

INDICADOR DE DESEMPENHO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE SANTA CATARINA

PERFORMANCE INDICATOR OF SANTA CATARINA DENTAL SPECIALTIES CENTERS

INDICADOR DE DESEMPEÑO DE LOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE SANTA CATARINA

RESUMO: Os Centros de Especialidades Odontológicas são ambulatoriais de especialidade e referências para a Atenção Básica. Objetivo: Avaliar o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de Santa Catarina entre 2014 e 2019, considerando a Política Nacional de Saúde Bucal. Metodologia: Utilizaram-se dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema único de Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para caracterizar cada tipo de Centro de Especialidades Odontológicas, de acordo com os subgrupos de procedimentos odontológicos. As avaliações foram anuais e por macrorregião de saúde, usando o indicador de cumprimento global de metas, classificado em quatro categorias: ruim, regular, bom e ótimo. Resultados: O estudo incluiu 41 Centros de Especialidades Odontológicas: 51% tipo I, 42% tipo II e 7% tipo III. A periodontia atingiu a meta com maior percentual de procedimentos. Houve melhora no desempenho de 2014 a 2016 e redução a partir de 2017. Por macrorregião, predominou a classificação regular em quatro, ótimo em duas e ótimo/boa em uma. Conclusão: O desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas foi insatisfatório nas macrorregiões de Santa Catarina. Pretende-se que tais resultados contribuam na qualidade da assistência em saúde bucal e auxiliem a gestão das práticas odontológicas.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de saúde bucal; Avaliação em Saúde, Especialidades odontológicas.

Moira Cristina Cubas Fatiga Tillmann

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI. Odontóloga de um Centro de Especialidades Odontológicas de Itajaí.
moirafatiga@gmail.com

Luciane Peter Grillo

Pós-doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. Doutorado em Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Univali.
grillo@univali.br

Tatiana Mezadri

Doutora em Ciências dos Alimentos pela Universidade de Sevilha, Espanha. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho e do Curso de Nutrição da Univali.
mezadri@univali.br

Licença CC BY:
Artigo distribuído sob os termos Creative Commons, permite uso e distribuição irrestrita em qualquer meio desde que o autor credite a fonte original.



ABSTRACT: Dental Specialty Centers are specialized outpatient clinics and references for primary care. Objective: To evaluate the performance of the Santa Catarina Dental Specialty Centers between 2014 and 2019, considering the National Oral Health Policy. Methodology: Data from the Ambulatory Information System of the Unified Health System and the National Registry of Health Establishments were used to characterize each type of Dental Specialty Center according to the subgroups of dental procedures. The assessments were annual and by health macro-region, using the global target achievement indicator, classified into four categories: poor, regular, good and excellent. Results: The study included 41 Dental Specialty Centers: 51% type I, 42% type II and 7% type III. Periodontics reached the target with the highest percentage of procedures. There was an improvement in performance from 2014 to 2016 and a reduction from 2017 onwards. By macro-region, the regular classification predominated in four, excellent in two and excellent/good in one. Conclusion: The performance of Dental Specialty Centers was unsatisfactory in the macro-regions of Santa Catarina. These results are intended to contribute to the quality of oral health care and assist in the management of dental practices.

KEYWORDS: Oral health services; Health Evaluation, Dental specialties.

RESUMEN: Los Centros de Especialidades Dentales son clínicas ambulatorias especializadas y de referencia para la atención primaria. Objetivo: Evaluar el desempeño de los Centros de Especialidades Dentales de Santa Catarina entre 2014 y 2019, considerando la Política Nacional de Salud Bucal. Metodología: Se utilizaron datos del Sistema de Información Ambulatorio del Sistema Único de Salud y del Registro Nacional de Establecimientos de Salud para caracterizar cada tipo de Centro de Especialidades Odontológicas según los subgrupos de procedimientos odontológicos. Las evaluaciones fueron anuales y por macrorregión de salud, utilizando el indicador de logro de metas globales, clasificado en cuatro categorías: pobre, regular, buena y excelente. Resultados: Se estudiaron 41 Centros de Especialidades Odontológicas: 51% tipo I, 42% tipo II y 7% tipo III. Periodoncia alcanzó el objetivo con mayor porcentaje de procedimientos. Hubo una mejora en el desempeño de 2014 a 2016 y una reducción de 2017 en adelante. Por macrorregión, predominó la clasificación regular en cuatro, excelente en dos y excelente/buena en uno. Conclusión: El desempeño de los Centros de Especialidades Odontológicas fue insatisfactorio en las macrorregiones de Santa Catarina. Estos resultados pretenden contribuir a la calidad de la atención de la salud bucal y ayudar en la gestión de las prácticas odontológicas.

PALABRAS CLAVE: Servicios de Salud Bucal; Evaluación de Salud, Especialidades Odontológicas.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, mantido pelo Poder Público. Seus objetivos incluem identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular políticas e prestar assistência por meio de promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a odontológica (Brasil, 1990). Entretanto, o Brasil, por longo período, manteve-se sem uma política pública específica para a Odontologia, sendo desagregada dos demais serviços de saúde e excluindo grande parte da população (Costa; Chagas; Silvestre, 2006).

Em 1986, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), onde a assistência odontológica foi debatida de maneira pluralista (Costa; Chagas; Silvestre, 2006). Somente após dezoito anos da realização da I CNSB foi criada a primeira política pública de saúde bucal. Em 2004, a III CNSB teve como tema central a Saúde Bucal: acesso e qualidade, abordando a exclusão social e as condições precárias de vida. Nesse evento, a saúde bucal foi destacada como um sinal de exclusão social e procurou-se soluções para superá-la. Nesse

contexto, surgiu a Política Nacional de Saúde Bucal (Costa; Chagas; Silvestre, 2006).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente, criada em 2004, consiste em medidas para a reorganização da saúde bucal e qualificação das ações visando a garantir promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros. Para a reorganização da saúde bucal acontecer foi criada e habilitada uma rede assistencial para atividades odontológicas especializadas, consoante as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004a).

As atividades odontológicas especializadas, através dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) passaram a ser ofertadas pelo Sistema Único de Saúde em 2004. Com a Portaria n. 1.570, de 29 de julho de 2004, foi estabelecida a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, viabilizando a ampliação e qualificação da atenção especializada no Brasil (Brasil, 2004b).

Os CEOs são estabelecimentos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade e são referência para a atenção básica, fazem parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e prestam atendimento especializado ambulatorial (Brasil, 2004b).

As atividades desenvolvidas no CEO devem incluir, no mínimo: diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais (Brasil, 2004b). Eles são classificados de acordo com os seus recursos físicos-estruturais: CEO do tipo I para estabelecimentos com três cadeiras odontológicas, do tipo II para estabelecimentos com quatro a seis cadeiras odontológicas e do tipo III para estabelecimentos com mais de sete cadeiras odontológicas. Necessariamente, todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais. O monitoramento das atividades desenvolvidas no CEO ocorre por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – SIA/SUS (Brasil, 2006).

A produção mensal de procedimentos realizados no CEO está estabelecida na Portaria n. 1.464, de 24 de junho de 2011. Essa produção mensal deve ser verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS. O repasse financeiro está condicionado à referida produção, a qual tem uma meta mínima mensal a ser apresentada (Brasil, 2011).

Atualmente, passados 17 anos da implantação dos CEOs e com poucos estudos avaliativos no Estado de Santa Catarina, faz-se necessário investigar o desempenho dos estabelecimentos. Deseja-se que os resultados deste estudo possam auxiliar a gestão em saúde no planejamento e execução das práticas de assistência odontológica, considerando os preceitos da Política Nacional de Saúde Bucal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico na atenção de média complexidade em Odontologia no Estado de Santa Catarina. Como critério de inclusão para o estudo foram considerados os municípios que implantaram os CEOs antes de janeiro de 2014.

Foram utilizados dados secundários registrados no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), abrangendo a produção de procedimentos odonto-

lógicos nos Centros de Especialidades Odontológicas de Santa Catarina entre 2014 e 2019.

Os dados, referentes à produção de procedimentos odontológicos foram coletados no DATASUS, utilizando os seguintes critérios: informações de saúde (TABNET), assistência à saúde e produção ambulatorial por local de atendimento. Os filtros de busca foram os seguintes: município, quantidade aprovada, período, procedimento e complexidade. No filtro de busca "procedimento" foram utilizados os códigos de procedimentos descritos na Portaria n. 1464 (Brasil, 2011).

A identificação dos municípios que possuem CEO e os tipos de CEO em Santa Catarina foi realizada por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2019). Os municípios do Estado de Santa Catarina que possuem CEO foram agrupados segundo as sete macrorregiões de saúde: Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis, Grande Oeste, Meio Oeste e Serra Catarinense, Planalto Norte e Nordeste, Sul e Vale do Itajaí (Santa Catarina, 2018). Os procedimentos de cada município foram agrupados em três subgrupos: periodontia, endodontia e cirurgia oral (Brasil, 2011). No Sistema de Informação ambulatorial do SUS, não foi possível separar a produção da atenção básica da atenção especializada em procedimentos básicos para pacientes especiais, levando a exclusão de tal categoria do presente estudo. A quantidade de procedimentos realizados foi comparada com a meta preconizada para cada subgrupo. O número mínimo de procedimentos por mês é estabelecido de acordo com o Tipo de CEO. CEO tipo I: 60 procedimentos de periodontia, 35 procedimentos de endodontia e 80 procedimentos de cirurgia oral. CEO tipo II: 90, 60 e 90, respectivamente. CEO tipo III :150, 95 e 170, respectivamente (Brasil, 2011).

A avaliação do desempenho foi realizada por meio do indicador do Cumprimento Global de Metas (CGM), de acordo com a Portaria n. 1.464 (Brasil, 2011). O Indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM) (Figueiredo; Goes, 2009) corresponde ao quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta desse subgrupo multiplicado por 100, conforme a Equação 1:

$$\frac{\text{Quantidade de procedimentos realizados durante } n \text{ meses referente a cada subgrupo de especialidades odontológicas}}{\text{Número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo por } n \text{ meses}} \times 100$$

Considera-se meta atingida percentual igual ou superior a 100%, normatizada para cada subgrupo. Após o desempenho dos serviços foram classificados em: desempenho ruim (CEOs que não cumpriram a meta em nenhuma das três especialidades); regular (cumprimento das metas em uma especialidade); bom (cumprimento das metas em duas especialidades) e ótimo (CEOs que cumpriram as metas em três especialidades), adaptado de Figueiredo; Goes (2009) e Santana et al. (2015).

A análise de dados foi realizada por meio da estatística descritiva informando os números absolutos e relativos.

RESULTADOS

O Estado de Santa Catarina contabiliza 45 municípios que possuem CEO (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2019). Foram selecionados os municípios que apresentaram a implantação dos CEOs anterior a janeiro de 2014, totalizando 35 municípios e 41 CEOs.

A quantidade de procedimentos realizado em cada subgrupo de especialidade (periodontia, endodontia e cirurgia) por município foi comparada com a meta preconizada. Observa-se que a especialidade periodontia atingiu a meta com maior percentual de procedimentos realizados e a especialidade endodontia com o menor percentual. Avaliando as macrorregiões de saúde: Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis, Grande Oeste, Meio Oeste e Serra Catarinense, Planalto Norte e Nordeste, Sul e Vale do Itajaí os CEOs dos municípios com menor percentagem de metas alcançadas foram Navegantes, Santo Amaro da Imperatriz, Palmitos, São Joaquim, Mafra, Tubarão e Gaspar, respectivamente. O CEO do município de Mafra foi o único que não atingiu nenhuma meta de especialidade (Tabela 1).

Tabela 1 – Procedimentos realizados relativos à meta de cada subgrupo, Itajaí, 2020.

Município	Tipo	2014			2015			2016			2017			2018			2019			
		Meta Realizada (%)			Meta Realizada (%)			Meta Realizada (%)			Meta Realizada (%)			Meta Realizada (%)			Meta Realizada (%)			
		Perio	Endo	Cir	Perio	Endo	Cir	Perio	Endo	Cir	Perio	Endo	Cir	Perio	Endo	Cir	Perio	Endo	Cir	
Foz do Rio Itajaí	Balneário Camboriú	II	432	183	105	427	189	109	451	179	133	638	145	172	627	216	213	764	171	232
	Itajaí	II e II	150	74	197	194	96	121	133	87	110	141	90	123	157	84	163	126	89	175
	Itapema	I	193	112	114	221	132	181	165	120	190	100	158	140	128	105	85	87	115	76
	Navegantes	I	236	82	26	109	47	23	164	70	24	171	95	23	76	104	si	80	42	0,1
Grande Florianópolis	Biguaçu	I	286	96	40	239	134	50	149	132	78	199	110	83	211	120	117	214	71	178
	Florianópolis	II, I, II	193	66	121	199	263	177	193	84	164	165	109	168	243	90	174	239	93	133
	Palhoça	I	304	110	151	267	152	88	349	125	108	229	122	139	213	111	155	235	131	198
Grande Oeste	Santo Amaro Imperatriz	I	33	34	37	20	38	107	122	112	359	95	90	114	107	86	87	94	88	108
	Chapecó	III	131	93	107	127	93	103	128	111	120	126	124	112	144	111	151	169	116	171
	Dionísio Cerqueira	I	197	69	62	108	49	48	198	65	109	220	63	71	162	102	85	157	74	94
	Palmitos	II	si	si	si	32	17	43	80	47	138	65	56	152	99	68	102	94	50	126
	Pinhalzinho	I	185	72	80	211	78	60	3	83	93	54	117	102	115	93	84	19	91	88
Meio Oeste e Serra Catarinense	São Lourenço do Oeste	II	117	45	168	0,18	23	148	47	0,13	169	97	2	161	116	31	200	95	33	179
	Caçador	II	69	73	38	70	76	74	52	44	87	30	38	64	83	62	104	76	60	99
	Concórdia	II	134	44	105	37	39	107	140	55	116	154	54	123	171	67	138	152	59	146
	Curitibanos	I	164	67	47	135	66	57	123	71	59	186	98	63	245	84	59	308	47	58
	Lages	III	2	87	43	182	71	41	198	80	52	205	112	78	157	51	87	100	44	55
	São Joaquim	I	35	44	11	19	20	2	14	Si	6	79	104	87	51	47	83	109	33	66
Planalto Norte e Nordeste	Videira	I	105	102	59	114	71	67	132	108	88	130	129	77	166	122	216	85	103	170
	Canoinhas	II	300	78	54	260	66	107	287	93	97	264	78	98	230	68	84	179	79	75
	Jaraguá do Sul	II	123	84	74	138	63	66	194	89	95	208	90	78	217	100	95	195	112	98
	Joinville *	III, II, II*	210	156	126	364	187	149	176	152	112	130	137	113	139	89	120	152	117	134
	Mafra	II	6	39	14	13	35	25	46	45	42	86	18	65	80	23	84	68	11	79
Sul	São Bento do Sul**	I / II**	333	127	348	259	112	357	304	114	127	286	144	107	309	133	103	176	90	105
	Araranguá	I	278	50	52	354	94	114	316	95	112	330	97	95	390	110	113	183	126	101
	Braço do Norte	I	188	94	si	109	65	8	120	70	96	177	111	117	135	77	178	183	115	193
	Criciúma	I	166	100	203	350	95	157	335	110	180	318	130	128	304	86	103	453	188	157
	Içara	I	128	29	60	14	33	52	79	16	30	39	27	59	121	53	107	350	106	124
	Imbituba	I	107	62	73	99	29	89	107	86	91	124	93	107	109	97	74	109	144	72
	Laguna	I	157	80	65	30	35	79	107	94	56	295	64	144	117	70	116	119	31	133
Tubarão	II	184	30	42	311	34	39	259	41	40	77	69	69	110	65	75	84	82	82	
Vale do Itajaí	Blumenau	I e II	137	92	45	108	125	103	165	152	175	77	90	101	79	113	194	54	106	229
	Gaspar	I	145	86	58	100	90	73	111	78	68	115	93	51	138	97	104	92	133	84
	Ibirama	I	73	49	117	135	58	221	169	43	122	41	14	38	125	42	169	64	28	105
Rio do Sul	II	252	160	268	237	153	192	240	164	177	133	116	222	170	99	328	147	64	326	

Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs). Periodontia (Perio). Endodontia (Endo). Cirurgia oral (Cir).

Si: sem informação

A Tabela 2 apresenta a classificação do desempenho de cada município por macrorregião de saúde e ano. Em 2014, das sete macrorregiões do estudo apenas a da Foz do Rio

Itajaí obteve o desempenho ótimo em maior percentagem. Em 2015 o desempenho ótimo foi alcançado em maior percentagem, novamente pela Foz do Rio Itajaí, e pela macrorregião do Vale do Itajaí. Em 2016, repetiram-se as mesmas macrorregiões dos anos anteriores e acrescentou-se a macrorregião da Grande Florianópolis, com predomínio do desempenho ótimo. Em 2017, novamente, a macrorregião da Foz do Rio Itajaí e somente a Grande Florianópolis alcançaram a maior percentagem de desempenho ótimo. A classificação de desempenho ótimo manteve-se de 2014 a 2016, sendo conquistada por mais municípios, no entanto, em 2017, observa-se uma redução de macrorregiões. Em 2018, verificou-se uma mudança no padrão de desempenho, somente a macrorregião da Grande Florianópolis obteve um predomínio do desempenho ótimo, demonstrando uma redução na classificação de desempenho no Estado, de maneira geral. Em 2019, somente a macrorregião Sul obteve predomínio do desempenho ótimo. Portanto, observa-se uma progressiva melhora no desempenho de 2014 a 2016 e, a partir de 2017, uma redução de desempenho, com menor número de macrorregiões atingindo a classificação ótima.

Tabela 2 - Classificação de desempenho de cada município por macrorregião de saúde e ano, Itajaí, 2020.

Foz do Rio Itajaí	Tipo	Classificação de desempenho					
	CEO	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Balneário Camboriú	II	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Ótimo
Itajaí	II, II	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom
Itapema	I	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Bom	Regular
Navegantes	I	Regular	Regular	Regular	Regular	si	Ruim
Grande Florianópolis							
Biguaçu	I	Regular	Bom	Bom	Bom	Ótimo	Bom
Florianópolis	II, I, II	Bom	Ótimo	Bom	Ótimo	Bom	Bom
Palhoça	I	Ótimo	Bom	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Ótimo
Santo Amaro Imperatriz	I	Ruim	Regular	Ótimo	Regular	Regular	Regular
Grande Oeste							
Chapecó	III	Bom	Bom	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Ótimo
Dionísio Cerqueira	I	Regular	Regular	Bom	Regular	Bom	Regular
Palmitos	II	si	Ruim	Regular	Regular	Regular	Regular
Pinhalzinho	I	Regular	Regular	Ruim	Bom	Regular	Ruim
São Lourenço do Oeste	II	Bom	Regular	Regular	Regular	Bom	Regular
Meio Oeste/Serra Catarinense							
Caçador	II	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim	Regular	Ruim
Concórdia	II	Bom	Regular	Bom	Bom	Bom	Bom
Curitibanos	I	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular
Lages	III	Regular	Regular	Regular	Bom	Regular	Ruim
São Joaquim	I	Ruim	Ruim	si	Regular	Ruim	Regular
Videira	I	Bom	Regular	Bom	Bom	Ótimo	Bom
Planalto Norte e Nordeste							
Canoinhas	II	Regular	Bom	Regular	Regular	Regular	Regular
Jaraguá do Sul	II	Regular	Regular	Regular	Regular	Bom	Bom
Joinville	III, II, I	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Bom	Ótimo
Mafra	II	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim
São Bento do Sul*	I, II	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Bom
Sul							
Araranguá	I	Regular	Bom	Bom	Regular	Ótimo	Ótimo
Braço do Norte	I	si	Regular	Regular	Ótimo	Bom	Ótimo
Criciúma	I	Ótimo	Bom	Ótimo	Ótimo	Bom	Ótimo
Içara	I	Regular	Ruim	Ruim	Ruim	Bom	Ótimo
Imbituba	I	Regular	Ruim	Regular	Bom	Regular	Bom
Laguna	I	Regular	Ruim	Regular	Bom	Bom	Bom
Tubarão	II	Regular	Regular	Regular	Ruim	Regular	Ruim
Vale do Itajaí							
Blumenau	I, II	Regular	Ótimo	Ótimo	Regular	Bom	Bom
Gaspar	I	Regular	Regular	Regular	Regular	Bom	Regular
Ibirama	I	Regular	Bom	Bom	Ruim	Bom	Regular
Rio do Sul	II	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Bom	Bom

Nota: si – sem informação (dados não disponíveis no Sistema de Informação do SUS DATASUS).

*Município de São Bento do Sul: 2019 alteração na classificação de CEO tipo I para II.

A classificação global por macrorregião de saúde está apresentada na Tabela 3. Observa-se a predominância da classificação de desempenho regular em quatro macrorregiões (Grande Oeste, Meio Oeste e Serra Catarinense, Sul e Vale do Itajaí), ótimo em duas (Foz do Rio Itajaí e Planalto Norte e Nordeste) e ótimo/boa em uma (Grande Florianópolis).

Tabela 3 - Classificação global de desempenho por macrorregião de saúde, Itajaí, 2020.

Macrorregião de Saúde	Classificação de desempenho	Geral (%)
Foz do Rio Itajaí	Ótimo	43,5
	Bom	30,4
	Regular	21,7
	Ruim	4,3
Grande Florianópolis	Ótimo	37,5
	Bom	37,5
	Regular	20,8
	Ruim	4,2
Grande Oeste	Ótimo	13,8
	Bom	24,1
	Regular	51,7
	Ruim	10,3
Meio Oeste e Serra Catarinense	Ótimo	2,9
	Bom	28,6
	Regular	42,8
	Ruim	25,7
Planalto Norte e Nordeste	Ótimo	33,3
	Bom	16,7
	Regular	30,0
	Ruim	20,0
Sul	Ótimo	21,9
	Bom	26,8
	Regular	34,1
	Ruim	17,1
Vale do Itajaí	Ótimo	25,0
	Bom	33,3
	Regular	37,5
	Ruim	4,2

DISCUSSÃO

A implantação da Política Nacional de Saúde Bucal expandiu a assistência odontológica para populações vulneráveis e orientou a avaliação dos serviços (Brasil, 2004a). Os Centros de Especialidades Odontológicas, junto com a atenção básica, buscam evitar lacunas assistenciais e promover o fim das iniquidades no acesso à saúde, o que exige monitoramento contínuo dos serviços.

O presente trabalho verificou que o estado de Santa Catarina conta com 35 municípios com CEOs instalados desde 2014, que foram selecionados para o estudo. Pesquisa que verificou o cumprimento de metas dos CEOs na região Sudeste do Brasil observou um total de 151 destes centros nessa Região, sendo quatro no estado do Espírito Santo, 41 em Minas Gerais, 22 no Rio de Janeiro e 84 em São Paulo (Cabral et al., 2019). Na Região Sul foram encontrados 78, sendo 33 no estado do Paraná, 27 em Santa Catarina e 18 no Rio Grande do Sul (Moura et al., 2017). Na região Nordeste, foram avaliados os CEOs da Paraíba, por meio de dados secundários da produção ambulatorial, no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS e os autores encontraram 19 centros (Freitas et al. 2016). No Maranhão, avaliando o cumprimento de metas de produtividade através de um indicador, verificaram a presença de 25 CEOs (Thomaz et al., 2016).

O presente estudo observou um predomínio de CEOs tipo I em 51% dos estabelecimentos, seguido do tipo II (42%) e tipo III (7%), resultado contrário aos outros estudos encontrados, que apontam que a predominância foi do tipo II. Estudos realizados na região Nordeste do Brasil verificaram um predomínio de CEOs tipo II. Na Paraíba, foram avaliados 16 CEOs no ano de 2007 e 19 CEOs nos anos de 2008, 2009 e 2010, 50% eram do tipo I em 2007 e 52,6% do tipo II em 2008, 2009 e 2010 (Freitas et al., 2016). Santana et al. (2015) avaliaram o cumprimento das metas de desempenho dos CEOs numa região de saúde no estado da Bahia e observaram que, dentre os estabelecimentos avaliados, o tipo II foi o predominante. Estudo também ecológico realizado no Maranhão, que é o segundo maior estado da região Nordeste e o oitavo do Brasil, em 2010, somava 217 municípios e uma população estimada em 6.118.995 habitantes e possuía 28 CEOs, destes, foram excluídos três Centros que não atendiam aos critérios de inclusão, resultando em 25 CEO: 4 de tipo I, 20 de tipo II e 1 de tipo III, distribuídos em 22 municípios (Thomaz et al. 2016). Na Região Sudeste foram avaliados 151 CEO, a maioria também foi do tipo II (65,6%), seguido do tipo I (29,8%) e tipo III (4,6%) (Cabral et al., 2019). Estudos realizados na Região Sul do Brasil também verificaram um predomínio de CEOs tipo II. Em pesquisa na 2ª Regional de Saúde do Paraná observou-se o desempenho dos CEOs através do indicador de Cumprimento Global de Metas e indicadores socioeconômicos, por meio de dados secundários e os CEOs eram tipo II, exceto um no município de Curitiba que era tipo III (Gonçalves et al., 2018). Em outro estudo na Região Sul do Brasil, analisaram-se 78 CEOs, observou-se o predomínio de CEOs tipo II, a quantidade registrada foi a seguinte: 31 CEOs tipo I; 40 CEOs tipo II; e sete CEOs tipo III (Moura et al., 2017). Outros estudos realizados no Brasil também observaram a prevalência de CEOs tipo II entre os 774 estabelecimentos avaliados: 292 do tipo I; 431 tipo II; e 51 tipo III (Cortelazzi et al., 2014). Estudo que avaliou a atenção secundária no Brasil evidencia que a maioria dos 613 CEOs era do tipo II (58,2%), com apenas 7,4% de CEOs tipo III (Goes et al., 2012).

Ao analisar os procedimentos realizados, a periodontia apresentou o melhor desempenho, seguida de cirurgia oral e endodontia, corroborando com achados de outros estudos (Andrade et al., 2020; Cabral et al., 2019; Cortelazzi et al., 2014). Em um estudo observou-se que, entre 2008 e 2018, houve uma tendência de aumento no cumprimento de metas em cirurgia e periodontia no Brasil, e queda em endodontia, com maior desempenho no meio do ano (Andrade et al., 2020). O presente estudo avaliou metas anualmente, não permitindo verificar variações sazonais. Na região Sudeste, 61,6% das metas foram cumpridas em periodontia; 36,4% em cirurgia; e 25,8% em endodontia (Cabral et al., 2019), percentagens próximas ao estudo nacional de 55,9%, 33%, e 22,6%, respectivamente (Cortelazzi et al., 2014). Outro estudo, no Brasil, apresentou 50,9% para periodontia e endodontia, e 26,3% para cirurgia oral (Goes et al., 2012).

Um estudo realizado em CEOs do estado do Paraná observou que o CEO de Araucária apresentou o melhor cumprimento de metas em periodontia, seguido por Curitiba, porém Colombo obteve a percentagem mais baixa da meta cumprida (Gonçalves et al., 2018). Em estudo realizado na região Sul do Brasil, dos 78 CEOs avaliados, 10% atingiu as metas para endodontia, 25% para periodontia e 28% para cirurgia (Moura et al., 2017).

Estudos na região Nordeste do Brasil também verificaram o cumprimento de metas nas especialidades odontológicas (Santana et al., 2015; Freitas et al., 2016; Thomaz et al., 2016). Um estudo na Paraíba (Freitas et al., 2016) identificou resultado semelhante ao da

Região Sul do Brasil (Moura et al., 2017) com apenas 10,5% de CEOs atingindo a meta da especialidade de endodontia. Em estudo no Maranhão, com 25 CEOs, foi observado o maior cumprimento de metas na especialidade de endodontia, sendo 11 CEOs atingindo a meta, seguido de cirurgia com nove e oito para periodontia. CEOs do tipo I e III obtiveram os piores resultados no cumprimento de metas (Thomaz et al., 2016). Na Bahia, foi observado, em três CEOs, que nenhum desses atingiu a meta da especialidade (Santana et al., 2015).

Observa-se, no presente estudo, que a maioria dos municípios de Santa Catarina atingiu as metas em periodontia, endodontia e cirurgia, superando outros municípios brasileiros. Há uma grande variação no cumprimento de metas entre as regiões do Brasil, com a região Nordeste apresentando a menor proporção de CEOs, que alcançaram as metas odontológicas (Andrade et al., 2020).

O desempenho insuficiente no presente estudo em algumas especialidades pode ser justificado por encaminhamentos inadequados entre os níveis de atenção. Observa-se a especialidade de endodontia com o pior desempenho. Orienta-se uma melhor organização do sistema de regulação entre a atenção primária e de média complexidade (Moura et al., 2017).

A classificação de desempenho dos CEOs no presente estudo variou com a macrorregião de saúde do Estado em que o município está inserido e identificou-se o predomínio do desempenho regular em quatro das sete macrorregiões de saúde do estado, na qual somente uma meta de especialidade foi alcançada. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos realizados na Paraíba, no Brasil e região Sudeste do Brasil. Análises encontraram, na Paraíba, que 43,8% dos CEOs atingiram desempenho ruim (somente uma meta de especialidade alcançada) em 2007; 52,6%, em 2008; 57,9%, em 2009; e 63,2%, em 2010. Nenhum CEO obteve desempenho ótimo no ano de 2007, apenas um CEO (5,3%) obteve desempenho ótimo nos anos de 2008 e 2009, e dois CEOs em 2010 (10,6%) (Freitas et al., 2016). No Brasil, 69% dos CEOs tiveram um desempenho ruim/regular (Cortelazzi et al., 2014). Em estudo envolvendo 151 CEOs na região Sudeste, houve um predomínio do desempenho ruim em 27,8%; seguido de 23,8% de desempenho regular; 19,9% com desempenho bom; 14,6% desempenho péssimo; e 13,9% com desempenho ótimo (Cabral et al., 2019).

Observou-se um desempenho insatisfatório em alguns estudos (Santana et al., 2015; Goes et al., 2012). Na Bahia, verificou-se, na Região de Saúde do Jequié, desempenho ruim (não foi cumprida nenhuma meta) nos três CEOs da região (Santana et al., 2015). Nas macrorregiões de saúde do Brasil, o predomínio foi de desempenho ruim no Norte, Nordeste e Sul, bom no Centro Oeste e Sudeste (Goes et al., 2012).

Verificou-se, neste estudo, que o desempenho regular esteve em maior número, quando observado por macrorregiões de saúde, e por tipo de CEO. Nos CEOs tipo I, II, III observou-se uma maior frequência de desempenho regular, atingindo apenas uma meta de especialidade, corroborando com resultado encontrado na região Sudeste brasileira, CEOs tipo II e III obtiveram classificações semelhantes, que não cumpriram nenhuma meta ou apenas uma meta (Cabral et al., 2019).

Observa-se uma disparidade de resultados de desempenho, de acordo com a região brasileira. No estado da Bahia, a Região de Saúde de Jequié não atingiu nenhuma meta nas especialidades periodontia, endodontia e cirurgia oral (Santana et al., 2015). No entanto, no estudo de CEOs das cidades da 2ª Regional de Saúde do Paraná, houve resultado ótimo,

atingindo a meta em todas as especialidades, exceto no município de Colombo (Gonçalves et al., 2018). Já no presente estudo, observa-se que o município de Mafra obteve um desempenho ruim, não atingiu nenhum cumprimento de meta durante o período do estudo, no entanto o município de Balneário Camboriú obteve o desempenho ótimo em todos os anos observados no estudo, atingindo todas as metas. Logo, as condições locais devem influenciar nos resultados de desempenho do estabelecimento.

Entre 2003 e 2014, houve uma expansão no financiamento nos CEOs, gerando uma expressiva implantação de estabelecimentos (Andrade et al., 2020). Entre 2015 e 2017, um período de crises políticas impactou no atendimento, devido à diminuição de insumos e instrumentais (Chaves et al., 2018). Verifica-se, no presente estudo, uma crescente melhora no desempenho no estado de Santa Catarina, de 2014 a 2016, havendo uma redução, a partir de 2017 a 2019, que pode ser explicada pela crise política e financeira iniciada em 2015.

Nota-se um desempenho insatisfatório dos CEOs em diferentes localidades do Brasil, assim como em algumas macrorregiões de Santa Catarina. O Estado de Santa Catarina apresenta índices sociais, que estão entre os melhores do país: é o sexto Estado mais rico da Federação. A população estimada em Santa Catarina no ano de 2020 foi de 7.252.502 habitantes, distribuídos em 295 municípios, sendo a sua maioria residente em áreas urbanas (84%) e uma taxa de crescimento da população de 1,4% ao ano (IBGE, 2021). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,774 é superior ao do país, que apresentou 0,755. No entanto, ainda são presentes as desigualdades regionais: as regiões do Planalto Norte e Serra Catarinense concentram os municípios com menor IDH. Em Santa Catarina, 50 municípios tem o IDH abaixo da média do Estado. Um dos fatores que eleva o IDH, tanto de Santa Catarina, como do Brasil, é a esperança de vida ao nascer, que, no ano de 2017, foi de 79,4 anos no Estado e de 76 anos no país (Santa Catarina, 2019).

As diferenças de desempenho entre regiões no Brasil nos CEOs refletem o desenvolvimento econômico local. Regiões mais ricas (Sul e Sudeste) e mais pobres (Norte e Nordeste) indicam iniquidades sociodemográficas na implantação e nos cuidados inter e intrarregionais (Andrade et al., 2020). Ademais, observa-se situação semelhante em Santa Catarina, na qual macrorregiões como Grande Oeste, Meio Oeste e Serra Catarinense obtiveram o desempenho regular predominante e macrorregiões como Foz do Rio Itajaí e Planalto Norte e Nordeste obtiveram o desempenho ótimo. Nota-se que, na sua maioria, o desempenho do CEO é influenciado pelo Índice de Desenvolvimento Humano e o porte populacional dos municípios. Observou-se também que um atendimento integral na média complexidade está intimamente relacionado a um efetivo trabalho prestado na atenção básica (Silva; Gottens, 2017).

Machado et al. (2015) evidenciaram também a falta de planejamento nas implantações de CEOs, em que, muitas vezes, se observa a inexistência de instrumento de gestão regional que regule os fluxos de referência entre os níveis de complexidade, como um plano diretor de regionalização. Uma alternativa para diminuir as desigualdades em saúde é a descentralização dos serviços, através da municipalização e uma adequada interface da atenção básica e da especializada, fator importante para maior produtividade dos CEOs (Goes et al., 2012). A atenção básica, comumente, surge como uma barreira de acesso ao sistema. Ações preventivas individuais estão em pequeno número, orienta-se a implantação de protocolos que estimulem a longitudinalidade do cuidado (Chaves et al., 2012). Nota-se também que a

avaliação por produtividade é destacada como exigência de todos os níveis, do federal ao local, independentemente da posição do estabelecimento na Rede de Atenção à Saúde (Mello et al., 2014).

As limitações do presente estudo incluem as características do Sistema de Informação do SUS DATASUS que podem apresentar dados insuficientes ou incompletos comprometendo a avaliação adequada do serviço e a ausência de dados sociodemográficos das macrorregiões de saúde, inviabilizando uma avaliação mais abrangente desse critério.

CONCLUSÃO

A maioria dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina avaliado foi do tipo I, a especialidade periodontia atingiu a meta com maior percentual de procedimentos realizados e a especialidade endodontia com o menor percentual de metas atingidas. Com relação à classificação global por macrorregião de saúde, observa-se a predominância da classificação de desempenho regular em quatro macrorregiões (Grande Oeste, Meio Oeste e Serra Catarinense, Sul e Vale do Itajaí), ótimo em duas (Foz do Rio Itajaí e Planalto Norte e Nordeste) e ótimo/boa em uma (Grande Florianópolis).

Deseja-se que os resultados deste estudo possam auxiliar no planejamento e na execução de outros estudos sobre os Centros de Especialidades Odontológicas. Pretende-se que, a partir dos resultados obtidos, a gestão em saúde consiga constatar o padrão de desempenho dos estabelecimentos, auxiliando na análise da Rede de Atenção à Saúde, garantindo um melhor atendimento para o cidadão de qualquer localidade e, assim, promover a Política Nacional de Saúde Bucal, com redução das desigualdades de acesso à saúde e aprimorando a inclusão.

REFERENCES

- 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9. 2020.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.
- CABRAL, D. C. R.; FLÓRIO, F. M.; ZANIN, L. Análise do desempenho dos centros de especialidades odontológicas da Região Sudeste brasileira. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, 2019, p. 241-247.

- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Ficha de Estabelecimento**. Brasil, 2019. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 27 ago. 2019.
- CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. L.; REIS, C. S.; ROSSI, T. R. A.; BARROS, S. G. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, out. 2018, p. 76-91.
- CHAVES, S. C. L.; SOARES, F. F.; ROSSI, T. R. A.; CANGUSSU, M. C. T.; FIGUEIREDEO, A. C. L.; CRUZ, D. N.; CURY, P. R. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012, p. 3115-3124.
- CORTELLAZZI, K. L.; BALBINO, E. C.; GUERRA, L. M.; VAZQUEZ, F. L.; BULGARELI, J. V.; AMBROSANOL, G. M. B.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, 2014, p. 978-988.
- COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. A **política nacional de saúde bucal: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67p.
- FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, 2009, p. 259-267.
- FREITAS, C. H. S. M.; LEMOS, G. A.; PESSOA, T. R. R. F.; ARAUJO, M. F.; FORTE, F. D. S. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, 2016, p. 131-143.
- GOES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J. C.; SILVEIRA, F. M. M.; COSTA, J. F. R.; PUCCA JR, G. A.; ROSALES, M. R. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, 2012, p. s81-s89. Suplemento.
- GONÇALVES, J. R. S. N.; DITTERICH, R. G.; GONÇALVES, R. N.; GAVINA, V. P.; SILVA, R. O. C.; GRAZIANI, G. F.; KUSMA, S. Z. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, 2018, p. 432-438.
- IBGE 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>. Acesso em: 22 abr. 2021.
- MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2015, p. 1149-1163.
- MELLO, A. L. S. F.; ANDRADE, S. R.; MOYSES, S. J.; ERDMANN, A. L. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, jan. 2014, p. 205-214.
- MOURA, F. R. R.; TOVO, M. F.; CELESTE, R. K. Cumprimento de metas dos Centros de Especialidades Odontológicas da Região Sul do Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 1, 2017, p. 86-93.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Florianópolis: Gráfica do Estado/IOESC, 2018.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Florianópolis: Gráfica do Estado/IOESC, 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. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2015, p. 261-267.
- SILVA, H. E. C.; GOTTEMS L. B. D. Interface entre a atenção primária e a secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2017, p. 2645-57.
- THOMAZ, E. B. A. F.; SOUSA, G. M. C.; QUEIROZ, R. C. S.; COIMBRA, L. C. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, out./dez., 2016, p. 807-818.