



## ARTIGO

**AVALIAÇÃO DA PRODUTIVIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO EXTREMO SUL DA BAHIA, 2016***PRODUCTIVITY EVALUATION OF THE ODONTOLOGICALSPECIALIZED DENTALCENTERS FROM THE EXTREME SOUTH OF BAHIA, 2016*

ÂNTONI DE PÁDUA CORDEIRO SOUTO<sup>1</sup>, BARTOLOMEU CONCEIÇÃO BASTOS NETO<sup>1</sup>,  
RODOLFO MACEDO CRUZ PIMENTA<sup>2</sup>, LÍLIA PAULA DE SOUZA SANTOS<sup>3</sup>

1 - Cirurgião-dentista pela Faculdade Maria Milza (FAMAM), Cruz das Almas, Bahia, Brasil

2 - Professor da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

3 - Professora da Faculdade Maria Milza, Cruz das Almas, Bahia, Brasil

**RESUMO**

Objetivo: Avaliar o cumprimento de metas dos procedimentos realizados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) da região Extremo Sul da Bahia. Método: Estudo descritivo ecológico utilizando dados secundários oriundos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde do ano 2016. Para avaliação do desempenho utilizou-se o Indicador do Cumprimento Global de Metas. Foram levantados também variáveis de caracterização estrutural dos serviços e os índices socioeconômicos dos municípios. Resultados: Observou-se que das dez cidades avaliadas apenas uma obteve desempenho ótimo por ter cumprido a meta em todas especialidades, sendo esta a cidade de Eunápolis. As cidades de Alcobça, Porto Seguro e Teixeira de Freitas foram classificadas com desempenho Regular por terem cumprido a meta em apenas duas especialidades. As cidades Itanhém, Medeiros Neto e Nova Viçosa cumpriram a meta apenas em uma especialidade, classificadas então com desempenho Ruim. As cidades Itamaraju, Itabela e Prado foram as que tiveram péssimo desempenho, pelo não cumprimento da meta em nenhuma especialidade. Conclusão: Os achadosobtidos demonstram que a maioria dos estabelecimentos tiveram dificuldades no cumprimento das metas.

**Palavras-chave:** Atenção secundária; Centro de especialidades odontológicas; Avaliação de serviços de saúde.

**ABSTRACT**

Objective: To evaluate the fulfillment of goals of the procedures performed in the Odontological Especialized Centers (CEO) of the South End region of Bahia. Method: Descriptive study using secondary data from the National Registry of Health Establishments, the Brazilian Institute of Geography and Statistics and the Outpatient Information System of the Unified Health System of the year 2016. The Global Compliance Indicator of Goals was used for performance evaluation. Variables of the structural characterization of the services and the socioeconomic indexes of the municipalities were also collected. Results: It was observed that only one of the ten evaluated cities obtained excellent performance for having fulfilled the goal in all specialties, being this the city of Eunápolis. The cities of Alcobça, Porto Seguro and Teixeira de Freitas were rated with a Regular performance because they met the goal in only two specialties. The cities Itanhém, Medeiros Neto and Nova Viçosa met the goal only in a specialty, then classified with Bad performance. The cities Itamaraju, Itabela and Prado were the ones that had poor performance, for not meeting the goal in any specialty. Conclusion: results show that most of the establishments had difficulties in meeting the goals.

**Keywords:** Secondary care; Specialized dental centers; Evaluation of health services.



## INTRODUÇÃO

A promulgação da constituição de 1988 representou um marco para saúde da população brasileira, passando esta, a ser considerada como um direito de todos e dever do Estado. Houve então a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em que foi instituído o direito básico e acessível à saúde para todos, mediante políticas sociais e econômicas que buscam reduzir riscos de doenças e agravos, possibilitando o acesso de forma igualitária e universal aos serviços de saúde<sup>1,2</sup>.

A lei nº 8.080/90 dispõe sobre as diretrizes do SUS. Este sistema está embasado por três princípios básicos: a universalidade, equidade e a integralidade, sendo um sistema descentralizado e hierarquizado com diferentes níveis de complexidade, e que busca promover a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o correto funcionamento dos serviços, conferindo responsabilidades aos poderes Federal, Estadual e Municipal<sup>3,4,5</sup>.

Mesmo com a implantação do SUS, inicialmente o modelo de assistência que predominava no país era voltado para prática hospitalocêntrica, individualista e de alto custo. Desse modo, percebia-se a necessidade de reorganização do sistema, de modo a priorizar a Atenção Básica. Dessa forma, em 1994 ocorreu a institucionalização do Programa de Saúde da Família (PSF), que posteriormente passou a ser Estratégia de Saúde da Família. Porém, o cuidado em saúde bucal ainda não fora inserido nessa nova proposta<sup>4,6</sup>.

A assistência odontológica foi incluída na Estratégia de Saúde da Família no ano 2000, com inserção do Cirurgião Dentista, do Auxiliar em Saúde Bucal e do Técnico em Saúde Bucal, com intuito de ampliar o acesso aos serviços e melhorar os indicadores de saúde bucal com ações de promoção, prevenção e assistência odontológica. Mesmo com a implantação das equipes de saúde bucal, os serviços oferecidos não atendiam a toda demanda, uma vez que ainda estavam pautados pelo modelo curativista e não havia a integralidade e continuidade das ações, pois a atenção secundária e a terciária não estavam contempladas nesse cenário. Com o intuito de modificar essa realidade, foi criado o Programa Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, propondo a ampliação e qualificação da atenção em saúde bucal<sup>3,7</sup>.

Com vistas ao atendimento da demanda de uma atenção secundária acessível e resolutiva em saúde bucal, foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), unidades de referência para saúde bucal. Os CEO são classificados em três tipos, cada tipo é instalado de acordo com o tamanho da população e deve obedecer às metas de atendimentos propostas pelo Ministério da Saúde. Todos ofertam minimamente atendimento em especialidades como: Diagnóstico Bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, Periodontia especializada, Endodontia, Cirurgia Oral Menor dos tecidos moles e duros e atendimento a portadores de necessidades especiais<sup>7,8</sup>.

A avaliação de serviços de saúde independentemente do nível de atenção é um importante instrumento para a gestão da qualidade destes serviços, pois permite conhecer e discutir questões relacionadas à resolutividade e efetividade, além de abrir espaço para reestruturações e ajustes com o objetivo de atender as reais demandas dos usuários<sup>9</sup>.

Para que ocorra um planejamento eficaz das atividades de atenção secundária em odontologia é fundamental a avaliação periódica dos serviços. A produtividade dos CEO com relação ao cumprimento das metas de atendimento pré-estabelecidas para cada modalidade do serviço vem sendo avaliada em todo o País<sup>10</sup>.

Nesse sentido, o estudo tem por objetivo avaliar a produtividade dos CEO da região do Extremo Sul da Bahia quanto às metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e verificar se os CEO atingiram o Cumprimento Global de Metas (CGM).

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo ecológico, com uso de dados secundários, oriundos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS).

A coleta de dados foi realizada em 3 etapas: 1) coleta de dados referentes ao desempenho ambulatorial dos CEO; 2) dados referentes a estrutura dos CEO e; 3) indicadores sociodemográficos da população, sendo eles o Analfabetismo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios da Região Extremo Sul da Bahia que possuem CEO.

### Etapa 1

Foram coletados dados secundários relativos à quantidade de procedimentos odontológicos ambulatoriais dos CEO dos municípios da Região Extremo Sul da Bahia, contidos no banco de dados do CNES, referente ao ano de 2016.

Os dados sobre o desempenho ambulatorial foram coletados no SIA-SUS utilizando os seguintes filtros: produção ambulatorial por local de atendimento; procedimento; quantidade aprovada; período; município; subgrupo de procedimentos (tratamentos odontológicos e bucomaxilofacial) e complexidade (média complexidade).

Os dados foram divididos em subgrupos de acordo com a Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011, que define a produção mensal mínima para cada tipo de CEO: procedimentos de periodontia, procedimentos de endodontia, procedimentos de cirurgia oral e procedimentos básicos.

### Etapa 2

Nessa etapa foram coletados os dados referentes a estrutura dos CEO: tipo, data de habilitação, presença de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) e quantitativo de equipes e de Cirurgiões Dentistas por CEO. A fonte de dados utilizada também foi o CNES.

### Etapa 3

Por fim, foram coletados os dados referentes aos indicadores sociodemográficos da população, IDH, o PIB per capita, dados sobre analfabetismo e incidência de pobreza. Esses dados foram encontrados no banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

### Análise de dados

Para tabulação dos dados foi utilizado o *software* TabWin, versão 3.6. Depois foram importados para o Microsoft Office Excel 2013 e realizada categorização dos procedimentos de acordo com os subgrupos citados.

Para avaliação do desempenho da atenção especializada em saúde bucal da Região Extremo Sul da Bahia foi utilizado o

indicador Cumprimento Geral de Metas (CGM) desenvolvido por Figueiredo e Goes<sup>10</sup>. O desempenho dos estabelecimentos foi classificado como “Péssimo” quando não cumpriu nenhuma meta; “Ruim” quando cumpriu apenas uma meta; “Regular” quando cumpriu duas metas; Bom, quando cumpriu três metas e Ótimo, quando cumpriu a totalidade de metas.

O CGM corresponde ao quociente entre a quantidade total de procedimentos realizados durante *n* meses de cada subgrupo de especialidades odontológicas e o número de procedimentos correspondentes à meta desse subgrupo por *n* meses, multiplicado por 100, conforme expresso a seguir.

$$\frac{\text{Quantidade total de procedimentos realizados durante } n \text{ meses em cada subgrupo de especialidade odontológica}}{\text{Número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo por } n \text{ meses}} \times 100$$

**Tabela 1.** Média mensal de procedimentos e indicador Cumprimento Global de Metas por especialidades dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) da Região de Saúde do Extremo Sul da Bahia, 2016

CEO	Média mensal de procedimentos	Cumprimento das Metas	Cumprimento global	Desempenho
Alcobaça	Endodontia	26,5	318 (75,7%)	Regular
	Cirurgia	26,2	315 (32,8%)	
	Periodontia	98,6	1.184 (164,4%)	
	P. básicos	264,9	3.179 (331,1%)	
Eunápolis	Endodontia	100,6	747 (103,7%)	Ótimo
	Cirurgia	91,9	793 (110,1%)	
	Periodontia	216,0	2.593 (240,0%)	
	P. Básicos	401,0	4.813 (364,6%)	
Itamaraju	Endodontia	0,0	0 (0,0%)	Péssimo
	Cirurgia	6,4	74 (6,8%)	
	Periodontia	0,0	0 (0,0%)	
	P. Básicos	37,2	447 (33,8%)	
Itabela	Endodontia	19,7	237 (56,4%)	Péssimo
	Cirurgia	31,0	360 (37,5%)	
	Periodontia	0,1	02 (0,2%)	
	P. Básicos	63,4	761 (79,2%)	
Itanhém	Endodontia	44,0	432 (102,8%)	Ruim
	Cirurgia	45,1	324 (33,8%)	
	Periodontia	45,0	342 (47,5%)	
	P. Básicos	55,1	626 (65,2%)	
Medeiros Neto	Endodontia	54,3	502 (119,5%)	Ruim
	Cirurgia	74,4	212 (22,1%)	
	Periodontia	52,7	574 (79,7%)	
	P. Básicos	77,9	935 (97,4%)	
Nova Viçosa	Endodontia	44,2	413 (98,3%)	Péssimo
	Cirurgia	53,3	162 (16,8%)	
	Periodontia	38,7	438 (60,8%)	
	P. Básicos	64,2	771 (80,3%)	
Prado	Endodontia	2,5	31 (7,3%)	Péssimo
	Cirurgia	48,4	304 (31,7%)	
	Periodontia	8,5	230 (31,9%)	
	P. Básicos	16,1	194 (20,2%)	
Porto Seguro	Endodontia	60,0	717 (99,6%)	Regular
	Cirurgia	97,0	446 (41,3%)	
	Periodontia	383,0	4.596 (425,5%)	
	P. Básicos	198,9	2.387 (180,8%)	
Teixeira de Freitas	Endodontia	65,9	784 (108,9%)	Regular
	Cirurgia	57,2	642 (59,4%)	
	Periodontia	80,4	965 (89,3%)	
	P. Básicos	286,4	3.437 (260,3%)	

**Tabela 2.** Procedimentos anuais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) por especialidades, Região de Saúde do Extremo Sul da Bahia, 2016

	Alcobaça		Eunápolis		Itamaraju		Itabela		Itanhém	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Procedimentos Básicos										
Aplicação de ariostático*	00	0,0%	08	0,2%	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%
Aplicação de selante*	00	0,0%	0,7	0,1%	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%
Aplicação tópica de flúor	215	6,8%	972	20,2%	07	1,6%	18	2,4%	102	16,3%
Evidenciação de placa	105	3,3%	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%	143	22,8%
Selamento Provisório	60	1,8%	293	6,1%	00	0,0%	269	5,3%	00	0,0%
Capeamento pulpar	36	1,1%	118	2,5%	00	0,0%	27	3,5%	00	0,0%
Restauração em dente decíduo	39	1,2%	694	14,4%	01	0,2%	00	0,0%	309	49,4%
Rest. Em dente permanente anterior	76	2,5%	174	3,6%	07	1,6%	00	0,0%	00	0,0%
Rest. em dente permanente posterior	130	4,1%	355	7,4%	03	0,6%	00	0,0%	00	0,0%
Pulpotomia dentária	32	1,0%	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%
Raspagem supra-gengival**	1.391	43,7%	787	16,3%	04	0,9%	22	2,9%	00	0,0%
Raspagem sub-gengival**	986	31,0%	1.014	21,1%	07	1,6%	152	20,0%	00	0,0%
Exodontia de dente decíduo	47	1,5%	272	5,6%	72	16,1%	09	1,2%	72	11,5%
TOTAL	3.179	100%	4.813	100%	447	100%	761	100%	626	100%
Procedimentos de periodontia	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Raspagem coronorradicular**	1.094	2,3%	2.513	96,9%	00	0,0%	00	0,0%	18	5,2%
Gengivectomia**	44	1,7%	43	1,7%	00	0,0%	02	100%	108	31,6%
Gengivoplastia**	18	1,5%	25	1,0%	00	0,0%	00	0,0%	108	31,6%
Trat. Cirúrgico periodontal**	28	2,5%	12	0,4%	00	0,0	00	0,0%	108	31,6%
TOTAL	1.184	100%	2.593	100%	00	0,0%	02	100%	342	100%
Procedimentos de endodontia	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Obturação de dente decíduo	00	0,0%	72	9,7%	00	0,0%	00	0,0%	192	44,5%
Obturação dente permanente (bi)	136	42,8%	190	25,4%	00	0,0%	111	46,9%	48	11,1%
Obturação dente permanente (uni)	112	35,5%	298	39,9%	00	0,0%	126	53,1%	48	11,1%
Obturação em dente permanente***	70	22,0%	184	24,6%	00	0,0%	00	0,0%	48	11,1%
Retratamento endodôntico permanente (uni)	00	0,0%	03	0,4%	00	0,0%	00	0,0%	48	11,1%
Retratamento endodôntico permanente ***	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%	48	11,1%
TOTAL	318	100%	747	100%	00	0,0%	237	100%	432	100%
Procedimentos de cirurgia oral	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Curetagem apical	315	100%	16	0,2%	00	0,0%	40	11,1%	36	11,1%
Exodontia múlt. Alveoloplastia**	00	0,0%	50	6,3%	35	47,3%	71	19,7%	36	11,1%
Remoção de dente retido	00	0,0%	240	30,3%	39	52,7%	199	55,3%	36	11,1%
Correção de rebordo alveolar	00	0,0%	225	28,4%	00	0,0%	50	13,9%	36	11,1%
Apicectomia c/s obt. Retrog.	00	0,0%	04	0,5%	00	0,0%	00	0,0%	72	22,2
Marsupialização cistos/pseud.	00	0,0%	03	0,4%	00	0,0%	00	0,0%	72	22,2
Reimplante e transplante*	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%	36	11,1
Tratamento de neuralgias faciais	00	0,0%	255	32,3%	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%
TOTAL	315	100%	793	100%	74	100%	370	100%	324	100%
TOTAL GERAL	4.996		8.946		521		1.360		1.724	

\*Por elemento dental; \*\* por sextante; \*\*\*dente com três ou mais raízes; Para a cidade de T. de Freitas foi desconsiderado o mês de maio no cálculo da Aplicação tópica de flúor.

Fonte: DATASUS; SIA-SUS.

**Tabela 2.** Procedimentos anuais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) por especialidades, Região de Saúde do Extremo Sul da Bahia, 2016 (Continuação)

	<b>M. Neto</b>		<b>N. Viçosa</b>		<b>Prado</b>		<b>P. Seguro</b>		<b>T. Freitas</b>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Procedimentos Básicos										
Aplicação de ariostático*	91	9,7%	77	10,0%	00	0,0%	936	39,2%	00	0,0%
Aplicação de selante*	65	7,0%	89	11,5%	02	1,0%	33	1,4%	17	0,5%
Aplicação tópica de flúor	63	6,7%	21	2,8%	26	13,4%	382	16,0%	335	8,8%
Evidenciação de placa	89	9,5%	95	12,4%	27	14,0%	366	15,3%	02	0,1%
Selamento Provisório	68	7,3%	88	11,4%	01	0,5%	118	5,0%	119	3,5%
Capeamento pulpar	72	7,7%	59	7,7%	04	2,0%	89	3,7%	63	1,8%
Restauração em dente decíduo	38	4,1%	25	3,2%	04	2,0%	127	5,3%	811	23,6%
Rest. Em dente permanente anterior	85	9,1%	71	9,2%	23	11,9%	33	1,4%	118	3,4%
Rest. em dente permanente posterior	76	8,1%	59	7,7%	18	9,3%	25	1,0%	489	14,2%
Pulpotomia dentária	42	4,5%	28	3,6%	00	0,0%	64	2,7%	140	4,1%
Raspagem supra-gengival**	20	2,1%	22	2,8%	36	18,6%	156	6,6%	655	19,1%
Raspagem sub-gengival**	80	8,6%	22	2,8%	00	0,0%	33	1,4%	549	16,0%
Exodontia de dente decíduo	60	6,4%	42	5,4%	09	4,6%	07	0,3%	335	9,7%
TOTAL	935	100%	771	100%	194	100%	2.387	100%	3.437	100%
Procedimentos de periodontia	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Raspagem coronorradicular**	157	27,4%	121	27,6%	90	39,1%	4.595	99,9	918	95,1%
Gengivectomia**	117	20,4%	132	30,1%	06	2,6%	01	0,1%	29	3,1%
Gengivoplastia**	209	36,4%	121	2,6%	131	59,0%	00	0,0%	00	0,0%
Trat. Cirúrgico periodontal**	209	36,4%	121	27,6%	131	57,0%	00	0,0%	00	0,0%
TOTAL	574	100%	438	100%	230	100%	4.596	100%	965	100%
Procedimentos de endodontia	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Obturação de dente decíduo	88	17,5%	95	23,0%	02	6,4%	00	0,0%	112	14,2%
Obturação dente permanente (bi)	95	19,0%	67	16,2%	08	25,8%	223	31,1%	297	37,9%
Obturação dente permanente (uni)	100	20,0%	70	17,0%	09	29,0%	300	41,9%	344	43,9%
Obturação em dente permanente***	96	19,1%	125	30,2%	12	8,8%	194	27,0%	27	3,4%
Retratamento endodôntico permanente (uni)	62	12,3%	29	7,0%	00	0,0%	00	0,0%	04	0,6%
Retratamento endodôntico permanente ***	61	12,1%	27	6,7%	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%
TOTAL	502	100%	413	100%	31	100%	717	100%	784	100%
Procedimentos de cirurgia oral	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Curetagem apical	19	8,9%	11	6,8%	132	43,4%	140	31,4%	16	2,5%
Exodontia múlt. Alveoloplastia**	66	31,2%	26	16,0%	11	3,6%	00	0,0%	07	1,1%
Remoção de dente retido	66	31,2%	34	21,0%	132	43,4%	00	0,0%	573	89,2%
Correção de rebordo alveolar	18	8,5%	02	1,2%	14	4,6%	233	52,3%	46	7,2%
Apicectomia c/s obt. Retrog.	22	10,3%	10	4,1%	00	0,0%	05	1,1	00	0,0%
Marsupialização cistos/pseud.	21	9,9%	25	15,4%	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%
Reimplante e transplante*	00	0,0	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%	00	0,0%
Tratamento de neuralgias faciais	00	0,0%	54	33,3%	15	5,0%	68	15,2%	00	0,0%
TOTAL	212	100%	162	100%	304	100%	446	100%	642	100%
TOTAL GERAL	2.223		1.784		579		8.146		642	

\*Por elemento dental; \*\* por sextante; \*\*\*dente com três ou mais raízes; Para a cidade de T. de Freitas foi desconsiderado o mês de maio no cálculo da Aplicação tópica de flúor.

Fonte: DATASUS; SIA-SUS.

Para ser considerada meta atingida, o cumprimento percentual normatizado para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados deve ser igual ou superior a 100%.

Os dados foram analisados e apresentados com subsídios da estatística descritiva, através da distribuição das frequências absoluta e relativa.

## RESULTADOS

No ano de 2016, a região Extremo Sul da Bahia possuía 10 CEO distribuídos nas cidades de Alcobaça, Eunápolis, Itamaraju, Itabela, Itanhém, Medeiros Neto, Nova Viçosa, Prado, Porto Seguro e Teixeira de Freitas. A Tabela 1 apresenta a média mensal de procedimentos e o indicador de Cumprimento Global de Metas de cada um destes CEO. Apenas o serviço de Eunápolis cumpriu todas as metas para todos os subgrupos de especialidades, obtendo assim o desempenho Ótimo. Os CEO de Alcobaça, Porto Seguro e Teixeira de Freitas tiveram o CGM classificado como Regular,

alcançando metas em duas especialidades. Não houve CEO classificados com desempenho “Bom”, visto que nenhum deles cumpriu três das quatro metas. Os demais tiveram desempenho classificado como Ruim ou péssimo (Tabela 1).

Na Tabela 2, observa-se o quantitativo anual de procedimentos por subgrupos de especialidades. A raspagem coronorradicar foi o procedimento mais realizado nas cidades de Eunápolis (28,0%), Porto Seguro (56,4%) e Teixeira de Freitas (15,7%). As demais cidades apresentaram diferentes tipos de procedimento com maior quantidade e percentual: Alcobaça teve a raspagem supragengival (27,8%); Itabela por sua vez teve maior quantitativo de procedimentos de selamento provisório (19,8%) e exodontia de dente permanente (19,4%); Itanhém foi de restauração de dente decíduo (17,9%); Medeiros Neto, tratamento cirúrgico periodontal (9,4%); Nova Viçosa, gengivectomia (7,3%) e a obturação de dente permanente (7,0%); e Prado teve a curetagem apical e a remoção de dente retido como os mais realizados representando com 17,4% do total de procedimentos anuais.

**Tabela 3.** Dados estruturais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), Região de Saúde do Extremo sul da Bahia, 2016

CEO	Tipo de CEO	Habilitado como	Data de habilitação	LRPD*	Nº de equipes	Nº de CD**
Alcobaça	I	I	12/11/2008	Não	03	03
Itabela	I	I	12/02/2008	Não	03	03
Itanhém	I	I	10/10/2007	Não	03	05
Medeiros Neto	I	I	30/03/2006	Sim	03	04
Nova Viçosa	I	I	03/11/2014	Sim	03	04
Prado	I	I	13/10/2006	Sim	03	06
Eunápolis	II	II	20/10/2010	Sim	07	13
Itamaraju	II	II	30/12/2010	Sim	04	06
P. Seguro	II	I	20/06/2012	Não	04	15
T. de Freitas	II	II	07/10/2009	Sim	05	11

Fonte: CNES, 2018; \*Laboratório regional de prótese dentária; \*\*Cirurgiões-dentistas

As informações relativas à estrutura dos CEO estão expostas na Tabela 3. Segundo a infraestrutura cadastrada no CNES, 6 foram classificados como tipo I e 4 como tipo II. Dentre o total de estabelecimentos, 6 possuíam LRPD habilitado. Quanto a quantidade de equipes, esta variou de 3 a 7 equipes por CEO. Já a quantidade de cirurgiões-dentistas por estabelecimento obtendo uma média de 7 profissionais por CEO, variando entre 3 (Alcobaça e Itabela) e 15 (Porto Seguro) profissionais (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta o perfil demográfico, social e econômico dos municípios envolvidos no estudo. Nela é possível observar que o município com maior população dentre os analisados é Teixeira de Freitas (138.341) e o menos populoso é Alcobaça (21.271). Referente à cobertura da ESB, observa-se que Alcobaça e Prado cobriram mais que 100% da população, correspondendo a 121,8% e 129,4% respectivamente, a menor cobertura foi vista em Teixeira de Freitas (57,5%).

**Tabela 4.** Variáveis sociodemográficas e cobertura populacional de Equipe em Saúde Bucal, das cidades da Região do Extremo Sul da Bahia, 2018

Cidade	População	Cobertura ESB	IDH	PIB	Analfabetismo	Índice pobreza
Alcobaça	21.271	132,8%	0,608	R\$ 10.091,01	23,8%	40,3%
Eunápolis	100.196	58,8%	0,677	R\$ 20.112,59	14,6%	52,5%
Itamaraju	63.069	61,3%	0,627	R\$ 13.099,92	22,6%	55,2%
Itabela	28.390	76,8%	0,599	R\$ 10.018,19	24,5%	56,7%
Itanhém	20.216	117,7%	0,637	R\$ 9.909,55	23,8%	48,4%
M. Neto	21.560	117,0%	0,625	R\$ 12.794,08	23,8%	53,4%
N. Viçosa	38.556	86,1%	0,654	R\$ 10.288,49	19,1%	60,5%
Prado	27.627	129,4%	0,621	R\$ 14.512,52	19,9%	45,9%
P. Seguro	126.929	60,0%	0,676	R\$ 15.801,29	11,8%	52,1%
T. de Freitas	138.341	57,5%	0,685	R\$ 13.382,57	14%	53,0%

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

O IDH mais alto foi observado em Eunápolis (0,677) e mais baixo em Itabela (0,599). O PIB *per capita* de Eunápolis foi o mais elevado quando comparado aos demais municípios analisados (R\$ 20.112,59). A taxa de analfabetismo mostrou-se mais elevada em três municípios e com valores iguais, que foram Alcobaça Itanhém e Medeiros Neto (23,8%). Referente ao índice de pobreza, foi observado que Nova Viçosa tinha o maior índice, correspondendo a 60,5%.

## DISCUSSÃO

A avaliação da produtividade dos CEO da Região Extremo Sul da Bahia, bem como a obtenção de seus respectivos desempenhos frente a cada especialidade de atendimento, possibilitou um registro sistemático de toda a assistência ambulatorial dos procedimentos realizados no ano de 2016 nas 10 cidades que possuem Centro de Especialidades Odontológicas desta região.

De acordo com Bulgareliet al.<sup>11</sup>, a integralidade enquanto um princípio do SUS, deve considerar as dimensões biológicas, cultural e social da população, para orientar políticas de ações de saúde que venham atender às demandas e necessidades de acesso à rede de serviços. Dentro dessa perspectiva, ocorreu uma expansão em todo país das Equipes em Saúde Bucal (ESB) e implantação dos CEO para aumentar o quantitativo de procedimentos oferecidos a população e provocar mudanças nos tipos de procedimentos que eram ofertados à população, pois a atenção à saúde bucal no país apresentava insuficiência de procedimentos coletivos e preventivos, como também serviços de atenção secundária. No ano de 2016, existiam 1.033 CEO implantados no Brasil e 79 na Bahia<sup>12</sup>.

Mesmo com a implantação dessas novas estratégias para melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal, é perceptível uma baixa produtividade dos mesmos e uma dificuldade de alcance das metas. O presente estudo apontou uma baixa produção ambulatorial dos procedimentos ofertados nos CEO: das dez cidades que foram avaliadas a produtividade, apenas duas conseguiram atingir a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde nos atendimentos especializados e procedimentos básicos. Apenas cinco cidades apresentaram resultados insatisfatórios com cumprimento de uma ou duas metas e três cidades não cumpriram nenhuma meta.

Destaca-se a especialidade de endodontia que teve a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde alcançada em cinco das dez cidades estudadas, ficando atrás dos procedimentos básicos que teve sua meta cumprida em quatro cidades. Por esse resultado podemos inferir que está ocorrendo uma efetividade da atenção secundária no que diz respeito ao tratamento endodôntico, sendo um ponto positivo, pois a infecção endodôntica quando não tratada pode ocasionar propagação da infecção, como também a perda do elemento dentário. Podemos evidenciar que em cinco cidades a meta para endodontia não foi alcançada, o que é preocupante.

Marques et al.<sup>13</sup> trazem como justificativa para esse fato a ação da atenção primária, onde os dentes com comprometimento pulpar são identificados e não são encaminhados, sendo então submetidos a exodontias, não sendo garantida assim a integralidade da atenção.

Thomaz et al.<sup>14</sup> realizaram um levantamento do cumprimento das metas dos CEO do estado de Pernambuco, analisaram o desempenho de 25 estabelecimentos e encontraram resultados que corroboram com esse trabalho, sendo os procedimentos básicos e a endodontia os que apresentaram melhores resultados. Segundo os autores, os procedimentos básicos atingiram a meta em 19 CEO e endodontia em 11 CEO. Destaca-se que os procedimentos básicos, comparados aos procedimentos especializados, atingem com mais facilidade às metas estabelecidas por possuírem uma demanda maior. Os procedimentos básicos realizados nos CEO possuem um público alvo específico, os pacientes com necessidades especiais.

Os resultados desse trabalho discordam com os resultados obtidos por Cortellaziet al.<sup>15</sup> que encontraram a especialidade endodontia com a menor taxa de alcance de meta em nível nacional. No presente estudo, Cirurgia foi a especialidade com pior desempenho, pois sua meta foi atingida apenas em uma única cidade.

Um estudo realizado por Moura, Tovo e Celeste<sup>16</sup>, no qual foi verificada a produtividade dos CEO da Região Sul do país, mostrou que a meta dos procedimentos de Cirurgia não foi atingida em 72,1% das unidades, 89,9% não cumpriram a meta para procedimentos endodônticos e 75,1% não alcançaram a meta para procedimentos periodontais. Os autores ainda trazem que é preciso investigar “como” e “quanto” cada município que possui uma unidade do CEO está utilizando os recursos para saúde bucal e se esses recursos estão sendo proporcionais ao cumprimento de metas normatizadas pela Portaria 1.464 de 24 de junho de 2011.

Santana et al.<sup>17</sup> avaliaram a produtividade dos CEO de uma região de saúde do estado da Bahia no ano de 2013, e detectaram que não houve cumprimento de metas em nenhum subgrupo de especialidade pelos CEO. Para justificar esse resultado os autores acreditam que o baixo desempenho dos estabelecimentos pode estar vinculado a problemas de gestão de serviços, como também pode ser fruto de uma alta resolutividade da atenção básica, o que conseqüentemente leva a uma baixa procura e utilização dos serviços de média complexidade.

Com relação ao quantitativo anual de procedimentos por subgrupos de especialidades, pode-se inferir frente aos achados que não ocorre uma padronização do quantitativo de procedimentos por especialidades nos CEO de modo geral, onde alguns procedimentos são mais realizados que outros. No presente estudo, foi possível identificar que existe uma baixa na produtividade dos CEO em todas as cidades estudadas. Esse resultado corrobora com achados em outros estudos como nos realizados por Santana et al.<sup>17</sup> e Freitas et al.<sup>18</sup>, nos quais também foi identificada uma baixa produtividade entre os municípios estudados.

Outro ponto importante é uma baixa produtividade em muitos procedimentos que são considerados essenciais, e alguns deles preconizados pelo Ministério da Saúde<sup>20</sup> através da Portaria nº. 1.464/GM, de 24 de junho de 2011, como a obrigatoriedade de realização de no mínimo 50% da meta dos procedimentos básicos represente procedimentos restauradores em dentes decíduos, dentes permanentes anteriores e posteriores. No presente estudo, apenas os municípios de Itanhém e Teixeira de Freitas obtiveram êxito nessa obrigatoriedade. Outra obrigação é que pelo menos 20% dos procedimentos de endodontia seja de obturação em dente permanente com três ou mais raízes, que foi cumprida apenas por apenas quatro das dez cidades estudadas.

A situação das especialidades de Cirurgia e Endodontia é preocupante, uma vez que são as duas especialidades com menor produção em todos os CEO, contando em algumas cidades com taxa de procedimento igual a zero.

Achados de Lino et al.<sup>19</sup> são similares aos encontrados no presente estudo. Os autores encontraram produtividade zero para a especialidade de endodontia. Eles justificam a baixa produtividade devido a defasagem dos métodos utilizados na realização do tratamento endodôntico. Logo se faz necessária a modernização dos estabelecimentos a partir da implantação de sistemas mais modernos, a exemplo os sistemas rotatórios, que podem ajudar a acelerar o tratamento dando maior rotatividade na resolutividade da demanda

Por outro lado, Santana et al.<sup>17</sup> justificam que a baixa na produtividade em endodontia pode ser consequência de uma possível resolutividade dos problemas de comprometimento pulpar com a realização de exodontias na atenção primária. Isso sugere ser entendido como uma falta de organização dos setores de atenção primária e secundária, que devem estar engajados em um único objetivo que é a atenção integral em saúde, e que os CEO foram criados para complementar essa assistência integral.

Quanto à estrutura dos estabelecimentos e ao desempenho dos CEO, quando comparados, observa-se que a cidade de Eunápolis o CEO possui a melhor estrutura, com 7 equipes, 13 cirurgiões dentistas e LRPD, foi o único que conseguiu alcançar todas as metas, sendo classificado com desempenho ótimo. Sendo classificados como Tipo II, tem-se também Itamaraju, Porto Seguro e Teixeira de Freitas que possuem uma estrutura menor que a de Eunápolis e conseqüentemente isso pode refletir na realização de procedimentos, onde há menos equipes e uma menor distribuição de cirurgião-dentista por equipe.

As características sociodemográficas são correlacionadas em alguns estudos como fator que possa influenciar no desempenho dos CEO, como em pesquisas realizadas por Herkrath et al.<sup>21</sup>. Porém, no presente estudo não foi possível chegar a essa conclusão visto que não foi avaliada uma correlação estatística entre essas variáveis.

Todas as cidades de modo geral possuem uma cobertura em saúde bucal (atenção primária) variando de 57 a 132% da população, resultados esses que corroboram com achados por

Freitas et al.<sup>18</sup> Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Produto Interno Bruto (PIB) e índice de Pobreza, existe uma similaridade nos achados de todas as cidades avaliadas.

A partir dos resultados encontrados no estudo, observa-se que há necessidade de revisão das estratégias utilizadas em cada cidade para que as metas sejam atingidas e para que ocorra a manutenção dos serviços de saúde, garantidos por lei, que são essenciais para a população e alcance da integralidade. Além disso, sugere-se uma periodicidade de fiscalização do cumprimento dessas metas, bem como uma modernização da estrutura dos CEO, para melhoria e otimização do trabalho e da demanda.

O estudo mostrou como principal limitação o uso de dados secundários, visto que há atualizações constantes do sistema, podendo haver diferença nos dados encontrados, a depender do período de buscas. Além de poder haver subnotificações referentes aos procedimentos realizados em cada estabelecimento. Ressalta-se também limites quanto ao uso exclusivo de análise descritiva, diante das possibilidades comparativas que seria possível caso fossem realizadas análises mais avançadas.

## CONCLUSÕES

A partir dos resultados do estudo foi possível conhecer e classificar os CEO da Região do Extremo Sul da Bahia de acordo com a produtividade e o cumprimento das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Assim, apenas uma única cidade foi classificada com ótimo desempenho por ser a única cidade a cumprir todas as metas por especialidades. As demais cidades não cumpriram todas as metas ficando 3 cidades classificadas como regular, 2 classificadas com desempenho e 4 classificadas com desempenho Pésimo. Desta maneira foi possível identificar que existe uma baixa produção de procedimentos da atenção secundária em odontologia na Região do Extremo Sul da Bahia.

Sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas que busquem conhecer a relação da atenção primária e secundária em saúde bucal na região estudada, com o intuito de subsidiar tomadas de decisões no sentido de aprimorar o fluxo entre usuários dos dois primeiros níveis de atenção, garantindo a integralidade do cuidado, bem como aperfeiçoar o uso dos recursos públicos voltados para a atenção em saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
2. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos** 2014; 21(1): 15-35.
3. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no sistema único de saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde debate** 2009; 33(81): 64-71.



4. Almeida Junior LJSA, Vieira DRP, Rodrigues VP, Lopes FF. A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no estado do Maranhão (2002-2011). **Rev Pesq Saúde**2014; 15(3): 356-59.
5. Carvalho MD, Santos NR, Campos GW. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde debate** 2013; 37(98): 372-87.
6. Chaves SCL. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA; 2016.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - SAS. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: SAS; 2004.
8. Manfredini M A. Mercado de produtos de higiene bucal no Brasil: uma análise crítica. In: Moysés SJ, Goisman S. **Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva**. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 61-87.
9. Sancho LG, Dain S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciênc. saúde coletiva** 2012;17(3) :765-74.
10. 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** 2008; 25(2): 259-67.
11. Bulgareli JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Rev. odontol. Unesp** 2013; 42 (4):229-36.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - SAS. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Brasília: 2018.
13. Marques PLP, Junior ARF, Saraiva RS, Cariosa SPB, Pequeno LL, Vieira LJES. Análise de desempenho de Centro de Especialidades Odontológicas Regional no Ceará, Brasil. **Saúde (Sta Maria)**2017; 43 (3): 1-8.
14. Thomaz EBAF, Fonseca EBA, Sousa GMC, Queiroz RCS, Coimbra LC. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2016; 25(4):807-18.
15. Cortellazzi KL, Balbino EC, Guerra LM, Vazquez FL, Bulgareli JV, Ambrosano GMB, Pereira EC, et al. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** 2014; 17(4): 978-88.
16. Moura FRR, Tovo MF, Celeste RK. Cumprimento de metas dos Centros de Especialidades Odontológicas da Região Sul do Brasil. **Rev. Salud Pública** 2017; 19(1): 86-93.
17. Santana DA, Santos LPS, Carvalho FS, Carvalho CAP. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. **Cad. saúde colet.** 2015; 23(3):261-67.
18. Freitas HSMF, Lemos GA, Pessoa TRRF, Araújo MF, Forte FDS. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde debate** 2016; 40(108): 131-43.
19. Lino PA. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** 2014; 19(9): 3879-88.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria no 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Diário Oficial da União [DOU]**. Brasília; 2011.
21. Herkrath JF, Herkrath APCQ, Costa LNBS, Gonçalves MJF. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde debate** 2013; 37(96): 148-58.

---

*Endereço para correspondência*

Líliã Paula de Souza Santos  
Faculdade Maria Milza.  
Rodovia BR 101 - Km 215  
CEP: 44350-000 - Governador Mangabeira/BA  
E-mail: lilia\_paula@yahoo.com.br