

Cumprimento de metas dos Centros de Especialidades Odontológicas da Região Sul do Brasil

Achieving goals set in specialized dental centers of Southern Brazil

Flávio Renato Reis de Moura, Maximiano Ferreira Tovo e Roger Keller Celeste

Recebido 23 janeiro 2016/Enviado para Modificação 19 julho 2015/Aprovado 2 dezembro 2016

RESUMO

FR: Doutor. Odontologia e Sociedade da ULBRA. Universidade Luterana do Brasil. Canoas, Brasil. professor.flavio-renato@hotmail.com

MF: Doutor. Odontologia da ULBRA. Universidade de Luterana do Brasil. Canoas, Brasil. maxftovo@cpovo.net

RK: Doutor. Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. roger.keller@ufrgs.br

Objetivo O objetivo do estudo foi verificar o cumprimento das metas ambulatoriais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) localizados na Região Sul do Brasil e fatores associados aos processos de trabalho.

Método O estudo foi do tipo exploratório transversal. Para a coleta de dados foram consultadas as bases de dados do DATA/SUS, CNES, SIOPS, IBGE e foi enviado um questionário semiestruturado aos gestores dos CEOs. Para verificar a associação de fatores com o cumprimento das metas dos CEOs foi utilizado o Teste de Kruskal Wallis.

Resultados Foram analisados 936 meses de produção ambulatorial distribuídos em 78 CEOs, a taxa de respostas dos questionários foi de 68 % e verificou-se baixo cumprimento de metas e que as variáveis: estado do Paraná, os municípios com porte populacional de 0-50 mil/hab e o quarto quintil dos gastos totais em saúde e PIB per capita foram associados ao cumprimento de metas dos procedimentos de periodontia e o tipo de CEO apresentou associação com metas cumpridas de procedimentos básicos.

Discussão As análises das variáveis que podem estar associadas à produção ambulatorial dos CEOs são fundamentais para verificar questões de acesso da população e aplicabilidade dos recursos públicos na área da saúde.

Conclusões O estudo sinaliza para o baixo cumprimento de metas dos CEOs, entretanto aponta que podem haver fatores importantes associados a maior número de meses de metas cumpridas.

Palavras-Chave: Saúde bucal, avaliação de serviços de saúde, serviços de saúde bucal, especialidades odontológicas, odontologia em saúde pública, política de saúde (fonte: DeCS, BIREME).

ABSTRACT

Objective To evaluate the association of work factors with goals set in specialized dental centers (SDCs) of Southern Brazil.

Methodology Cross-sectional exploratory study, in which the databases DATASUS, IBGE, SIOPS were used and complemented with an online questionnaire (FORMSUS). The questionnaire was answered by SDC managers. The Kruskal Wallis test was utilized to determine association of factors.

Results Nine hundred and thirty six months, corresponding to 78 SDCs, were analyzed; the response rate of the questionnaires was 68%. It was found that the variables Paraná State, municipalities with population size of 0-50 thousand/inhabitants, and the fourth quartile of total health expenditure and Gross National Product per capita were factors associated with goals achievement of periodontal procedures. The type of SDCs showed association with goals achievement of basics procedures.

Discussion Analyzes of the variables that may be associated with outpatient treatment in of SDCs are fundamental to verify issues regarding population access and applicability of public resources in the health area.

Conclusion The study indicates low achievement goals by outpatient care delivery by specialized dental centers, which may indicate important factors associated with higher number months for achieving goals.

Key Words: Oral health, health services research, dental health services, specialties dental, public health dentistry, health policy (source: MeSH. NLM).

RESUMEN

El cumplimiento de las metas de tratamientos en las clínicas dentales especializadas en la Región Sur de Brasil

Objetivo El objetivo del estudio fue verificar: el cumplimiento de las metas de tratamientos en las clínicas dentales especializadas (CDEs) en la Región Sur de Brasil y, los factores asociados a los procesos de trabajo.

Método El estudio fue exploratorio transversal. Para la recolección de datos fueron consultadas las bases de datos provenientes de DATA/SUS, CNES, SIOSP, IBGE y fue enviado un cuestionario semiestructurado para los gestores de las CDEs. Para comprobar la asociación de los factores con el cumplimiento de las metas de las CDEs se realizó el test de Kruskal Wallis.

Resultados Fueron analizados 936 meses de tratamiento ambulatorio distribuidos en las 78 CDEs y la tasa de respuestas de los cuestionarios fue de 68%. Las variables: estado de Paraná, municipios con número de ciudadanos de 0-50 mil/hab, el cuarto quintil de los gastos totales en salud y PIB per cápita fueron asociados con el cumplimiento de las metas de los procedimientos de periodoncia y, el tipo II de CDE presentó asociación con el cumplimiento de las metas de los procedimientos básicos.

Discusión El análisis de las variables que pueden estar asociadas al tratamiento ambulatorio en las CDEs es fundamental para comprobar tanto los problemas de acceso de los habitantes como la aplicabilidad de los recursos públicos en el área de la salud.

Conclusiones El estudio indica un bajo cumplimiento de las metas de tratamiento de las CDEs, entretanto apunta que pueden haber factores importantes asociados al mayor número de meses en las metas cumplidas.

Palabras Clave: Salud bucal, evaluación de servicios de salud, servicios de salud dental, especialidades odontológicas, odontología en salud pública, política de salud (fuente: DeCS, BIREME).

A Política Nacional de Saúde Bucal completou dez anos de implementação e vem norteando ações dentro do Sistema Único de Saúde. Essa política tem enfatizado o financiamento para o fortalecimento das equipes de saúde bucal na atenção primária e para a atenção secundária. A concepção dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) deu melhores condições para o desenvolvimento do sistema de referência e contrarreferência na área da odontologia (1,2) que tencionou o princípio da integralidade da atenção (3).

Durante o planejamento de implantação dos CEOs os gestores municipais, estaduais e da federação pactuam compromissos de financiamento e de execução da política de saúde com vistas ao cumprimento das normatizações presentes nas Portarias expedidas pelo Ministério da Saúde (4,5). As Portarias que cadenciam as diretrizes para os CEOs estão em constantes atualizações corrigindo os valores para o financiamento e estabelecendo as metas de produção ambulatorial. Por exemplo, um CEO tipo I deve realizar 35 procedimentos de endodontia, 60 procedimentos periodontais e 80 procedimentos de atenção básica e de cirurgia oral menor (6,7).

Os CEOs já foram avaliados quanto ao desempenho no cumprimento de metas em âmbito estadual e nacional. Em uma avaliação no estado de Pernambuco (8) nenhum CEO cumpriu, na íntegra, as metas estabelecidas pelo

Ministério. Em estudos de amplitude nacional a variação do desempenho de cumprimento de metas classificado como regular/ruim variou de 24 % (9) a 70 % (10). No entanto, com a presença dos CEOs verificou-se que houve aumento de procedimentos odontológicos na atenção secundária, principalmente na área da endodontia (11).

Muitos estudos (9,11,12) realizados sobre os CEOs investigaram fatores que pudessem estar associados ao cumprimento das metas com o intuito de apontar indicadores que podem potencializar o acesso e a integralidade da atenção do serviço de odontologia. Entretanto, não se conhece trabalho explorando fatores relacionados à organização dos processos de trabalho, incluindo características dos trabalhadores e dos serviços. Assim, o presente estudo teve como objetivo verificar o cumprimento das metas ambulatoriais dos Centros de Especialidades Odontológicas localizados na região sul do Brasil e fatores associados aos processos de trabalho.

MÉTODOS

O presente estudo foi do tipo exploratório e transversal. Como critério de inclusão foi estabelecido que os CEOs possuísem pelo menos um ano de implantação após a data de habilitação. Conforme consulta realizada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde–CNES/

DATASUS, em março de 2010, verificou-se que existiam 103 CEOs na Região Sul do Brasil. Após a consulta ao CNES foram selecionados para o estudo 78 (75,7 %) dos CEO (s). A coleta de dados do trabalho ocorreu no período de março de 2010 a agosto de 2011. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ULBRA-CANOAS (Protocolo: CEP-ULBRA 2010-512H).

A coleta de dados do estudo foi dividida em 3 fases. Primeiramente foi enviado um ofício para as Secretarias Estaduais da Saúde (SESS) dos respectivos estados da Região Sul para divulgar a realização do trabalho. Nesta oportunidade, as SESS foram informadas sobre o objetivo do estudo, bem como foi solicitado autorização para a realização do trabalho na área de abrangência de cada estado. Também foi solicitado que as Secretarias Estaduais da Saúde comunicassem oficialmente o objetivo da pesquisa às Secretarias Municipais da Saúde dos municípios sedes dos CEOs. No mesmo ofício constava a solicitação dos endereços eletrônicos das coordenações dos CEOs e/ou dos responsáveis pelas Secretarias Municipais da Saúde (SMS).

Na segunda fase do estudo foram coletados dados sobre a produção individual mensal de cada CEO consultando o DATASUS. Os códigos dos procedimentos foram agrupados nos quatro conjuntos de procedimentos estabelecidos pelo Ministério de Saúde para cumprimento de metas: a) atenção básica, b) periodontia, c) endodontia e d) cirurgia. Ainda no DATASUS, constituindo as variáveis independentes do estudo, foram obtidos o tipo de CEOs (Tipo I, II e III), sua data de habilitação e localização (municípios/estados hospedeiros de CEOs). Já os dados sobre os municípios foram obtidos de diferentes bases de dados. Investimentos em saúde pública foram obtidos do Sistema de Informação em Orçamento Público em Saúde para o ano de 2010 (SIOPS), os últimos dados disponível do Produto Interno Bruto (PIB) municipal *per capita* (ano 2008) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foram obtidos diretamente da área de downloads do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Numa terceira fase, foi enviado um questionário para os coordenadores dos CEOs com 14 perguntas fechadas modificadas de estudos prévios(3, 8, 13). Para operacionalizar o acesso dos respondentes ao questionário foi utilizado o sistema de criação de Formulários Eletrônicos do SUS (FormSUS 3.0) que permitiu trabalhar com questionários através da Internet. Ao final da elaboração do questionário o sistema estabelece um endereço eletrônico (link) que permitiu acesso via Internet. O link e o conteúdo do questionário foram pré-testados com um gestor estadual, um municipal e uma professora de

saúde bucal coletiva garantindo a objetividade e clareza das perguntas. O intervalo entre os pré-testes foi de uma semana. Após as adequações do questionário o link foi enviado ao público alvo do estudo por correio eletrônico, solicitando que as coordenações dos CEOs respondessem o questionário. Nos casos de não resposta foram realizadas ligações telefônicas (máximo de três vezes com intervalo semanal), com a intenção de viabilizar a participação dos respondentes. Na ausência das coordenações dos CEOs, a coordenação de saúde bucal do município foi contatada. Persistindo a ausência das autoridades citadas anteriormente o Secretário Municipal da Saúde foi eleito como respondente. Qualquer outra pessoa não poderia responder o questionário mesmo que tivesse envolvimento administrativo com a unidade de saúde estudada.

O questionário foi dividido em três grandes dimensões avaliativas (13). Na dimensão organização geral do trabalho foi perguntados aos gestores dos centros: tipo de gestão municipal; forma de contratação dos cirurgiões-dentistas; média de carga horária, em horas trabalhadas, dos cirurgiões-dentistas do CEO; média de faixa salarial dos cirurgiões-dentistas do CEO em reais; existência de uma programação de avaliação do CEO.

Na dimensão acesso da população ao CEO foi constituída como segue: o município apresentava estratégias de territorialização, adscrição e mapeamento da área; quantas unidades básicas de saúde (UBS) referenciavam pacientes para o CEO; qual era a origem dos usuários do CEO.

Na dimensão organização do trabalho da equipe do CEO foi abordado: se os profissionais dos CEO foram capacitados para executarem o trabalho no centro; os cirurgiões-dentistas da atenção básica foram capacitados para fazerem os devidos encaminhamentos para o CEO; como era a estrutura física, instrumental e equipamentos do CEO; falta de estrutura física, instrumental clínico insuficiente, dificuldade de esterilização do instrumental, equipamentos modernos com central de marcação de consultas; com instrumental suficiente e equipamentos modernos, espaços humanizados, central de marcação de consultas. Os respondentes ainda foram questionados sobre: a existência de um protocolo estabelecido pelo CEO após a realização do tratamento requisitado pela Unidade Básica de Saúde; como o município organiza a oferta dos exames complementares como: laudos de biópsias, exames hematológicos e radiografias extra-buciais.

Para o cálculo da média de meses que os CEOs atingiram as metas em um ano foi multiplicado o número de CEOs para o estudo por 12. Também foi estabelecida a

média de meses que os CEOs atingiram as metas para cada subgrupo de procedimento (periodontia, endodontia, cirurgia e procedimentos básicos) constituindo-se nas variáveis dependentes do estudo.

Para realizar a análise estatística as variáveis: gastos totais em saúde, PIB per capita, carga horária, salário dos cirurgiões-dentistas e o número de unidades que utilizam o CEO como referência foram categorizadas em quintis e o IDH pela mediana. O tempo de instalação e número de CEOs por município foram categorizados considerando a escala ordinal de tempo e de número. Os coordenadores de CEOs que não responderam o questionário e as respostas do tipo “não sei” constituíram a categoria sem informação para as variáveis independentes durante a análise.

Foram realizadas as análises bivariadas, com o teste não paramétrico de Kruskal Wallis, para verificar as associações entre as variáveis independentes (1) características gerais dos municípios hospedeiros de CEOs; (2) organização geral do trabalho de CEOs; (3) acesso da população e (4) organização da equipe de trabalho do CEOs com a variável dependente: média de meses em que os CEOs cumpriram com meta dentro de cada subgrupo de procedimento. O programa STATA 11.2 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos) foi utilizado para as análises.

RESULTADOS

Após a consulta aos coordenadores ou responsáveis municipais pelos 78 CEOs, obteve-se resposta de 53, resultando numa taxa de resposta de 68 %. Ainda verificou-se que dos 936 meses de produção ambulatorial avaliados 10,1 % (n=95) dos CEOs atingiram as metas para os procedimentos endodônticos, 24,9 % (n=233) para os periodontais, 27,9 % (n=261) para os cirúrgicos e 60 % (n=562) para os procedimentos básicos, sendo que a média anual foi respectivamente: 1,2 ($\pm 2,7$); 2,9 (± 4); 3,3 ($\pm 3,8$) e 7,2 ($\pm 4,7$).

Considerando as características gerais dos municípios evidenciadas na Tabela 1, observou-se que as variáveis estado do PR [3,81], CEOs localizados nos municípios do quarto quintil das variáveis gastos totais em saúde [5,06] e PIB per capita [5,62], ainda para CEOs em municípios de porte populacional de até 50 mil/hab [5,88] apresentaram associação ($p < 0,05$) com o cumprimento de metas dos procedimentos periodontais. Para os demais procedimentos não ocorreram associações.

Na dimensão organização do trabalho (Tabela 2) tendo como exemplo a forma de contratação através de concurso público [2,12] não demonstrou associação ($p > 0,05$) com o cumprimento de metas para os procedimentos periodontais.

Tabela 1. Associação entre as variáveis de características gerais dos municípios hospedeiros de CEOs com a média de cumprimento de metas pelos CEOs em 2009

Variável	N de CEOs	Média Perio ¹	Valor p ²	N de CEOs	Média Endo ¹	Valor p ²	N de CEOs	Média Cirurgia ¹	Valor p ²	N de CEOs	Média Básico ¹	Valor p ²
Estado												
PR	33	3,81	0,05	33	1,27	0,60	33	4,21	0,37	33	7,33	0,75
RS	18	1,05		18	0,72		18	2,38		18	7,11	
SC	27	3,25		27	1,48		27	2,92		27	7,11	
Gastos totais com a saúde												
1 (menor)	0	0,00		0	0,00					16	5,50	0,24
2	0	0,00		26	0,46	0,59	28	2,53	0,21	16	6,50	
3	44	2,25	0,01	16	1,12		15	4,33		13	7,61	
4	15	5,06		18	2,38		17	3,82		16	8,37	
5 (maior)	19	3,05		18	1,22		18	3,33		17	8,05	
Quintis PIB per Capita												
1 (menor)	0	0,00		0	0,00		0	0,00		16	5,50	0,29
2	0	0,00		27	0,51	0,90	27	3,14	0,45	15	7,06	
3	44	1,72	0,00	17	2,17		17	4,29		13	9,07	
4	16	5,62		17	0,64		16	3,43		17	6,76	
5 (maior)	18	3,73		17	1,94		18	2,66		17	7,94	
Porte Municipal/ 50mil/hab												
0-50	9	5,88	0,02	11	1,09	0,90	13	4,00	0,60	16	7,12	0,56
>50	69	2,06		67	1,21		65	3,21		62	7,22	
IDH ano 2000												
<=0,80	21	5,66	0,10	25	0,96	0,65	31	4,80	0,11	36	7,25	0,89
>=0,81	29	3,68		31	1,93		36	3,11		42	7,16	

1- Média do número de meses que o CEOs atingiram as metas dos procedimentos: Perio=Periodontal; Endo= Endodônticos; Cirurgia= Cirurgia Oral Menor; Básico=Básicos;

2-valor de p – Teste de Kruskal Wallis.

Tabela 2. Associação entre as variáveis da dimensão organização do trabalho dos CEOs com a média de cumprimento de metas pelos CEOs em 2009

Variável	N de CEOs	Média Perio ¹	Valor p ²	N de CEOs	Média Endo ¹	Valor p ²	N de CEOs	Média Cirurgia ¹	Valor p ²	N de CEOs	Média Básico ¹	Valor p ²
Tipo de gestão Municipal												
Atenção Básica	15	2,86	0,82	15	1,13	0,53	15	2,66	0,64	15	9,13	0,25
Plena do sistema municipal	35	2,94		35	1,22		35	3,54		35	7,02	
SI	28	3,10		28	1,25		28	3,46		28	6,39	
Forma de contratação												
Temporário	5	4,60	0,21	5	2,40	0,97	5	4,80	0,68	5	10,00	0,73
CLT	8	1,50		8	1,12		8	3,37		8	7,62	
Concurso Público	24	2,12		24	0,79		24	2,66		24	6,83	
Outro	16	4,56		16	1,37		16	4,12		16	7,93	
SI	25	2,96		25	1,32		25	3,20		25	6,40	
Carga horária em horas trabalhadas dos CD do CEO												
<20h	7	5,71	0,17	7	2,28	0,44	7	3,00	0,75	7	4,28	0,37
20h	28	2,92		28	1,28		28	3,75		28	8,71	
30-39h	5	4,60		5	0,40		5	4,80		5	6,40	
40h+	12	1,00		12	0,66		12	2,50		12	7,27	
SI	26	2,92		26	1,26		26	3,10		26	6,50	
Salários em R\$												
0-2 mil	14	3,50	0,28	14	2,21	0,83	14	5,21	0,41	14	7,64	0,99
2-3 mil	19	2,68		19	0,36		19	3,10		19	6,78	
3-4 mil	6	0,16		6	0,66		6	2,83		6	7,16	
>4 mil	7	3,14		7	0,71		7	1,57		7	7,57	
SI	32	3,43		32	1,50		32	3,15		32	7,18	
Existe programação de avaliação do CEO												
Não realiza	9	3,00	0,71	9	1,22	0,42	9	3,77	0,98	9	6,55	0,88
Somente pelo gestor ou somente coordenação do CEO	9	3,00		9	1,00		9	3,11		9	8,88	
Pelo gestor/ coordenação do CEO	18	3,94		18	1,88		18	3,66		18	7,11	
Pela coordenação/ CDs do CEO	17	2,00		17	0,47		17	3,11		17	7,94	
SI	25	2,96		25	1,32		25	3,20		25	6,40	

1- Média do número de meses que o CEOs atingiram as metas dos procedimentos: Perio=Periodontal; Endo= Endodônticos; Cirurgia= Cirurgia Oral Menor; Básico=Básicos; 2-valor de p – Teste de Kruskal Wallis. CLT=Consolidação das Leis Trabalhistas; Salário em R\$=Salário em reais (Salário Mínimo=R\$622,00); SI=Sem Informação

Tabela 3. Associação entre as variáveis da dimensão de acesso da população aos CEOs com a média de cumprimento de metas pelos CEOs em 2009

Variável	N de CEOs	Média Perio ¹	Valor p ²	N de CEOs	Média Endo ¹	Valor p ²	N de CEOs	Média Cirurgia ¹	Valor p ²	N de CEOs	Média Básico ¹	Valor p ²
Tipo de CEO												
Tipo I	31	2,29	0,42	31	0,87	0,91	31	3,06	0,95	31	6,51	0,01
Tipo II	40	3,42		40	1,35		40	3,50		40	7,00	
Tipo III	7	3,57		7	2,00		7	3,71		7	11,42	
Nº de CEOs no município												
Um	50	2,72	0,41	50	1,04	0,86	50	2,72	0,19	50	6,74	0,48
Dois	15	3,00		15	1,60		15	5,06		16	8,25	
Três	9	4,44		9	1,88		9	4,33		8	6,87	
Quatro	4	3,00		4	0,50		4	2,50		4	9,50	
Tempo de instalação												
1<2 anos	9	2,66	0,69	9	1,44	0,68	9	2,00	0,51	9	8,55	0,44
2-4 anos	35	2,62		35	0,88		35	3,42		35	7,42	
>4 anos	34	3,44		34	1,50		34	3,61		34	6,61	
O CEO Apresenta Estratégias de Territorialização (AET)												
Não apresenta	22	3,22	0,97	22	0,81	0,05	22	3,81	0,58	22	6,86	0,69
AET sem mapeamento da área	14	2,78		14	1,21		14	2,64		14	8,28	
AET, adscrição e mapeamento da área	11	2,81		11	2,36		11	2,90		11	8,00	
SI	31	2,96		31	1,09		31	3,48		31	6,67	
Nº de unidades básicas de saúde que referenciam para o CEO												
Até 10	41	3,31	0,44	41	1,07	0,07	41	3,31	0,51	41	6,51	0,77
11-20	17	2,11		17	2,11		17	4,23		17	8,05	
21-30	10	2,60		10	0,10		10	3,00		10	7,80	
31-40	4	4,25		4	0,75		4	1,75		4	10,25	
Mais de 40	6	3,00		6	1,83		6	2,66		6	6,50	
Origem dos usuários do CEO – encaminhado pela (o)												
ESB	24	3,16	0,98	24	1,37	0,65	24	3,54	0,95	24	7,70	0,94
Posto de saúde	8	2,75		8	0,62		8	2,87		8	8,25	
Outros	21	2,90		21	1,14		21	3,47		21	7,19	
SI	25	2,96		25	1,32		25	3,20		25	6,40	

1- Média do número de meses que o CEOs atingiram as metas dos procedimentos: Perio=Periodontal; Endo= Endodônticos; Cirurgia= Cirurgia Oral Menor; Básico=Básicos; 2-valor de p – Teste de Kruskal Wallis. + SI= Sem Informação; Outros (hospital, pronto socorro ou cirurgião-dentista particular).

Tabela 4. Associação entre as variáveis da dimensão de organização do trabalho da equipe do CEO com a média de cumprimento de metas pelos CEOs em 2009

Variável	N de CEOs	Média Perio ¹	Valor p ²	N de CEOs	Média Endo ¹	Valor p ²	N de CEOs	Média Cirurgia ¹	Valor p ²	N de CEOs	Média Básico ¹	Valor p ²
Houve capacitação para os profissionais do CEO executarem o trabalho no CEO												
Não foram capacitados	8	3,12	0,57	8	0,75	0,68	8	2,25	0,90	8	7,75	0,85
Foram capacitados conforme o manual das especialidades	25	2,20		25	1,12		25	3,64		25	7,44	
Foram capacitados utilizando protocolo da SMS	18	3,72		18	1,50		18	3,38		18	8,00	
SI	27	3,18		27	1,25		27	3,37		27	6,29	
Houve capacitação para os dentistas, da APS, fazerem encaminhamentos para o CEO												
Não foram	4	2,75	0,26	4	0,75	0,19	4	1,75	0,25	4	5,50	0,63
Foram capacitados conforme manual das especialidades	27	1,77		27	0,40		27	2,88		27	7,88	
Foram capacitados utilizando protocolo da SMS	20	4,30		20	1,80		20	4,15		20	7,90	
SI	27	3,25		27	1,66		27	3,44		27	6,25	
Estrutura física, instrumental e equipamentos do CEO												
Ruim	0	0,00	0,98	0	0,00	0,24	0	0,00	0,48	0	0,00	0,66
Regular	8	3,62		8	0,25		8	2,25		8	5,87	
Boa estrutura	45	2,88		45	1,33		45	3,62		45	7,88	
SI	25	2,96		25	1,32		25	3,20		25	6,40	
Protocolo estabelecido pelo CEO após a realização do tratamento requisitado												
Não há controle	2	2,00	0,98	2	0,50	0,81	2	2,00	0,85	2	9,00	0,80
Reencaminha às UBS(s)	51	3,03		51	1,19		51	3,47		51	7,52	
SI	25	2,96		25	1,32		25	3,20		25	6,40	
Exames complementares: laudos, biópsias e hematológicos												
Limitações	14	2,64	0,59	14	0,57	0,42	14	2,64	0,85	14	7,21	0,79
Serviço próprio	3	4,66		3	4,00		3	5,66		3	5,33	
Disponibilidade no SUS	16	4,06		16	0,87		16	4,00		16	8,50	
A rede SUS do município possui convênios	20	2,15		20	1,40		20	3,15		20	7,45	
SI	25	2,96		25	1,32		25	3,20		25	6,40	

1- Média do número de meses que o CEOs atingiram as metas dos procedimentos: Perio=Periodontal; Endo= Endodônticos; Cirurgia= Cirurgia Oral Menor; Básico=Básicos; 2-valor de p – Teste de Kruskal Wallis; SI=Sem Informação; SMS=Secretaria Municipal da Saúde; APS=Atenção Primária em Saúde.

Na Tabela 3 verifica-se que a variável Tipo de CEO foi associada com as metas atingidas de procedimentos básicos estabelecendo gradiente de concentração crescente entre os tipos de CEO (Tipo I =6,51; Tipo II=7 e Tipo III=11,42) com significância estatística ($p<0,05$). Os resultados para a dimensão organização do trabalho, descritos na Tabela 4, não foram encontradas associações significativas, por exemplo: estrutura física, instrumental e equipamentos do CEOs ($p>0,05$).

DISCUSSÃO

O presente estudo apontou para um baixo cumprimento de metas ambulatoriais dos CEOs da Região Sul do Brasil, principalmente de procedimentos endodônticos onde a média anual foi de 1,2 mês. O estudo ainda verificou que fatores importantes como: maiores gastos totais com a saúde, PIB per capita (quarto quintil) e municípios com porte populacional até 50 mil/hab contribuíram com maior média de meses de metas cumpridas para os procedimentos de periodontia. Também, indicou que capacitada instalada (Tipo de CEO I, II e III) foi capaz de contribuir o cumprimento das metas de procedimentos básicos. Logo, são fatores que podem contribuir para o aumento das taxas de procedimentos especializados nos

Brasil (11). Além disso, exigindo forte organização no sistema de regulação entre APS e a Atenção Secundária permitindo maior acesso dos usuários aos serviços disponibilizados nos CEOs (14).

Os Centros de Especialidades Odontológicas tem na sua essência o cumprimento do princípio da integralidade da saúde conquistado na década de 70 com a Reforma Sanitária. Portanto, é fundamental o monitoramento da produção ambulatorial para reduzir a iniquidades de acesso aos serviços de saúde bucal de médica complexidade (12). Considerando a importância de monitorar a Política Nacional de Saúde Bucal com a participação dos atores sociais verificou-se que em nosso estudo houve 58 participações das coordenações dos CEOs que responderam o questionário do FORMSUS atingindo, em torno de, 68 % de respostas. Acredita-se que o processo metodológico envolvendo SES, SMS e a realização dos contatos através do telefone possam ter contribuído para um bom percentual de respostas (15).

Durante a análise, com a inserção da categoria sem informação possibilitou a comparação de discrepâncias entre respondentes e não respondentes o que possivelmente não interferiu nos resultados. Nosso estudo trabalhou com as bases de dados oficiais (CNES, DATASUS, SIOPS e IBGE) utilizadas por pesquisadores (9,16) e gestores (17) para

o planejamento de ações programáticas na área da saúde bucal e demais áreas do conhecimento. Foram analisadas variáveis compondo as características gerais do município, como exemplo os Gastos com Saúde, e as dimensões de organização geral do trabalho, acesso da população e organização do trabalho da equipe do CEO possibilitando a identificação de potencialidades e de limitações da atenção secundária em saúde bucal na Região Sul do Brasil.

Como limitações o estudo apresenta análise de dados secundários factíveis de subnotificações (18). Do ponto de vista metodológico não foram analisados os quantitativos de CEOs que não estavam recebendo o financiamento de custeio mensal em função do não cumprimento de metas. Também não foi incluída a participação dos cirurgiões-dentistas dos CEOs, não possibilitando a análise dos argumentos dos profissionais da ponta do serviço que podem influenciar no cumprimento das metas de produção.

O presente estudo utilizou o número de meses que os CEOs cumpriram as metas como variável dependente, ou seja, foi verificado mês a mês se cada tipo de CEO atingiu a meta dentro das quatro especialidades/subgrupos de procedimentos. O cumprimento das metas deve ser de forma mensal para garantir a continuidade do direito do CEO receber o financiamento de custeio (5). O maior percentual de meses de metas atingidas foi para os procedimentos básicos (60 %) e houve associação com Tipo de CEO. Logo, verifica-se que a Atenção Primária em Saúde (APS) pode não estar dando conta da sua missão, sendo que estes procedimentos são típicos da APS (16). Resultados similares foram encontrados para os CEOs do estado de Pernambuco (8) e do Brasil (9). No presente trabalho o menor percentual de meses com metas atingidas foi para os procedimentos endodônticos (10,1 %). A falta de controle dos procedimentos/encaminhamentos realizados pelos níveis de atenção primário e secundário pode estar contribuindo para esta situação, como encontrado em um do processo de referência e contrarreferência da área da Odontologia de uma Coordenadoria Regional da Saúde do Rio Grande do Sul (19).

Nosso estudo materializa o baixo percentual de cumprimento de metas apresentado pelos CEOs da Região Sul do Brasil suscitando aos gestores do três entes da federação (municipais, estaduais e federais) revisar as ações de planejamento explorando o desafio da gestão no que diz respeito à interface/regulação entre os dois níveis de atenção (14,20). O tema de estudo cumprimento de metas dos CEOs, ainda apresenta como lacuna investigar “como” e “quanto” os municípios hospedeiros de CEOs estão utilizando de seus orçamentos para saúde bucal e se esses investimentos estão sendo proporcionais ao cumprimento de metas normatizados pela Portaria 1.464 de 24 de junho de 2011 *

Agradecimentos: Aos Coordenadores Estaduais de Saúde Bucal que disponibilizaram os endereços eletrônicos dos Coordenadores dos Centros de Especialidades Odontológicas (CCEOs) e àqueles CCEOs que aceitaram participar do estudo respondendo o questionário do FormSus.

REFERÊNCIAS

1. Pucca Junior GA, Lucena EH, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res.* 2010;24 Suppl 1:26-32.
2. Pucca GA, Jr., Costa JF, Chagas LD, Sivestre RM. Oral health policies in Brazil. *Braz Oral Res.* 2009;23 Suppl 1:9-16.
3. Chaves SC, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo AC, Moura BL, Cangussu MC. Brazilian Oral Health Policy: factors associated with comprehensiveness in health care. *Rev Saude Publica.* 2010;44(6):1005-13.
4. Brasil. Portaria nº 1.570 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*; 2004.
5. Brasil. Portaria nº 2.898 de 2010. Atualiza o anexo da Portaria nº 600/GM de 23 de março de 2006. O monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada no CEO(s), verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS – SIA/SUS. *Diário Oficial da União*; 2010.
6. Brasil. Portaria nº 1.464 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*; 2011.
7. Brasil. Portaria nº 1.341 de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2012.
8. Figueiredo N and Goes PS. Development of secondary dental care: a study on specialized dental clinics in Pernambuco State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(2):259-67.
9. Goes PS, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FM, Costa JF, Pucca Junior GA, et al. Evaluation of secondary care in oral health: a study of specialty clinics in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2012;28 Suppl:s81-9.
10. Cortellazzi KL, Balbino EC, Guerra LM, Vazquez Fde L, Bulgareli JV, Ambrosano GM, et al. Variables associated with the performance of Centers for Dental Specialties in Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(4):978-88.
11. Celeste RK, Moura FRR and Tovo MF. Analysis of outpatient production in municipalities with and without specialized dental clinics in Brazil, 2010. *Cad Saude Publica.* 2014;30(3).
12. Machado FC, Silva JV and Ferreira MA. Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. *Cien Saude Colet.* 2015;20 (4):1149-63.
13. Souza TM and Roncalli AG. Oral health in the Brazilian Family Health Program: a health care model evaluation. *Cad Saude Publica.* 2007;23(11):2727-39.
14. Souza GC, Lopes MLDS, Roncalli AG, Medeiros-Júnior A and Clara-Costa IC. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev. salud pública (Bogotá).* 2015;17(3):416-28.
15. Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ, Diguiseppi C, Wentz R, Kwan I, et al. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):MR000008.

16. Celeste RK, Vital JF, Junger WL and Reichenheim ME. Time series analysis of dental care procedures in Brazilian public services, 1994-2007. *Cien Saude Colet.* 2011; 16(11):4523-32.
17. Silva KS, Bezerra AF, Sousa IM and Goncalves RF. Knowledge and use of the Information System on Public Health Budgets (SIOPS) by municipal health administrators, Pernambuco State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2010;26(2):373-82.
18. Pinheiro RS and Torres TZG. Access to oral health services between Brazilian States. *Cien Saude Colet.* 2006;11(4):999-1010.
19. Moura FR, Bissacotti PRC, Bastos FA, Santos RB, Demarco FF and Tovo MF. Processo de trabalho do sistema de referência e contra-referência da área da odontologia. *Revista da ABENO.* 2010;10 (1):29-35.
20. Morris AJ, Burke FJ. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J.* 2001;191(12):666-70.