

Avaliação do desempenho dos centros de especialidades odontológicas (CEO) no estado do Rio Grande do Norte (RN)

Performance evaluation of dental specialty centers (CEO) in the state of Rio Grande do Norte (RN)

DOI:10.34117/bjdv7n9-538

Recebimento dos originais: 07/08/2021

Aceitação para publicação: 29/09/2021

Rayane Emanuelle Nascimento da Silva

Graduanda em Odontologia pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Endereço: Av. Rio Branco, 725 – Centro, Caicó/RN. CEP: 50300-000
E-mail: rayanemanuelle@hotmail.com

Anna Flávia Silveira Batista

Graduanda em Odontologia pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Endereço: Av. Rio Branco, 725 – Centro, Caicó/RN. CEP: 50300-000
E-mail: afsb_@hotmail.com

Gilmara Celli Maia de Almeida

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Instituição: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Endereço: Av. Rio Branco, 725 – Centro, Caicó/RN. CEP: 50300-000
E-mail: gilmaracelli@uern.br

Daniela Mendes da Veiga Pessoa

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Instituição: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Endereço: Av. Rio Branco, 725 – Centro, Caicó/RN. CEP: 50300-000
E-mail: danielapessoa@uern.br

RESUMO

No Brasil, a atual Política Nacional de Saúde Bucal- Brasil Sorridente, objetivando a ampliação e qualificação da oferta de serviços odontológicos especializados, vem implantando, desde 2004, os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, cujo o tratamento oferecido é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. Diante dos indicadores e dados de saúde bucal desfavoráveis no país, com alto índice de edentulismo, de cárie dentária e baixa oferta de serviços reabilitadores, principalmente na Região Nordeste do Brasil, faz-se necessário a realização de uma maior e mais abrangente avaliação dos serviços de saúde especializados em saúde bucal. Portanto, o presente estudo objetivou realizar uma avaliação e monitoramento do desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas instalados no estado do Rio Grande do Norte (RN), a partir do cumprimento das metas de procedimentos ambulatoriais proposta pela Portaria GM Nº 1.464/2011, no ano de 2018. A presente pesquisa abrangeu os 30 CEO situados em todo o estado do RN, de onde foram coletados e descritos todos os procedimentos especializados em Odontologia, nas áreas de Periodontia, Endodontia e Cirurgia. Tais dados foram extraídos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS/ SIA-SUS. A partir daí, foram calculados o Índice Cumprimento

Global de Metas –CGM para cada CEO. Posteriormente, esta variável foi associada com variáveis socioeconômicas e de assistência à saúde dos municípios do RN e seus respectivos CEO, utilizando-se análise estatística descritiva e inferencial bivariada com um nível de significância de 5%.

Palavras-chave: Avaliação da Assistência à Saúde, Saúde Bucal, Atenção Secundária à Saúde, Assistência Odontológica Integral.

ABSTRACT

In Brazil, the current National Oral Health Policy – Smiling Brazil, aimed at expanding and qualifying the offer of specialized dental services, has been implementing, since 2004, the Dental Specialties Centers – CEO, whose treatment offered is a continuation of the work carried out by the primary care network. In view of the unfavorable oral health indicators and data in the country, with a high rate of edentulism, dental caries and a low supply of rehabilitation services, especially in the Northeast region of Brazil, it is necessary to carry out a larger and more comprehensive evaluation of the services health professionals specializing in oral health. Therefore, the present study aimed to carry out an evaluation and monitoring of the performance of the Dental Specialties Centers installed in the state of Rio Grande do Norte (RN), based on the fulfillment of the goals of outpatient procedures proposed by Ordinance GM No. 1.464/2011, in the year de 2018. This research covered the 30 DSC located throughout the state of RN, from where all specialized procedures in Dentistry were collected and described in the areas of Periodontics, Endodontics and Surgery. Such data were extracted from the Outpatient Information System of SUS/ SIA-SUS. From there, the Global Goal Achievement Index –CGM was calculated for each CEO. Subsequently, this variable was associated with socioeconomic and health care variables in the municipalities of RN and their respective DSC, using inferential bivariate and multivariate statistical analysis with a significance level of 5%.

Keywords: Evaluation of Health Care, Oral Health, Secondary Health Care, Comprehensive Dental Care.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente em 2004 teve como objetivo reorganizar e qualificar as ações de saúde bucal e dos serviços oferecidos em todos os níveis de atenção, voltadas para a promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

No intuito de melhorar o quadro epidemiológico de doenças bucais na população brasileira, cujo edentulismo (perda dentária) situa-se como um dos principais agravos em saúde bucal, bem como o escasso acesso a rede de serviços especializados, voltados para a reabilitação em saúde bucal,¹ o Brasil Sorridente constitui-se de uma série de ações voltadas para os cidadãos de todas as idades no Sistema Único de Saúde, bem como da ampliação da oferta de ações e serviços de saúde bucal em todo o Brasil.¹

Diante disso, com a expansão do conceito de atenção básica, e o consequente aumento da oferta de diversos procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. E para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados no Brasil Sorridente, foi criado o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, cujo o tratamento oferecido é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. ²

No CEO, torna-se fundamental organizar o processo de trabalho de forma a garantir a referência para procedimentos mais complexos e conclusivos, resolver a necessidade que motivou o usuário à procura da assistência, evitando o agravamento do quadro de futuras perdas dentárias ou outras consequências.

Mesmo com a implementação da política Brasil Sorridente, a assistência odontológica pública no Brasil tem se restringido aos serviços básicos. Alguns indicadores mostram que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos, sendo evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal.³ Segundo Martelli (2010), a expansão da rede assistencial para média complexidade ambulatorial e para a alta complexidade hospitalar não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica.⁴

Segundo Souza (2015), a precariedade nas relações de trabalho e as dificuldades no encaminhamento para os níveis de maior complexidade comprometem o avanço no modelo assistencial em saúde bucal⁵ corroborando para indefinições sobre a função do CEO perante os principais agravos bucais.⁶

Somado a baixa oferta de serviços odontológicos especializados no âmbito do SUS, estão os indicadores sociais em Saúde Bucal, sobretudo os da região Nordeste, apresentados na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010, onde os índices de cárie, representados pelo CPO/CPO-D/CEO-D são menos favoráveis na região Nordeste quando comparados a outras regiões do país.^{7,8}

Como o verificado para os índices de cárie, há desigualdades entre as regiões do Brasil, estando o Nordeste entre uma das principais regiões que, em geral, apresentam mais indivíduos com dentes que necessitam de serviços reabilitadores e cirúrgicos em saúde bucal, tais como restaurações, tratamentos pulpares ou extrações dentárias. E ao se

analisar estimativas para a condição socioeconômica, avaliada pela renda familiar em reais e pela escolaridade, medida em anos de estudo, tais indicadores expressaram desigualdade regional quando se comparam os resultados da Região Nordeste às demais regiões⁹. Vale ressaltar que um nível maior de escolaridade faz com que a população busque pela informação e, com isso, saiba da importância de se buscar por cuidados de saúde, não separando disso os cuidados com a saúde bucal.¹⁰

Dessa forma, diante dos indicadores e dados de saúde, faz-se necessário realizar um maior e mais abrangente monitoramento dos serviços de saúde, numa movimentação que transcenda a dimensão técnica da Odontologia, para ampliar racionalmente o acesso a uma assistência em saúde bucal integral à população.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo realizar uma avaliação e monitoramento do desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas instalados no estado do Rio Grande do Norte (RN), a partir do cumprimento das metas de procedimentos ambulatoriais propostas pela Portaria GM Nº 1.464/2011.¹¹

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo exploratório, do tipo ecológico.

2.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no total de Centros de Especialidades Odontológicas do estado do Rio Grande do Norte, localizados nos municípios a seguir: Mossoró, Açu, Natal, Alexandria, Apodi, Canguaretama, Carnaúba dos Dantas, Ceará-Mirim, Currais Novos, Doutor Severiano, Frutuoso Gomes, Guamaré, João Câmara, José da Penha, Lucrécia, Macaíba, Macau, Martins, Parelhas, Parnamirim, Pau dos Ferros, Santo Antônio, São Gonçalo do Amarante, São José do Mipibu, Tenente Ananias, Touros, Almino Afonso, Goianinha e Nova Cruz.

2.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os Centros de Especialidades Odontológicas do Rio Grande do Norte foram selecionados a partir do acesso ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – CNES.¹² Para a seleção dos procedimentos especializados em saúde Bucal, foram utilizados dados secundários provenientes do banco de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), sendo eles a produção realizada

por cada CEO dentro das especialidades de Periodontia, Endodontia e Cirurgia oral menor.¹³ Além disso foram coletados dados referentes à cobertura das Equipes de Saúde Bucal (ESB) de cada município, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS); dados referentes à caracterização de cada CEO (tipo de CEO e categoria que foi habilitado, data de habilitação, presença de LRPD e de serviço de Radiologia, número de equipes e de Cirurgiões-dentistas) também encontrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e os dados sócio demográficos (população, população estimada, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Produto Interno Bruto (PIB) per capita e taxa de analfabetismo na população acima de 15 anos) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).¹²

Os dados de produção ambulatorial coletados são referentes ao ano de 2018.

Para a análise do desempenho da atenção de média complexidade, foi calculada a média aritmética simples de procedimentos realizados por ano em cada especialidade odontológica de cada município para estimar a média da produção mensal e a partir desse resultado, foi calculado o índice Cumprimento Global de Metas (CGM) baseado nas metas pré-estabelecidas pela Portaria GM Nº 1.464/2011.¹¹

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise do desempenho das metas dos procedimentos especializados em saúde bucal por cada CEO, foi calculado o índice CGM.

Índice CGM:

Quantidade total de procedimentos realizados durante n meses de cada subgrupo de especialidades odontológicas

_____ x 100

Número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo por n meses

A meta é considerada atingida quando o valor do CGM for igual ou maior que 100% e a avaliação de desempenho pelo CGM foi modificada ao ser retirado do estudo o subgrupo de procedimentos básicos por conter procedimentos em comum com a atenção básica, o que tem influência sobre as atividades da atenção secundária.

Sendo assim, foram estabelecidas três metas a serem cumpridas: procedimentos em endodontia, periodontia e cirurgia oral menor, de modo que os serviços tiveram seus desempenhos classificados em: ruim (quando não cumpriram nenhuma meta), regular (quando cumpriram apenas uma meta), bom (quando cumpriram duas metas) e ótimo (quando cumpriram as três metas).¹³

Após a descrição dos dados, foi realizado o teste de Mann-whitney, que verificou se houve diferenças de medianas dos dados provenientes das variáveis independentes entre os grupos relacionados ao desempenho de cada CEO, expressos pela classificação do CGM. Para todas as análises, foi considerado um nível de significância de 5%.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram pesquisados trinta Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e destes, apenas vinte e três apresentaram informações suficientes para compor a amostra do estudo. Os municípios que apresentam CEO demonstraram como características municipais comum, independentemente da localização geográfica, o funcionamento como município polo de saúde para as demais localidades e distritos circunvizinhos.

No que se refere ao posicionamento geográfico, o maior número de CEO encontra-se na VI região de saúde, sendo todos os municípios dessa região pertencentes à mesorregião Oeste Potiguar, que entre as mesorregiões, é a segunda mais populosa, sendo a primeira Leste Potiguar.

Em relação ao porte populacional, a grande maioria dos municípios são de médio porte, caracterizados por uma população compreendida entre dez a cinquenta mil habitantes, e, a menor parte dos municípios são de grande porte - quando a população estimada está acima de cem mil habitantes.

No tocante ao tipo de CEO, não houve nenhum CEO classificado como do tipo III, de maneira que, os 23 CEO estudados classificam-se como CEO tipo I ou tipo II. Destes, a quase totalidade foi classificada como CEO tipo II (Tabela 1).

Essa classificação em três tipos de CEO faz com que cada um deles receba um valor de incentivo para implantação e custeio, repassado pelo Ministério da Saúde. O CEO tipo I é composto por três cadeiras odontológicas e recebe um incentivo de implantação para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos de R\$ 60 mil e um incentivo de custeio mensal de R\$ 8.250 mil. Já o CEO tipo II, apresenta em sua unidade quatro a seis cadeiras odontológicas, recebe um incentivo de implantação para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos de R\$ 75 mil e um incentivo de custeio mensal de R\$ 11.000 mil (BRASIL, Ministério da Saúde, 2017).

No que se refere ao alcance das metas por especialidade, poucos CEO atingiram essa meta. Entre os que alcançaram, a maior parte foi equivalente à especialidade de periodontia. Isso se traduz em um desempenho que variou de ruim, regular a bom entre

os CEO durante o ano de 2018. Ruim quando não cumpriu nenhuma meta, regular quando cumpriu apenas uma meta e bom quando cumpriu duas metas por subgrupo de especialidade (Tabela 1).

Ao realizar-se a análise do CGM, a maior parte da amostra não atingiu nenhuma meta por subgrupo de especialidades, o que os leva a serem classificados como ruins. Ademais, a minoria apresentou CGM bom. E ainda, salienta-se que nenhum CEO pesquisado foi classificado como ótimo, que é quando se cumpre todas as metas estabelecidas (Tabela 1).

Tabela 1: Descrição das Variáveis Qualitativas.

Variáveis	n	%
Mesorregião		
Oeste Potiguar	9	39,1
Leste Potiguar	7	30,4
Central Potiguar	5	21,7
Agreste Potiguar	2	8,7
Região de Saúde		
I	5	21,7
II	2	8,7
III	3	13,0
IV	3	13,0
VI	6	26,1
VII	3	13,0
VIII	1	4,3
Porte populacional		
Pequeno	10	43,5
Médio	11	47,8
Grande	2	8,7
Tipo de CEO		
I	7	30,4
II	16	69,6
Alcance de Metas por Especialidade		
Cirurgia		
Sim	2	8,7
Não	19	91,3
Endodontia		
Sim	2	8,7
Não	19	91,3
Periodontia		
Sim	7	30,4
Não	16	69,6
CGM		
Ruim	15	65,2
Regular	5	21,7
Bom	3	13,0

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa utilizada para classificar o grau de desenvolvimento humano, que pode ser baixo, médio ou alto,

quando subdesenvolvido, em desenvolvimento ou desenvolvido, respectivamente. O IDH municipal estudado apresentou em sua quase totalidade valores classificados como médio, que são os que estão em desenvolvimento e apresentam IDH entre 0,500 e 0,799. (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2013).

No que se refere à escolarização, a mediana dos dados referentes aos municípios que apresentam CEO indica um ótimo nível de escolarização de cada município. Apesar disso, para Medeiros (2006), o nível de escolaridade dos pacientes não representa o nível de conhecimento sobre saúde bucal e tampouco sua conscientização e motivação para a promoção da saúde bucal.

Em relação à variável relação dentista/habitante, dos municípios estudados, todos estão de acordo com o número de habitantes por cirurgião dentista indicado pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que é de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território. Essa relação, para os números preconizados, apresenta-se satisfatória na totalidade dos municípios. No entanto, quando se trata do CGM, os resultados não são tão satisfatórios e não correspondem ao esperado fundamentado na relação dentista/habitante.

Entre os 23 Centros de Especialidades Odontológicas estudados, o tempo mínimo de implantação obtido foi de 3 meses e o máximo de 13 anos.

Do total dos CEO analisados, observou-se que em relação aos dados referentes aos números de procedimentos em endodontia, estes apresentaram menores medianas, enquanto que os procedimentos do subgrupo de periodontia foram os mais realizados na análise dos vinte e três CEO.

Em estudo feito por Andrade et al (2019) o cumprimento de metas em endodontia decresceu significativamente nas regiões Norte e Nordeste, mantendo-se estacionária nas demais. Observaram-se, ainda, importantes desigualdades entre as macrorregiões, com o pior desempenho dos CEOs nas regiões Norte e Nordeste.

Os números de procedimentos em cirurgia apresentaram menor mediana quando comparada aos demais subgrupos de especialidades.

Tabela 2: Descrição das Variáveis Quantitativas

Variáveis	M	(Q25-Q75)
Cirurgia Índice	41,9	(16,2 - 86,8)
Endodontia Índice	42,1	(21,61 - 42,1)
Periodontia Índice	65,0	(13,9 - 144,1)
Cirurgia Total	453	(175 - 902)
Endodontia Total	280	(124 - 551)
Periodontia Total	822	(100 - 1575)

Tempo CEO Meses	126	(22 – 147)
Tempo CEO Anos	8	(1,50 - 12)
IDH	0,638	(0,620 - 0,661)
IDEB	4,5	(4,1 - 5,0)
Escolarização	97,6	(97,2 - 98,1)
População Total	30452	13827 - 45228
Cobertura ESF	100	(100 - 100)
Dentista Habitante	1364	(813 - 1713)
PIB	13935	(9864,36 - 17329,36)

Não houve nenhuma associação significativa entre as variáveis qualitativas categóricas mesorregião, região de saúde, porte populacional, tipo de CEO e alcance de metas por especialidades. Para tanto, foi realizado o teste do qui-quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher.

Para a análise da distribuição das variáveis independentes, foi realizado o teste de Mann-whitney, que verificou se houveram diferenças de medianas dos dados provenientes das variáveis independentes entre os grupos relacionados ao desempenho de cada CEO, expressos pela classificação do CGM.

Considerando os achados por subgrupo de meta, foi observado que na variável índice de endodontia os CEO que apresentaram menor valor estavam no grupo daqueles classificados como CGM Ruim/Regular e Bom, quando comparado aos índices de cirurgia e de periodontia. Este deveria expressar valor acima de cem para ser considerado satisfatório, quando apenas a variável índice de periodontia apresentou valor aceitável.

Percebe-se que as maiores medianas estão entre os CEO que foram classificados como bom, em relação àqueles que foram classificados como ruim ou regular, com exceção da variável Produto Interno Bruto (PIB), que apresentou maior mediana na categoria ruim/regular, no entanto, não apresentou significância estatística.

Nesse sentido, a pobreza se reflete na falta de informações sobre os autocuidados necessários à promoção e manutenção da saúde bucal e também faz com que o acesso ao tratamento odontológico se torne mais difícil (PERES e MOYSÉS 2012; ZENIN, 2008 apud ALMEIDA, 2014).

Em estudo de Grangeiro et al (2021) sobre o perfil epidemiológico em saúde bucal em um município no Estado do Ceará, percebeu-se que é de conhecimento que grupos sociais distintos também possuem experiências de saúde diferentes, além de outras características que refletem a saúde destes grupos como fatores socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos.

No que concerne à escolarização, tanto os CEO com classificação ruim/regular quanto bom, a mediana se expressou de maneira bastante semelhante, o que nos faz levantar hipótese de que o nível de escolarização não exibe relação sobre um CGM ruim/regular, porém, essa associação não se apresentou estatisticamente significativa.

Em relação à variável tempo de CEO em anos, as maiores medianas, ou seja, os CEO mais antigos estão no grupo daqueles com CGM bom, e as menores medianas de tempo de implantação, os CEO mais recentes, estão no grupo dos com CGM regular/ruim. Em contra partida, quando analisada, não apresentou diferença estatisticamente significativa.

Os municípios apresentaram em sua quase totalidade uma alta cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF), no entanto, essa condição não indicou influência nos resultados do cumprimento global de metas, pois não foi estatisticamente significativo.

Assim como as variáveis tempo de CEO em anos, cobertura pela ESF, escolarização e PIB, o número de procedimentos de endodontia e periodontia, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), população e relação dentista/habitante não apresentaram resultados estatisticamente significativos.

Ressalta-se que para a variável número de procedimentos, o subgrupo de periodontia apresenta melhor resultado, o que demonstraria a obtenção de um bom desempenho, no entanto, a única variável de número de procedimentos que se revelou estatisticamente significativa foi a de cirurgia.

Esse elevado número de procedimentos no subgrupo de periodontia poderia ser explicado devido ao elevado número de Raspagem e Alisamento Corono Radicular (RACR).

Em um estudo, realizado por Souza (2009) a despeito das características do atendimento nos CEO, a maioria dos dentistas informaram que os usuários não realizaram previamente tratamento odontológico básico. Desta forma, estes dentistas destinam parte do tempo de trabalho para realizar atendimentos de baixa complexidade, que poderiam ser resolvidos na Atenção Básica. A exemplo da RACR.

Tabela 3: Distribuição das variáveis independentes segundo classificação do CGM.

Variáveis Independentes	CGM	n	M (Q25-Q75)	p
Cirurgia Índice	Ruim/Regular	20	42,0 (13,3-75,6)	0,05
	Bom	3	97,5(41,9-125,3)	
Endodontia Índice	Ruim/Regular	20	36,2(19,4-76,3)	0,03

Periodontia_índice	Bom	3	89,0(86-1.611,10)	0,02
	Ruim/Regular	20	57,5(10,5-84,2)	
Nº proced Cirurgia	Bom	3	159,3(139,3-317,8)	0,05
	Ruim/Regular	20	353,0 (147,0-767,5)	
Nº Proced Endodontia	Bom	3	1.234(843,5-1503,5)	0,18
	Ruim/Regular	20	235,5(122,0-359,5)	
Nº Proced Periodontia	Bom	3	641,0(625,0-11.650,5)	0,28
	Ruim/Regular	20	675,5(75,5-1.238,5)	
Tempo_CEO_anos	Bom	3	1.721(1.505-3.432,5)	0,30
	Ruim/Regular	20	6,5(1,2-12,0)	
IDH	Bom	3	12,0(9,0-12,0)	0,34
	Ruim/Regular	20	0,64(0,62-0,66)	
IDEB	Bom	3	0,64(0,63-0,70)	0,58
	Ruim/Regular	20	4,4(4,1-5,0)	
Escolarização	Bom	3	4,7(4,3-4,8)	0,58
	Ruim/Regular	20	97,6(97,0-98,0)	
População	Bom	3	97,9(97,5-98,0)	0,10
	Ruim/Regular	20	25.144(11.007-44.611)	
Cobertura_ESF	Bom	3	37.695(37.009-146.202)	0,27
	Ruim/Regular	20	100(100-100)	
NºCD/Hab	Bom	3	100(81,8-100)	0,12
	Ruim/Regular	20	1.207(809-1.694)	
PIB	Bom	3	1.651(1.644-1.923)	0,85
	Ruim/Regular	20	13.952,4(9.459,3-16.762,1)	
	Bom	3	12.973(12.614,5-16.346,6)	

Quando testada a relação entre o número de procedimentos odontológicos especializados e o tipo de CEO, este sendo a variável dependente, obteve-se significância estatística em relação ao número de procedimentos cirúrgicos, população, relação dentista/habitante e PIB. O que nos faz perceber que os CEO tipo II, apresentam melhores resultados quando comparado ao CEO tipo I, o que seria provável, já que por apresentar mais cadeiras odontológicas, resulta em mais profissionais trabalhando.

Tabela 4: Relação entre o número de procedimentos odontológicos especializados, população, relação dentista-habitante, PIB e os TIPOs de CEO.

Variável Dependente	Nº Procedimentos Cirúrgicos	População		Nº CD/HAB		PIB			
		n	M(Q25-Q75)	p	M(Q25-Q75)	p	M(Q25-Q75)	p	
I	7	119(44-346)	0,0	7.190(4.180-26.68)	0,0	1.133(694-1.281)	0,05	9.8643(7.489,3-13.764,4)	0,05
II	16	558(300-951)		35.295(22.944-51.705)		1.615(1.115-1.832)		15.416,4(13.071-18.584,8)	

3.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Foram retirados da pesquisa sete Centro de Especialidades Odontológicas devido não apresentarem dados suficientes no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). A ausência de dados no sistema inviabilizou a sua descrição

e análise do desempenho das metas dos procedimentos especializados em saúde bucal através do Cumprimento Global de Metas (CGM) dentro das especialidades de Periodontia, Endodontia e Cirurgia Oral Menor. Excepcionalmente, dois municípios que apresentam dois e três CEO, Mossoró e Natal respectivamente, não puderam fazer parte da análise devido os dados que constam no SIA-SUS não retratam a realidade, pois o número de procedimentos especializados em odontologia caracteriza-se pela soma de todos os procedimentos realizados no conjunto de CEO de cada município em questão, não apresentando-os separadamente. Esse contexto inviabiliza a análise e apresenta-se como uma limitação do índice do CGM e da própria base de dados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os resultados obtidos, existe uma importante deficiência no desempenho da maioria dos CEO do RN, visto que, os resultados denotam que a maior parte dos serviços que são prestados em cada subgrupo de especialidade não atendem às metas estabelecidas, apresentando resultados insatisfatórios. No entanto, provavelmente isso pode ser observado pela lacuna no funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, subnotificação de procedimentos realizados, diferenças socioeconômicas dos municípios ou falta de conhecimento sobre a saúde, que poderiam influenciar diretamente nas condições de saúde bucal da população, na percepção das necessidades em saúde, e, conseqüentemente, na busca pelo serviço que é prestado.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha de Saúde Bucal. [Internet]. Brasília; 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha_saude_bucal.pdf Acesso em: 09 de março de 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=ceo Acesso em: 09 de março de 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília; 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf Acesso em: 09 de março de 2019.

LUCENA, E. H. G.; et al. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. Rev. Tempus - Actas de Saúde Coletiva - Saúde Bucal, Brasília; p.53-63, 2011.

SOUZA, G. C.; et al. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. Rev. Salud Pública. 17 (3): 416-428, 2015.
CHAVES, S. C. L.; et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(1):143-154, jan, 2011.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciênc saúde coletiva. V. 11(3):669-681, 2006.

POCAS, K. C.; FREITAS L. R. S.; DUARTE E.C.; Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. Epidemiol Serv Saúde. 2017; 26(2):275-284.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010. [Internet]. Brasília; 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf Acesso em: 09 de março de 2019.

FERREIRA, O. F.; CLAÚDIA, L. F. A.; JOSÉ, B. A. F.; Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. Rev Saúde Pública 2013;47(Supl 3):90-7

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1464, 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 República Federativa do Brasil, Brasília, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas Sociais. Brasil, 2018. Disponível em: . Acesso em: 09 de março de 2019.

SANTANA, D.A.; SANTOS, L.P.S.; CARVALHO, F.S.; CARVALHO, C.A.P. Desempenho dos centros de especialidades odontológicas de uma região de saúde da Bahia. Cad. Saúde Coletiva. 2015 23(3):261-267.

MARTELLI, P.J.L. Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007. Tese (doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa das Nações Unidas – PNUD 2010. [Internet]. Brasília; 2013. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/gestao-do-sus/cooperacao-em-saude/parceiros/programa-das-nacoes-unidas-para-o-desenvolvimento-pnud>. Acesso em: 09 de março de 2019.

MEDEIROS, U. V.; ROCHA, D. S. Estudo epidemiológico da doença periodontal em pacientes adolescentes e adulto. UFES Rev. Odontol., Vitória, v.8, n.2, p.19-28, maio/ago. 2006.

ANDRADE, F.B.; PINTO, R.S.; ANTUNES, J.L.F. Tendências nos indicadores de desempenho e monitoramento de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. Cad. Saúde Pública 2020; 36(9):e00162019.

ALMEIDA, D.K. Correlação entre saúde bucal, condições socioeconômicas e grau de escolaridade de pacientes do PSF São Pedro na cidade de Três Corações – MG. ALFENAS / MINAS GERAIS 2014.

GRANGEIRO, M.A.F.; NEVES, S.F.S.N.; ALMEIDA, D.R.M.F.; SAMPAIO, J.R.F. Análise quantitativa do perfil epidemiológico em saúde bucal de uma comunidade quilombola de um município de pequeno porte do estado do Ceará, através da utilização do E-SUS atenção básica. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.6, p. 57911-57927 jun. 2021.

SOUZA, G. C.; et al. Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da grande Natal. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Odontologia. Natal, RN, 2009.

CORREIA, T.R.G.S; PESSOA, D.M.V. Avaliação do desempenho dos centros de especialidades odontológicas do Seridó Potiguar no período de 2012 a 2017. Revista Ciência Plural. 2019; 5(3):54-71.