste do Brasil. Em Pernambuco, o desempenho geral dos CEOs estudados foi, em sua maioria (40,9%), considerado bom, seguido do conceito ruim em 31,8%. O autor infere ainda que quanto menor e seu índice de desenvolvimento humano, piores são os desempenhos dos CEOs.³ Já no Ceará, o desempenho do CGM foi, em sua maioria, ruim (37,8%), e regular e bom, com 24,4% cada um.¹¹

O modelo de avaliação de qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian¹² considera que as condições estruturais, ou seja, aquelas que constroem e condicionam o universo de práticas a ser avaliado, como os recursos financeiros, humanos, físicos, organizacionais, entre outros, podem favorecer os dados relativos aos processos que definem essas práticas e, conseqüentemente, à medida que permitem a mensuração de resultados das mesmas.

Estudo realizado na região Nordeste, que identificou fatores relacionados com a taxa de utilização dos serviços odontológicos especializados de quatro CEOs, revelou bons resultados na oferta desse serviço, todavia ainda com uma baixa taxa de utilização. Isso demonstra barreiras de acesso do próprio serviço de saúde, como a ausência de padrões e metas de desempenho por especialidade, a não substituição de pacientes faltosos, além das diferentes tecnologias utilizadas por cada especialista.¹³

Em uma pesquisa de avaliação de três CEOs, em Natal – RN, os resultados apontaram aspectos que se distanciam da integralidade do cuidado, como a baixa resolutividade na rede básica; modelos tradicionais de acesso aos serviços; oferta insuficiente para algumas especialidades; encaminhamentos burocráticos da Atenção Básica à especializada; sistema desintegrado e desarticulado entre níveis de atenção.¹⁴

A integralidade do cuidado é atingida por meio da efetividade, eficiência e eficácia dos serviços de saúde, visto que tem por objetivo alcançar as metas e propostas estruturadas e idealizadas por gestores.¹⁵ Outros fatores importantes para que o cuidado seja integral são a qualidade da

assistência prestada, o vínculo estabelecido e a articulação dos níveis de atenção (primário, secundário e terciário). A rede ideal de Atenção à Saúde Bucal deve ser fortalecida por meio da Atenção Básica, priorizada na Estratégia de Saúde da Família, por ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Com isso, as ações no âmbito individual e coletivo de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde dar-se-ão por meio de práticas gerenciais e sanitárias participativas (tecnologia de baixa densidade) para uma população bem delimitada, considerando-se a dinamicidade existente no território.

A literatura referencia que a organização de sistemas e redes de serviços de saúde a partir da atenção primária, preferencialmente por modelos assistenciais piramidais, hierarquizados, de base loco-regional, com a garantia de efetividade e qualidade de atenção, poderia contribuir para a redução na demanda por referência para a atenção secundária e terciária.¹⁶

Percebe-se, ainda, que, quando se remete à avaliação em saúde ou de um serviço, programa, esta, por ser um processo crítico-reflexivo, deve ser contínua e sistemática, e sua temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não deve ser exclusivamente um procedimento de natureza técnica; embora essa dimensão esteja presente, necessita, sim, de ser entendida como processo de negociação entre atores sociais, gestores, profissionais de saúde e os próprios usuários.¹⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CEO são reconhecidos como espaços assistenciais, que permitem o desenvolvimento das estratégias positivas de busca pela ampliação e qualificação da atenção secundária em saúde bucal, além de representarem um avanço na reorganização das práticas odontológicas, visto que têm como objetivo ofertar um maior acesso a procedimentos conservadores e romper com o modelo tradicional privatista.

O presente estudo concluiu que, do ponto de vista quantitativo, o CEO de Laranjeiras do Sul atingiu a produtividade desejada pelo Ministério da Saúde, considerando-se os critérios constantes na Portaria nº 599/GM/MS, de 2006, durante o período avaliado de um ano.

Por meio da análise baseada no índice CGM, percebeu-se que a meta foi atingida em todas as especialidades, excetuando-se o mês de setembro de 2010, subgrupo de procedimentos de Cirurgia Oral Menor, que obteve 78,7%. E que, quando considerada a produção mediana mensal, o desempenho foi bom, pois conseguiu atingir a meta em três especialidades, durante o período de um

ano de avaliação. Constatou-se que, em virtude do referido CEO nunca antes ter sido avaliado, obteve resultados positivos com relação ao seu desempenho. Devido a isso, é de extrema importância que se realizem processos contínuos de avaliação, capazes de identificar fragilidades e potencialidades que sirvam de subsídio para a gestão dos serviços de saúde bucal.

Sendo assim, indica-se que o método utilizado contribuiu para a avaliação das ações desenvolvidas na área da saúde bucal, com potencialidade para a análise da efetividade, eficiência e eficácia do CEO em determinado período. A efetividade é vista como a capacidade de se promoverem resultados pretendidos; a eficiência denota competência para se produzirem resultados com dispêndio mínimo de recursos e esforços, dados que, por sua vez, remetem à avaliação para considerações de benefício e custo dos programas sociais, ou seja, os investimentos que foram mobilizados devem produzir os efeitos desejados. A eficácia, por sua vez, remete às condições controladas e aos resultados desejados de experimentos, critérios esses que, é necessário reconhecer, não se aplicam automaticamente às características e à realidade dos programas sociais.

Entende-se que os números, ou seja, uma avaliação apenas de forma quantitativa, por si só, não significa uma melhora na qualidade dos serviços prestados. Devido a isso, se conclui que mais estudos são necessários para uma análise mais apurada do desempenho do referido CEO, principalmente por meio de estudos com caráter qualitativo. Essa avaliação é relevante para os gestores, usuários e profissionais de saúde, pois assim se podem organizar e melhorar os déficits em determinadas especialidades, promovendo uma atenção à saúde de qualidade aos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. CNSB – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. [Citado 2012 maio 15]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/especialidades.php>>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010. Nota para a imprensa. 2010. [Citado 2013 maio 20]. Disponível em: <[http://www.idisa.org.br/img/File/SAUDE%20BUCAL-NotaParaImprensa-28dez2010%20\(2\).pdf](http://www.idisa.org.br/img/File/SAUDE%20BUCAL-NotaParaImprensa-28dez2010%20(2).pdf)>.
3. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(2):259-267.

4. Reses MLN. Avaliação da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
5. Brasil. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mar. 2006. Seção 1, n. 58, p. 51.
6. SIAB – Sistemas de Informações da Atenção Básica. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010. [Citado 2013 fev. 13]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pr.htm>>.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Quantidade por tipo da equipe segundo Município. 2012. [Citado 2012 fev. 13]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipepr.def>>.
8. Brasil. Portaria nº 600/G M, de 24 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mar. 2006. Seção 1, n. 58, p. 52.
9. Souza AM, Lyra A, Freire RC. A rede de atenção à saúde bucal: a realidade do município de Caruaru. J Manag Prim Health Care. 2011; 2(2):7-10.
10. Forster MG, Castilhos ED de, Boeira, GF, Bighetti TI. Avaliação das ações especializadas em saúde bucal nos municípios que tiveram a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas na Região Sul do Brasil. In: XVI Congresso de Iniciação Científica da UFPel; 2007; Pelotas. Resumos Eletrônicos. Pelotas: UFPel; 2007. [Citado 2011 maio 14]. Disponível em: <www.ufpel.edu.br/cic/2007/cd/pdf/CS/CS_01765.pdf> .
11. Guimarães ML de F. Cuidados secundários em saúde bucal: Centro de Especialidades Odontológicas no Ceará, Brasil, 2008. [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2010.
12. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? Am J Public Health. 1981; 71:409-12.
13. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG de, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011; 27(1):143-154.
14. Medeiros E. Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
15. Ribeiro EAW. Eficiência, efetividade e eficácia do planejamento dos gastos em saúde. Hygeia. 2006; 2(2):27-46.
16. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ, et al. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. Br J Gen Pract. 2003; 53:872-84.
17. Lemos P N, Hirooka LB, Nunes SAC, Arantes R, Mestriner SF, Mestriner JW. O modelo de atenção à saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas. Ciênc Saúde Coletiva. 2010. 15 Supl 1:1449-1456.

Submissão: julho/2013

Aprovação: maio/2015
