

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E SOCIEDADE  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE E SOCIEDADE**

**PERFIL DA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS  
CIRÚRGICOS ODONTOLÓGICOS NA ATENÇÃO  
SECUNDÁRIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

**ALEXANDRE POLICARPO DA SILVA**

**Mossoró – RN**

**2015**

**ALEXANDRE POLICARPO DA SILVA**

**PERFIL DA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS  
CIRÚRGICOS ODONTOLÓGICOS NA ATENÇÃO  
SECUNDÁRIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof. Dr Eduardo José Guerra Seabra

**Mossoró-RN**

**2015**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E SOCIEDADE**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE E SOCIEDADE**

A COMISSÃO ABAIXO ASSINADA APROVA A DISSERTAÇÃO  
INTITULADA:

**PERFIL DA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS  
ODONTOLÓGICOS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA DO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO NORTE**

Elaborada por

**ALEXANDRE POLICARPO DA SILVA**

COMO REQUISITO FINAL PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE  
MESTRE EM SAÚDE E SOCIEDADE

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof Dr Eduardo José Guerra Seabra (Orientador)	UERN/RN	_____
Prof Dr Hécio Henrique Araújo de Moraes (Examinador interno)	UERN/RN	_____
Prof Dr <sup>a</sup> Maria de Fátima Jorge de Oliveira (Examinador externo)	UNP/RN	_____

**Mossoró - RN**  
**2015**

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

CEO	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CNES	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
DATASUS	DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ESB	EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
GM	GABINETE DO MINISTRO
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IDH	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
LRPD	LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
PNSB	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL
RN	RIO GRANDE DO NORTE
SB	SAÚDE BUCAL
SAI	SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS
SPSS	STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## LISTA DE TABELAS

TABELA I	DISTRIBUIÇÃO DOS CEOS POR REGIÕES DE SAÚDE E COBERTURA DE IMPLANTAÇÃO.....	24
TABELA II	DISTRIBUIÇÃO DOS CEOS POR TIPO E CREDENCIAMENTO NOS MUNICÍPIOS DO RN.....	27
TABELA III	DISTRIBUIÇÃO DOS CEOS POR REGIÕES DE SAÚDE E COBERTURA DE IMPLANTAÇÃO.....	29
TABELA IV	NÚMERO DE CEOS QUE CUMPRIRAM A POTARIA 1.464/2011 POR ANO.....	32
TABELA V	MÉDIAS DE PRODUTIVIDADE POR ANO PARA OS CEOS TIPO II.....	32
TABELA VI	CUMPRIMENTO DA META NOS 12 MESES EM CADA ANO.....	33
TABELA VII	ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA PRODUTIVIDADE EM 4 ANOS.....	34
TABELA VIII	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS MAIS EXECUTADOS NOS CEOS DO RN.....	36

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 DISTRIBUIÇÃO DOS CEOs POR REGIÃO DE SAÚDE NO RN 30

## RESUMO

**Introdução:** Buscou-se traçar o perfil de desempenho dos serviços de Cirurgia Odontológica na atenção secundária do RN, inserida nos CEOs, através de uma série histórica de produtividade entre 2010 e 2013. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo quantitativo descritivo, de caráter avaliativo normativo, utilizando como padrão de averiguação a quantidade mínima de procedimentos exigidos para cada tipo de CEO segundo a Portaria GM/MS nº 1.464, de 24 de Junho de 2011. Foram coletados dados secundários no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), obtidos diretamente do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de cada CEO participante. A análise estatística foi feita por via analítica, utilizando o teste Qui-Quadrado, considerando  $p < 0,05$ , e a descritiva utilizando mediana, mínima e máxima. **Resultados:** Dos 21 CEOs participantes da pesquisa apenas um conseguiu cumprir a meta em todos os anos analisados. Outros 4 CEOs conseguiram cumprir em apenas um dos anos e os demais não cumpriram em nenhum dos anos. Obteve-se medianas de produtividade para os CEOs tipo II nos quatro anos, variando de 0 a 158,5. Entre os CEOs tipo III de 77 a 194,5. O procedimento mais executado no período analisado foi a remoção de dente retido (incluso/impactado) com 23349 ocorrências. **Conclusão:** O desempenho normativo dos CEOs do RN em relação a especialidade de cirurgia odontológica pode ser considerado ruim, sendo necessárias mudanças a fim de se qualificar o serviço e o alcance de resultados pactuados.

**Palavras-chaves:** avaliação normativa; atenção secundária; Cirurgia Odontológica.

## ABSTRACT

**Background:** We sought to define the profile of performance of Dental Surgery services in secondary care RN, inserted in CEOs, through a historical series of productivity between 2010 and 2013. **Methods:** This is a descriptive study of quantitative, normative evaluation of character, using as standard-finding the minimum number of procedures required for each type of CEO according to the Decree GM / MS No. 1464 of 24 June 2011. We collected secondary data in the Outpatient Information System (SUS SIA -sus), obtained directly from the Department of SUS Information database (DATASUS), according to the National Register of Health Facilities (CNES) of each participant CEO. Statistical analysis was performed by analytical means using the chi-square test, with  $p < 0.05$ , and the descriptive using median, minimum and maximum. **Results:** Of the 21 participating CEOs of research just managed to meet the goal in all the years analyzed. Other 4 CEOs managed to meet in one year and the other not fulfilled in any year. Obtained yield to median type II CEOs in the four years, ranging from 0 to 158.5. Among the CEOs type III from 77 to 194.5. The most performed procedure in the period analyzed was the removal of retained tooth (included / impacted) with 23349 occurrences. **Conclusion:** The normative performance of RN CEOs for dental surgery specialty can be considered poor, with necessary changes in order to qualify the service and the achievement of agreed results.

**Keywords:** normative evaluation; secondary care; Dental Surgery



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1	Objetivo geral.....	13
2.2	Objetivos específicos.....	13
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
3.1	O Sistema Único de Saúde e a Saúde Bucal.....	14
3.2	A rede de atenção em Saúde Bucal.....	16
3.3	A Cirurgia Odontológica na Atenção à Saúde Bucal.....	19
3.4	Avaliação de serviços de saúde.....	21
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
4.1	Caracterização da pesquisa.....	23
4.1.1	Cenário do estudo.....	23
4.1.2	Natureza do estudo.....	24
4.2	População e amostra.....	25
4.3	Procedimento para coleta dos dados.....	25
4.4	Análise estatística.....	26
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>40</b>
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>41</b>

## I INTRODUÇÃO

Por muito tempo ao longo da história do Brasil a Odontologia se estruturou em modelos de prestação da assistência pautado nas seguintes características: ações de natureza cirúrgico-reparadora; procedimentos de alto custo; prática iatrogênico-mutiladora; biologicista; individualista; inacessível à maioria da população; pouco resolutiva e de baixo impacto social. As conseqüências de modelo foi um acúmulo de demanda reprimida <sup>1</sup>.

Pelos serviços públicos de Odontologia terem suas prática centradas na assistência ao indivíduo doente e restrita ao ambiente clínico-cirúrgico, no decorrer do tempo surgiram diversos modelos assistenciais que tentaram romper com esse paradigma, culminando na criação da Saúde Bucal Coletiva e sua inserção no Sistema Único de Saúde.

O SUS foi instituído pela constituição de 1988, graças às propostas de uma estruturação do sistema de saúde oriundas da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que por sua vez foi desencadeada pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira das décadas de 70 e 80, envolvendo profissionais de saúde, intelectuais, lideranças políticas e a sociedade que se viam insatisfeitos com a precariedade do sistema de saúde então vigente <sup>2</sup>.

Com a implantação do SUS e a inserção da Saúde Bucal, o quadro da assistência odontológica vem sendo equacionado pelo sistema público de atenção à saúde, tendo por base um modelo Universal, equânime e integral, que constantemente vem sendo revisado, reformulado e ampliado, buscando melhorias na saúde bucal da população Brasileira <sup>1,3</sup>. Mesmo com um modelo pautado na universalidade da atenção, existe ainda uma grande demanda acumulada para a atenção em saúde bucal. Para se ter idéia, até o ano de 2004 a Saúde Bucal se restringia praticamente aos procedimentos da Atenção Básica. Os serviços especializados no SUS correspondiam a 3,5% dos procedimentos clínicos Odontológicos. Isso comprometia a oferta de ações e serviços articulados e contínuos, indo contra o princípio da integralidade da atenção à Saúde Bucal da população Brasileira <sup>1,3,4</sup>.

Nessa perspectiva, foi instituído pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – no ano de 2004, propondo novas ações de

qualificação da atenção, assegurando aos brasileiros a ampliação do atendimento odontológico, de forma equânime e integral, incluindo a Saúde Bucal como direito de cidadania <sup>4</sup>.

O Brasil Sorridente tem como principais linhas de ação a reorganização da atenção básica em saúde bucal, por meio do fortalecimento das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; assim como a implantação e qualificação da Atenção Especializada, em particular por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs), na atenção secundária. Assim como a Assistência Hospitalar, na atenção terciária <sup>5</sup>.

Os CEOs viabilizam a oferta de atenção secundária, se estabelecendo como unidades de referência à atenção básica, através de procedimentos clínicos que complementam àqueles desenvolvidos pela atenção básica, lugar este, onde o usuário é primeiramente atendido e encaminhado. Os CEOs podem ser integrados ao processo de planejamento locorregional, e devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia Bucal. Em função dos seus recursos físico-estruturais podem ser classificados em três tipos: Centros de Especialidades Odontológicas tipo I (três cadeiras odontológicas); Centros de Especialidades odontológicas tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas); e, Centros de Especialidades Odontológicas tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de Centro de Especialidades Odontológicas <sup>6</sup>.

Com a consolidação e expansão da atenção básica, e os estímulos a expansão da atenção especializada, em especial os CEOs, a rede de atenção a saúde bucal foi, e está sendo, fortalecida por permitir um fluxo de referência e contra-referência dentro do sistema, possibilitando a atenção integral à saúde bucal do indivíduo, trazendo melhorias a sua qualidade da saúde bucal, pois a possibilidade de tratamentos integrais e adequados às necessidades dos usuários, com procedimentos que antes, eram inacessíveis a boa parte da população <sup>5,7</sup>.

Tendo em vista que o processo de funcionamento em rede da saúde bucal pode ser considerado recente, se faz necessárias avaliações e controle permanentes, para que o sistema possa ser revisado e reformulado constantemente em busca de um melhor funcionamento. No Brasil, as pesquisas a respeito da Atenção Secundária em Saúde Bucal são recentes e ainda escassas, mas

importantes por ser um dos carros-chefe do Brasil Sorridente, e, por conseguinte da organização dos serviços de Saúde Bucal<sup>3,4</sup>.

Avaliar um serviço de saúde consiste em realizar um julgamento de valor, tendo por base os componentes que o constituem como a estrutura física, logística de funcionamento, procedimentos realizados, profissionais e satisfação dos usuários; permitindo assim uma tomada de decisão embasada e direcionada, levando o serviço a uma melhor eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas<sup>8</sup>.

A avaliação normativa é um instrumento de acompanhamento dos serviços, que pode ser considerada nos dias atuais tendo em vista os avanços e a diversificação dos sistemas de informação em saúde, permitindo acesso a um leque variado de dados. Esse tipo de avaliação permite traçar perfis dos serviços, identificar erros na logística de funcionamento e detectar inconsistências no processamento e transmissão de dados. É realizada quando se compara o que as unidades ou serviços de saúde executaram com o que está preconizado pelas instâncias gestoras, sejam elas municipais, estaduais ou federais<sup>8</sup>.

Em relação aos CEOs, quando se fala de avaliação normativa, os sistemas de informação são úteis por permitir o acompanhamento da produção ambulatorial, a construção de indicadores das ações desenvolvidas, sendo uma ferramenta de avaliação que permite traçar um perfil do serviço<sup>9</sup>.

Em se falando de atenção secundária, mais especificamente de CEO, não existem artigos científicos na literatura que avaliem a desempenho do serviço de cirurgia. Porém, sua avaliação é relevante no que diz respeito a geração de informações a serem usadas no planejamento e execução das ações por parte dos gestores, focando nas necessidades dos usuários, no acesso aos serviços e nas situações enfrentadas pelos profissionais que trabalham no setor<sup>9,10</sup>.

Devido a importância dos CEOs como uma das prioridades do Brasil Sorridente e ferramenta que subsidia a atenção integral a saúde bucal, é indispensável se obter um perfil do serviço através de avaliações das ações prestadas, para que as tomadas de decisão por parte dos gestores sejam embasadas pela realidade.

As poucas pesquisas que avaliam esse nível de atenção e que mostram, em parte, o não cumprimento das metas globais propostas pela esfera central de governo, subsidiam a necessidade de novas pesquisas. E especificamente em

cirurgia, como não existem pesquisas publicadas que analisem a especialidade no âmbito dos CEOs, faz-se necessário investir em pesquisas que retratem a realidade desse serviço, levantando informações que possam ajudar a estruturar o processo de planejamento e redefinir, ou definir, as estratégias de organização e funcionamento dos serviços.

## **II OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Traçar o perfil de desempenho dos serviços de Cirurgia Odontológica na Atenção Secundária do RN, inseridos nos CEOs.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Verificar o cumprimento das metas estabelecidas pela esfera central de governo, para cada tipo de CEO, na especialidade de cirurgia;

Elencar os procedimentos cirúrgicos mais executados e os menos executados;

### III REVISAO DA LITERATURA

#### 3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SAÚDE BUCAL

A prestação de serviços públicos em saúde no Brasil ao longo da história foi marcada por diferentes modelos com diferentes enfoques e interesses, desde ações sanitárias em portos, por onde se exportava produtos da nação, à proteção do trabalhador para que o mesmo não deixasse de produzir.

Somente no ano de 1988 a prestação dos serviços de saúde passou a ser obrigatoriedade do Estado a todo e qualquer cidadão. Foi por meio da Constituição Federativa Brasileira, que o acesso passou a ser universal aos serviços de saúde. Essa conquista só veio com muita luta, em um movimento conhecido como Reforma Sanitária, em que pensadores, intelectuais, pesquisadores, profissionais da saúde e a população de uma forma geral lutaram por mudanças. Forma, junto à Constituição, a base legal da criação do SUS, a lei 8.080 e a 8.142 ambas de 1990 <sup>2, 11</sup>.

A criação do SUS por meio da Constituição veio afirmar que o Estado e seus governantes teriam que cumprir o compromisso com os direitos dos cidadãos, permitindo assim uma mudança tanto filosófica, na forma de se pensar a saúde, quanto de organização da prestação de serviço, tendo a partir de então a proposta de um modelo de atenção à saúde, englobando a promoção, a prevenção e a assistência, de forma universal com base nos princípios de equidade, integralidade e com participação social<sup>12</sup>.

A saúde bucal acompanhou as mudanças que aconteciam na forma de se pensar e executar a saúde pública no país no início da década de 90, isso a passos lentos, é preciso dizer. No início se preocupou basicamente com escolares, com uma visão marcante do curativismo. Em paralelo surge nos bancos das universidades uma forma de se pensar a Odontologia do âmbito do serviço público de forma diferente da que até então vinha sendo executada. Utilizava os princípios do SUS como alicerce à prestação do serviço, tendo a promoção da saúde bucal seu eixo fundamental <sup>13</sup>.

A saúde bucal acompanhou no processo de construção e implantação do SUS a elaboração de políticas públicas, buscando a transformação da prática de assistência odontológica, até então marcada por similaridades entre a prática pública

e a privada, caracterizando-se por ser ineficaz, ineficiente, de baixa cobertura, com baixa resolubilidade e distribuída geográfica e socialmente de forma desigual <sup>14</sup>.

No intuito de aprimorar a Saúde Bucal o governo federal decidiu incorporar, através de incentivos financeiros, a Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, isso no ano de 2000, através da Portaria GMMS 1.444 de 28 de dezembro. Assim ocorre uma maior atuação da odontologia na atenção primária em saúde, e conseqüentemente uma expansão do alcance da saúde bucal. Com foco na família, e não o indivíduo, a ESB é inserida em uma área adstrita, com mudanças no modelo de prestação de serviço, que se caracterizava por ser curativo-mutilador e de ações de promoção apenas à escolares, tecnicamente mais fácil, pois, além do atendimento clínico, passariam a atuar na comunidade realizando levantamentos epidemiológicos, ações preventivas e de educação em saúde, buscando a promoção da saúde bucal das famílias <sup>15,16</sup>.

Mesmo com a inserção da SB na ESF de maneira progressiva e rápida a partir do ano de 2001, os resultados do levantamento epidemiológico de Saúde Bucal realizado no ano de 2003 (SB Brasil 2003) foram preocupantes. O que, entre outras informações, levou o governo federal a formular e lançar o Brasil Sorridente/Política Nacional de Saúde Bucal, que teve como marco superar um histórico de falta de compromisso para com o direito do cidadão de ter acesso a serviços de saúde bucal resolutivos <sup>5,17,18</sup>.

A formulação e lançamento do Brasil Sorridente foi impulsionado pelo acontecimento da III Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada no mesmo ano de lançamento da política, que teve como tema: “Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”. Existia um clima de cobrança e expectativas para que o governo buscasse atender as reivindicações, que eram históricas <sup>19</sup>.

Após o lançamento da PNSB vieram portarias que normatizaram a implantação e o credenciamento dos CEOs, através da Portaria GMMS nº 1.570 de 29 de julho de 2004, revogada em 23 de março de 2006 pela Portaria GMMS nº 599. O financiamento para esses estabelecimentos foi normatizado pela Portaria GMMS nº 1.571 em 29 de julho de 2004, que foi revogada pela Portaria GMMS nº 1.341 de 13 de junho de 2012. A Portaria 1.464 de 24 de junho de 2011 definiu os procedimentos mínimos a serem executados por cada tipo de CEO por especialidade.



Os CEOs são classificados, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – como sendo uma Clínica Especializada que devem oferecer minimamente os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção precoce do câncer de boca, serviços de periodontia especializada, cirurgia bucal dos tecidos moles e duros, serviços de endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais<sup>6</sup>.

### **3.2 A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

Com o processo de municipalização das ações do SUS vieram benefícios como o fato de o responsável pela execução das ações está próximo à população, permitindo que esta participe das tomadas de decisões, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde, assegurados pela lei 8.142/90. Porém a municipalização trouxe dificuldades; e uma das principais foi a fragmentação das ações e serviços. Talvez porque os municípios não tivessem condições financeiras e/ou de capacidade de gestão não disponibilizavam todos os serviços necessários à população, e não articulava os existentes para se complementarem<sup>10</sup>.

Diante dessa realidade passou-se a discutir a importância de articular os serviços em rede, integrando a diversidade de ações e serviços que se fazem necessários para atender de forma digna as necessidades de uma população. Esse arranjo organizacional do SUS foi fortalecido pela publicação do Decreto 7.508 em 28 de junho de 2011, que regulamentou a lei 8.080/90, dispondo sobre a organização do SUS<sup>20</sup>.

As Redes de Atenção à Saúde se caracterizam por relações entre os serviços e suas ações de forma horizontal, dentro de um mesmo nível de complexidade, e de forma vertical articulando os diferentes níveis de complexidade, de forma crescente. Com isso a integralidade da assistência à saúde seria garantida. A regência dessa articulação fica por conta da Atenção Básica, considerada a principal porta de entrada do sistema, e responsável por solucionar cerca de 80% dos problemas e necessidades de saúde de uma população<sup>21</sup>.

Na Saúde Bucal a idéia de funcionamento em rede já existia desde 2004, com o lançamento da Política de Saúde Bucal, que trouxe diretrizes de fortalecimento da atenção básica na ESF, e ampliação dos níveis secundários e terciários, funcionando estes, de forma integrada a atenção básica e com cuidados progressivos dentro da rede. O processo de mudança nos conceitos e forma de

operar a saúde bucal no SUS, rompendo com paradigmas de modelos anteriores considerados de pouca resolutividade, permitindo a construção de um serviço articulado de forma integral, em busca de uma atenção contínua e resolutiva<sup>21, 22</sup>.

A Saúde Bucal se organiza nos dias atuais a fim de garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, fortalecendo e ampliando o acesso. A atenção básica fica por conta das ESB, inseridas na ESF, sendo responsáveis por resolver a maior parte dos problemas de saúde bucal da população, assim como realizar as ações de promoção e prevenção em saúde bucal. A atenção secundária é de responsabilidade dos CEOs e dos laboratórios regionais de próteses dentárias, recebendo os usuários cujos problemas não foram resolvidos pelas ESB<sup>5</sup>.

A ESB inserida na ESF permite a prática das ações do serviço em uma perspectiva de trabalho em que os profissionais se envolvem, estabelecendo vínculo territorial, com a população sob sua responsabilidade sanitária; e junto com os demais membros da ESF em uma gestão participativa buscam meios e alternativas para darem respostas às necessidades da população, tanto em âmbito individual como coletivo, através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, fundamentando o trabalho nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo<sup>4, 22, 23</sup>.

Existem três tipos de modalidades de ESB estabelecidas pelo Ministério da Saúde, sendo a tipo I, com 1 Cirurgião-Dentista e 1 Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal; tipo II, 1 Cirurgião-Dentista, 1 Auxiliar em Saúde Bucal e 1 Técnico em Saúde Bucal; e o tipo III que tem o componente móvel da atenção à saúde bucal, a Unidade Odontológica Móvel, que é de uso exclusivo dos integrantes da ESB para facilitar as atividades em regiões de difícil acesso, como áreas rurais, quilombolas, assentadas, e em áreas isoladas ou de difícil acesso. A escolha da modalidade a ser implantada fica a cargo do município, porém independente da modalidade escolhida e implantada, os profissionais de SB, devem compartilhar a gestão e se integrar ao processo de trabalho da equipe da ESF tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes<sup>22, 23</sup>.

Os CEOs têm por objetivo ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, a fim de suprir uma demanda reprimida oriunda das ESB da ESF. Oferecendo as especialidades de diagnóstico bucal, periodontia especializada, endodontia, cirurgia Bucal e atendimento a portadores de necessidades especiais serve como referência aos procedimentos que a atenção básica não conseguiu executar por falta de tecnologia, sendo uma continuidade e complementaridade do serviço realizado no primeiro nível. (5, 6)

Existem três tipos de CEO, sendo o tipo I composto por três cadeiras odontológicas, e que recebe mensalmente do Ministério da Saúde R\$ 8.250,00 para custeio e manutenção; o tipo II que tem de 4 a 6 cadeiras, e recebe mensalmente R\$ 11.000,00; e o tipo III que tem 7 ou mais cadeiras recebendo custeio no valor de R\$ 19.250,00. O credenciamento do estabelecimento e do tipo é solicitado pelos municípios ao Ministério da Saúde, que lança portaria habilitando a implantação. O custeio, além do que o ministério repassa, deve ser de responsabilidade compartilhada com o município por meio de contrapartida. O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas poderá ser suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternada no período de um ano, sendo mantida até a regularização da produção mínima mensal<sup>24</sup>.

Sabendo que a atenção à saúde bucal deve se organizar em rede, em que os diferentes estabelecimentos de saúde, em diferentes níveis de complexidade, se complementam em relação à assistência, deve existir por tanto um fluxo progressivo de cuidados dentro dessa rede, com sistemas de referência e contra-referência bem definidos permitindo organizar a oferta e compreender as formas exequíveis de intervenção. Nesse contexto os profissionais da atenção básica devem ser os responsáveis pelo primeiro atendimento, individual ou coletivo, aos usuários; e por conseguinte responsáveis por iniciar o fluxo do usuário pela rede, por meio de referência aos CEOs apenas dos casos mais complexos<sup>10, 21</sup>.

A atuação da atenção à saúde bucal em forma de rede, prezando pela universalidade do acesso e integralidade dos cuidados ainda pode ser considerada um desafio, posto que o processo de referência e contra-referência ainda encontra dificuldades em estabelecer um fluxo ordenado de informações e de usuários entre

os diferentes espaços da rede. Reorientações no funcionamento do sistema permitindo que a atenção básica seja a coordenadora inicial do fluxo na rede, assim como esteja aberta a receber de volta àqueles que regridem dos outros níveis, criando um esquema de serviços organizados por nível de complexidade, permitirão encurtar o caminho para a resolução das necessidades em saúde bucal<sup>21, 25</sup>.

### **3.3 A CIRURGIA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL**

A cirurgia odontológica no âmbito do SUS é realizada nos três níveis de complexidade da rede de atenção à saúde bucal, obedecendo ao princípio da integralidade.

Na atenção básica, as ESB são responsáveis por realizarem procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, como exodontias simples, inclusive as de indicação protética e ortodôntica, e remoção de raízes residuais. É de responsabilidade dos clínicos gerais da ESF o diagnóstico e tratamentos das lesões com diagnóstico exclusivamente clínico, como: herpes recorrente, gengivo-estomatite herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidíase e queilite angular. Caso o clínico sinta-se capacitado, poderá diagnosticar e tratar também as demais lesões<sup>26</sup>.

As ESB da ESF deveram encaminhar aos CEOs àqueles usuários em tratamento que necessitem de procedimentos cirúrgicos especializados. Porém o encaminhamento deve ocorrer após o usuário receber, minimamente, procedimentos de adequação do meio bucal, como eliminação de fatores retentivos de placa, remoção de restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e controle de placa supragengival. Isto se faz necessário para eliminar ou controlar focos infecciosos cuja contaminação possa interferir durante a realização do procedimento cirúrgico especializado. A exceção se dá quando ocorrem situações de urgência, em que não exista na atenção básica estrutura física ou de capacidade de pessoal para a realização do atendimento, como no caso de uma luxação de articulação ou traumas dentoalveolares. Nesses casos o encaminhamento pode ser feito sem a realização dos procedimentos básicos<sup>26</sup>.

A área de cirurgia bucal foi efetivada dentro da atenção secundária, mais especificamente do CEO, por meio da portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006, que definiu a implantação e o credenciamento dos CEOs. E o rol de procedimentos da especialidade é descrito pela portaria GM/MS nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Segundo a referida portaria para cada tipo de CEO existe um número

mínimo de procedimentos a serem realizados mensalmente, sendo: para o tipo I 80 procedimentos/mês; tipo II 90 procedimentos/mês; e para o tipo III 170 procedimentos/mês<sup>24</sup>.

Os procedimentos listados na Portaria 1.464/2011 são os seguintes:

1. Biópsia de glândula salivar;
2. Biópsia de osso do crânio e da face;
3. Biópsia dos tecidos moles da boca;
4. Tratamento de nevralgias faciais;
5. Contenção de dentes por esplintagem;
6. Osteotomia das fraturas alveolodentárias;
7. Redução de fratura alveolodentária sem osteossíntese;
8. Redução de luxação têmporomandibular;
9. Retirada de material de síntese óssea/ dentária;
10. Reconstrução parcial do lábio traumatizado;
11. Excisão de cálculo de glândula salivar ;
12. Exerese de cisto odontogênico e não-odontogênico;
13. Tratamento cirúrgico de fístula intra/extra-oral;
14. Frenectomia;
15. Sinusotomia transmaxilar;
16. Correção cirúrgica de fístula oronasal/oro-sinusal;
17. Drenagem de abscesso da boca e anexos;
18. Excisão de rânula ou fenômeno de retenção salivar;
19. Excisão e sutura de lesão na boca;
20. Excisão em cunha do lábio;
21. Retirada de corpo estranho dos ossos da face
22. Retirada de meios de fixação maxilo-mandibular
23. Tratamento cirúrgico de fístula oro-sinusal/oro-nasal
24. Apicectomia c/ ou s/ obturação retrograda;
25. Aprofundamento de vestibulo oral (por sextante);
26. Correção de bridas musculares;
27. Correção de irregularidades de rebordo alveolar;
28. Correção de tuberosidade do maxilar;
29. Curetagem periapical;
30. Enxerto ósseo de área doadora intrabucal;
31. Exodontia múltipla c/ alveoloplastia por sextante;
32. Glossorrafia;
33. Marsupialização de cistos e pseudocistos;
34. Odontosecção/radilectomia/tunelização;
35. Reimplante e transplante dental (por elemento);
36. Remoção de dente retido (incluso/impactado);
37. Remoção de tórus e exostoses;
38. Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental;
39. Tratamento cirúrgico p/ tracionamento dental;
40. Tratamento de alveolite;
41. Ulotomia/ulectomia.

### 3.4 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Avaliar um serviço de saúde tem como objetivo a utilização de ferramentas composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações de um determinado serviço. Os resultados servem para se buscar aprimoramento, direcionar o planejamento e os recursos. Trata-se de levantar informações que embasem o julgamento e a tomada de decisões<sup>27</sup>.

A avaliação de serviços públicos toma corpo após a segunda guerra mundial, quando surge a necessidade, pela crise mundial vivenciada no pós guerra, de se aplicar recursos de forma mais eficaz e eficiente. No Brasil o processo foi, e está sendo, lento. A partir dos anos 80 surgiram as avaliações de políticas públicas, inicialmente nas universidades e posteriormente pela administração pública. Porém ainda sem conceitos, métodos e técnicas bem definidas.

Esse processo veio crescendo progressivamente, chegando aos dias atuais a ser incorporada ao processo de trabalho e de planejamento do Ministério da Saúde. O principal exemplo é o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualificação da atenção; lançado em 2011, que busca dar maior transparência aos serviços de saúde, por avaliar sua efetividade, comparando os serviços em municípios iguais dentro de um mesmo padrão ou estrato. Busca-se assim obter subsídios para melhorar a capacidade gestora dos responsáveis pela prestação dos serviços, buscando maior acesso e qualidade. Nos dias atuais existem os programas que avaliam as Equipes de Atenção Básica; as Equipes de Saúde Bucal; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; e os CEOs<sup>28</sup>.

Essa incorporação da avaliação em nível nacional pode ter sido o ponto de partida para um processo de profissionalização das gestões em nível local, levando os atores a buscarem essas informações, trazendo-as à base do processo de planejamento, sendo luz para o processo de definição de prioridades e reorientação de práticas<sup>29</sup>.

As avaliações de serviços de saúde podem se dá, fundamentalmente, de duas formas: a avaliação normativa, em que se avalia a aplicação de critérios e normas pré-estabelecidos para o serviço, levando em consideração seus diferentes componentes como estrutura física, processos de trabalho, recursos físicos, materiais empregados e resultados obtidos. A outra é a pesquisa avaliativa, que

utiliza procedimentos científicos para analisar os diferentes componentes do serviço, associando-os à realidade e ao contexto em que ele se situa<sup>8</sup>.

As informações produzidas pelas avaliações dos serviços de saúde devem subsidiar, com maior legitimidade, a identificação de pontos críticos, influenciando positivamente nas intervenções em busca de superá-los. Diante da complexidade do trabalho em saúde, não se pode intervir em tudo aquilo que se julgue necessário, pois deve-se considerar os aspectos políticos, financeiros, de força de trabalho, de recursos estruturais, de tempo; sendo assim o estabelecimento de prioridades se faz condição *sine qua non*, para que se possa solucionar, de forma concreta, os problemas identificados.

## IV METODOLOGIA

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

#### 4.1.1 Cenário do estudo

O estudo foi realizado com os CEOs do Estado do Rio Grande do Norte, que segundo dados da Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde possuía em dezembro de 2014, 25 CEOs, distribuídos em 22 municípios.

O Estado do RN caracteriza-se como a 16ª unidade da federação brasileira mais populosa e a décima mais povoada com uma população de 3.168.027 habitantes, distribuídos em 167 municípios que ocupam uma área de 52.810,699 km<sup>2</sup>, resultando em uma densidade de 60 hab./km<sup>2</sup>. Esse contingente populacional corresponde a 1,7% da população brasileira e 6% da população nordestina, de acordo com os dados do último Censo Demográfico do IBGE (2010), apresentando um IDH equivalente a 0,705 e esperança de vida média de 71,15<sup>31</sup>.

A análise da distribuição populacional evidencia ainda que 77,8% da população total do RN concentram-se na área urbana, sendo a Região Metropolitana a que reúne o maior percentual de urbanização (37,5%) do Estado. Em relação a isso se observa que a população rural, que até a década de 70 era superior à urbana, atualmente equivale somente a 22,2% da população total do RN. Enquanto a população urbana quase triplicou nos últimos 30 anos, a rural foi reduzida no mesmo período. O grau de urbanização do estado, entre 1970/2011, ocorreu de forma crescente e acelerada, tal como observado na maioria dos estados brasileiros<sup>31</sup>.

O RN é dividido em oito regiões de saúde, obedecendo ao princípio da regionalização. Todas as regiões do estado contam com a presença de CEOs, tendo sido os primeiros credenciados no ano de 2005, um ano após o lançamento do Brasil Sorridente, e o último em 2014. Porém quando se aferi o percentual de cobertura municipal no estado, esse fica em torno de 12,6% dos municípios cobertos por CEO. E em cada região esse percentual se mostra variável, indo de 8% a 80%, conforme se pode analisar na tabela a seguir<sup>31</sup>.



TABELA I – DISTRIBUIÇÃO DOS CEOS POR REGIÕES DE SAÚDE E COBERTURA DE IMPLANTAÇÃO

REGIÃO DE SAÚDE	Nº TOTAL DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO	Nº DE MUNICÍPIOS COM CEO NA REGIÃO	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COBERTOS POR CEO NA REGIÃO	POPULAÇÃO TOTAL DA REGIÃO	POPULAÇÃO SOMADA DOS MUNICÍPIOS QUE TÊM CEO	PERCENTUAL DE POPULAÇÃO COBERTA NA REGIÃO
I (Litoral sul e Agreste)	27	5	18,5%	351.502	150.879	42,92%
II (Oeste)	15	2	13,3%	448.904	279.391	62,23%
III (Mato Grande e Salineira)	25	3	12%	312.919	129.322	41,32%
IV (Seridó)	25	2	8%	295.726	63.006	21,30%
V (Trairí e Potengi)	21	2	9,5%	185.719	28.199	15,18%
VI (Alto Oeste)	36	2	5,5%	230.042	35.664	15,50%
VII (Metropolitana)	5	4	80%	1.187.899	1.163.330	97,93%
VIII (Vale do Açu)	13	1	7,7%	155.316	53.227	34,27%

Fontes: MS/DAB/CGSB; IBGE; SESAP/RN

#### 4.1.2 Natureza do estudo

O estudo é do tipo quantitativo descritivo, de caráter avaliativo normativo, utilizando como padrão a ser averiguado a quantidade mínima de procedimentos exigida para cada tipo de CEO segundo a portaria Portaria nº 1.464, de 24 de Junho de 2011. Para tanto se utilizou dados secundários, a partir do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), obtidos diretamente do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos CEOs que foram pesquisados. Os dados foram coletados a partir de uma série histórica de 5 anos da produção dos CEOs do RN segundo “quantidade aprovada” registrados pelo SIA-SUS entre os anos de 2010 a 2014.

## **4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

### **População**

A população do estudo é composta por pelos 25 CEOs credenciados pelo Ministério da Saúde para o estado do RN.

### **Amostra**

Para definição do tamanho da amostra foi estabelecido como critério de inclusão, os CEOs que foram implantados até o mês de outubro de 2009, por meio de portaria ministerial, conseqüentemente com produção de três meses disponíveis no banco de dados do DATASUS, antes da data de início da série histórica. Resultando em 21 estabelecimentos.

## **4.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS**

Os dados de produtividade foram coletados no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) diretamente do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), utilizando o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) dos CEO pesquisados. As informações foram acessadas em janeiro e fevereiro de 2015, utilizando o Programa Tab para Windows – Programa TABWIN do Ministério da Saúde.

Utilizou-se como guia de busca a “produção ambulatorial, por local de atendimento – a partir de 2008” para o estado do RN, e a “Quantidade aprovada por Ano/mês processamento segundo Procedimento”. Realizou-se a busca utilizando o número do cnes de cada CEO pesquisado, e indicando nominalmente todos os procedimentos que contam na Portaria nº 1.464, de 24 de Junho de 2011 para o cálculo da produção mínima de cirurgia nesses estabelecimentos. Isso para todos os 21 CEOs incluídos na pesquisa.

#### **4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Os dados coletados foram exportados para Microsoft Office Excel 2010 onde foram tabulados, e após analisados estatisticamente pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Science) 22.0, realizando-se a avaliação da normalidade dos dados por meio do teste Shapiro-Wilk. A análise estatística analítica foi feita por meio do teste Qui-Quadrado (Tabela de contingência L x C), para testar a significância estatística dos valores categóricos dos que alcançaram ou não a meta estabelecida pela portaria por ano pesquisado. O nível de significância estatística adotado foi  $p < 0,05$ . A análise estatística descritiva utilizou proporções, medianas, valores mínimos e máximos.

## V RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO RN

O Estado do RN conta com 25 CEOs em funcionamento distribuídos em 21 municípios. Estando presentes em municípios que vão de 12.356 habitantes a municípios com 803.739, sendo este último a Capital do Estado, Natal, que tem três CEOs, sendo dois tipo II e um tipo III. Da mesma forma a cidade de Mossoró conta com um CEO tipo II e um tipo III. Os demais municípios têm apenas um CEO. Destes 25, 21 CEOs participaram do presente estudo, sendo excluídos os CEOs dos municípios de Alexandria, Goianinha, Lucrécia e Parelhas, por terem seus estabelecimentos credenciados após outubro de 2009.

**TABELA II – DISTRIBUIÇÃO DOS CEOS POR TIPO E CREDENCIAMENTO NOS MUNICÍPIOS DO RN**

	MUNICÍPIO	TIPO DE CEO	CNES DO CEO	PORTARIA DE CREDENCIAMENTO	POPULAÇÃO
1.	AÇU	II	5072166	87 GM 16/01/06	53.227
2.	ALEXANDRIA	II	5839866	3020 GM 26/12/12	13.507
3.	CANGUARETAMA	II	3994228	2477 GM 13/10/06	30.916
4.	CARAÚBAS	II	5522072	227 GM 12/02/08	19.576
5.	CEARÁ-MIRIM	II	2410648	2394 GM 06/10/06	68.141
6.	CURRAIS NOVOS	II	3736458	118 GM 19/01/06	42.652
7.	GOIANINHA	II	7276524	1.910 GM 5/09/13	22.481
8.	JOÃO CÂMARA	II	5279542	81 GM 10/01/07	32.227
9.	LUCRÉCIA	I	7327919	1180 GM 29/05/14	3.633
10.	MACAÍBA	II	3895203	1992 GM 25/08/06	69.467
11.	MACAU	II	5066522	2937 GM 20/11/06	31.037
12.	MOSSORÓ	III	2503522	1652 GM 15/09/05	259.815

13.	MOSSORÓ	II	3734684	118 GM 19/01/06	803.739
14.	NATAL	II	2409070	217 GM 11/02/05	
15.	NATAL	II	2409119	217 GM 11/02/05	
16.	NATAL	III	2653915	217 GM 11/02/05	
17.	NOVA CRUZ	II	5121582	2937 GM 20/11/06	35.490
18.	PARELHAS	II	6879985	3020 GM 26/12/12	20.354
19.	PARNAMIRIM	II	5177723	81 GM 10/01/07	202.456
20.	SANTO ANTÔNIO	II	3895602	117 GM 19/01/06	22.216
21.	SÃO GONÇALO DO AMARANTE	II	3554368	1652 GM 15/09/05	87.668
22.	SÃO JOSÉ DE MIPIBU	II	5068347	2477 GM 13/10/06	39.776
23.	SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE	II	5859441	2376 GM 07/10/09	12.356
24.	SÃO MIGUEL	II	6187803	2199 GM 03/08/10	22.157
25.	SÃO PAULO DO POTENGI	II	5019834	118 GM 19/01/06	15.843

Fontes: MS/DAB/CGSB; IBGE; SESAP/RN

As datas que constam nas portarias que credenciam esses estabelecimentos junto ao Ministério da Saúde, não são necessariamente a data de início dos serviços, podendo este ser antes ou depois a depender do empenho dos gestores locais. A data da portaria define que a partir daquele momento o estabelecimento passou a receber recursos do MS fundo a fundo.

Os primeiros CEOs do Estado surgiram em 2005, sendo estes, os três da capital e o tipo III da cidade de Mossoró. Estes quatro estabelecimentos foram implantados por meio de credenciamento direto do Ministério da Saúde, por serem as principais cidades do Estado.

Seguindo, percebeu-se uma ascensão no ano de 2006 com o credenciamento de mais 11 unidades, correspondendo a 44% dos CEOs existentes hoje no estado. Em 2007 mais duas unidades, e em 2008, 2009 e 2010 uma unidade em cada ano.

Em 2011 não tivemos nem um credenciamento; já em 2012 mais duas unidades. Em 2013 ocorreu o credenciamento de uma unidade, e no ano de 2014 o credenciamento da última unidade das 25 existentes. Dos 21 CEOs analisados, 2 são do tipo III, os únicos do estado, correspondendo a 9,52%. E os 19 restantes, 90,48%, são do tipo II.

Esses CEOs estão distribuídos nas oito Regiões de Saúde do estado, tendo a 8ª Região apenas um CEO e as demais com mais de um. Apesar de todas as regiões do estado contar com a presença de CEOs, quando o percentual de cobertura municipal no estado é aferido, esse fica em torno de 12,6% dos municípios cobertos por CEO. E em cada região esse percentual se mostra variável, indo de 8% a 80%, conforme analisar na tabela abaixo.

**TABELA III – DISTRIBUIÇÃO DOS CEOs POR REGIÕES DE SAÚDE E COBERTURA DE IMPLANTAÇÃO**

REGIÃO DE SAÚDE	Nº TOTAL DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO	Nº DE MUNICÍPIOS COM CEO NA REGIÃO	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COBERTOS POR CEO NA REGIÃO	POPULAÇÃO TOTAL DA REGIÃO	POPULAÇÃO SOMADA DOS MUNICÍPIOS QUE TÊM CEO	PERCENTUAL DE POPULAÇÃO COBERTA NA REGIÃO
I (Litoral sul e Agreste)	27	5	18,5%	351.502	150.879	42,92%
II (Oeste)	15	2	13,3%	448.904	279.391	62,23%
III (Mato Grande e Salineira)	25	3	12%	312.919	129.322	41,32%
IV (Seridó)	25	2	8%	295.726	63.006	21,30%
V (Trairi e Potengi)	21	2	9,5%	185.719	28.199	15,18%
VI (Alto Oeste)	36	3	8,3%	230.042	39.297	17,08%
VII (Metropolitana)	5	4	80%	1.187.899	1.163.330	97,93%
VIII (Vale do Açu)	13	1	7,7%	155.316	53.227	34,27%

Fontes: MS/DAB/CGSB; IBGE; SESAP/RN

A distribuição geográfica dos CEOs pelo estado, tendo por base as regiões de saúde pode ser vista no mapa a seguir.



## 5.2 CUMPRIMENTO DAS METAS DA PORTARIA 1.464

Na coleta dos dados foi removido o ano de 2014, visto que foram encontradas inconsistências na disponibilidade dos dados desse ano. Tendo em alguns estabelecimentos apenas alguns meses constando produtividade, quando analisamos por cnes no Tabwin, o que causaria viés na análise dos dados, pois o objetivo principal é verificar o cumprimento da Portaria 1.464, que analisa a produção em um ano, podendo-se suspender o repasse de recursos se a produtividade mínima não for atingida em dois meses consecutivos ou três alternados no período.

Optou-se por lista no guia de busca no Tabwin todos os 41 procedimentos que contam para a produtividade mínima mensal da especialidade de cirurgia por acreditar que os resultados seriam mais fidedignos, pois se a busca fosse feita por grupo, ou até mesmo por subgrupo de procedimentos, poderiam aparecer procedimentos de outras especialidades, como é o caso da especialidade de Pacientes Portadores de Necessidades Especiais, que utiliza procedimentos do subgrupo de cirurgia Bucal, mesmo subgrupo utilizado pela especialidade de cirurgia, porém com códigos de procedimentos diferentes.

As produtividades mensais dos quatro anos dos 21 CEOs foram analisada quanto a normalidade de distribuição dos dados por meio do teste de Shapiro-Wilk, revelando uma distribuição não normal, sendo  $0,0063 < p < 0,0095$ , mostrando diferenças significativas entre a quantidade de procedimentos produzidos pelos estabelecimentos ao longo dos 4 anos.

Quanto ao cumprimento do que estabelece a portaria, apenas um CEO conseguiu cumprir em todos os quatro anos avaliados a meta, sendo o CEO tipo II do município de Parnamirim; correspondendo a 4,76% dos investigados. 4 CEOs conseguiram cumprir em apenas um dos anos a portaria, dos municípios de Caraúbas, Currais Novos, João Câmara e Natal (CEO III); os demais 16 estabelecimentos não cumpriram em nenhum dos anos as metas da portaria.



**TABELA IV – NÚMERO DE CEOS QUE CUMPRIRAM A POTARIA 1.464/2011 POR ANO**

2010		2011		2012		2013	
Cumpriu	Não Cumpriu	Cumpriu	Não Cumpriu	Cumpriu	Não Cumpriu	Cumpriu	Não Cumpriu
2	19	1	20	4	17	1	20
Porcentagem							
9,52%	90,48%	4,76%	95,24%	19,05%	80,95%	4,76%	95,24%
Qui-Quadrado com correção de Yates (Gl = 1; significância estatística p<0,05)							
12,19		15,42		6,85		15,42	

Fonte: DATASUS/MS

As médias de produtividade mensal por ano, onde somamos todos os procedimentos cirúrgicos executados por ano e dividimos por 12, apresentam diferenças significativas nos diferentes CEOs analisados, variando de 0 a 209,83 para os CEOs tipo II. Em se falando de média mensal dos quatro anos, dos CEOs tipo II o município de Parnamirim apresenta a maior com 169,43, enquanto que o município de Natal com seu CEO tipo II da zona oeste apresenta a pior, com apenas 2,45 procedimentos de média mensal dos 4 anos do estudo. Em relação ao CEOs tipo III, o de Natal apresenta a melhor média geral com 319,33, e o de Mossoró a pior média com apenas 78,06.

**TABELA V – MÉDIAS DE PRODUTIVIDADE POR ANO PARA OS CEOS TIPO II**

ANOS	Maior média	Menor média
2010	209,83	00,00
2011	133,41	0,08
2012	166,12	0,83
2013	152	3,58

**Qui-Quadrado Tabela L x C (Gl = 3; significância estatística p<0,05) = 8,42**

Fonte: DATASUS/MS

Em relação ao cumprimento da produtividade mínima por mês em cada ano, em 2010 apenas 1 CEO cumpriu nos doze meses, enquanto que 11 não cumpriram a portaria em nenhum dos doze meses; em 2011 nenhum CEO cumpriu nos doze meses, e 9 não cumpriram nos doze meses; em 2012 tivemos 2 CEOs que cumpriram a portaria em todos os meses do ano, enquanto que 9 novamente não cumpriram em nenhum dos meses; já em 2013 tivemos novamente nenhum CEO cumprindo nos doze meses e 6 que não cumpriram em nenhum mês do ano.

**TABELA VI - CUMPRIMENTO DA META NOS 12 MESES EM CADA ANO**

<b>ANO</b>	<b>Cumpriram nos 12 meses</b>	<b>Não cumpriram nos 12 meses</b>
2010	1	11
2011	0	9
2012	2	9
2013	0	6

A análise estatística descritiva revelou diferenças significativas ( $p < 0,0001$ ) entre as produções dos diferentes CEOs do Estado, tendo na maior mediana o valor de 194,50 procedimentos, e a menor com o número de 0,00 conforme observa-se na tabela a seguir.

**TABELA VII – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA PRODUÇÃO NOS 4 ANOS**

<b>Município</b>	<b>Tamanho da amostra (meses)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Amplitude Total</b>	<b>Mediana</b>
AÇU	48	0	384	384	88
CANGUARETAMA	48	0	324	324	66
CARAUBAS	48	0	412	412	0
CEARA-MIRIM	48	0	99	99	14.5
CURRAIS NOVOS	48	0	500	500	82
JOÃO CÂMARA	48	0	424	424	90.5
MACAÍBA	48	0	440	440	33.5
MACAU	48	0	152	152	37
MOSSORÓ CEO II	48	0	44	44	1
NATAL CEO II ZONA OESTE	48	0	44	44	0
NATAL CEO II ZONA NORTE	48	0	480	480	20.5
NOVA CRUZ	48	0	124	124	0
PARNAMIRIM	48	0	852	852	158.5
SANTO ANTÔNIO	48	0	145	145	39
SÃO GONÇALO DO AMARANTE	48	0	134	134	38
SÃO JOSÉ DE MIPIBU	48	0	163	163	39.5
SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE	48	0	364	364	28
SÃO MIGUEL	48	0	452	452	0
SÃO PAULO DO POTENGI	48	0	264	264	38.5
MOSSORÓ III	48	0	524	524	77
NATAL III	48	0	1844	1844	194.5

Fonte: DATASUS/MS

### 5.3 LISTAGEM DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Ao analisar os procedimentos executados pelos 21 estabelecimentos notamos que dos 41 procedimentos listados na portaria 1.464 para o acompanhamento da produção da especialidade de cirurgia, 11 não foram REALIZADOS em nenhum dos CEOs estudados nos quatro anos, sendo eles:

- BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;
- CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;
- OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS;
- REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;
- REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR;
- RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;
- EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;
- SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;
- EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;
- RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;
- RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR.

Os procedimentos menos executados pela média complexidade em cirurgia odontológica no RN foram o TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/EXTRAORAL, apresenta apenas 5 acontecimentos durante o período estudado, e a CORREÇÃO CIRURGICA DE FISTULA ORO-NASAL / ORO-SINUSAL, apenas 12. Já em relação aos procedimentos mais executados a REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO), apresenta-se como o mais numeroso em 16 dos 21 CEOs, correspondendo a 76,2%; deixando os 23,8% restantes para os procedimentos de CURETAGEM PERIAPICAL, que é o mais numeroso em 2 CEOs, TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL, EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE, TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS que se apresentam mais numerosos em apenas 1 CEO cada.

Avaliando de forma global, nos 21 CEOs durante os 4 anos, os procedimentos mais executados são os que seguem:

**TABELA VIII – PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS MAIS EXECUTADOS NOS CEOs DO RN**

Procedimento	Quantidade
REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	23349
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	12648
CURETAGEM PERIAPICAL	10400
EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	6016

Fonte: DATASUS/MS

A análise dos dados também revelou perfil atípico nas seguintes situações

- a) O CEO de João Câmara realizou 22 glossorragias em apenas um mês dos 48 analisados, e em todos os demais não realizou nenhuma outra;
- b) O CEO tipo III de Natal executou nos 4 anos 12.057 tratamentos de hemorragias buco-dental, enquanto que os demais (20 estabelecimentos) executaram juntos 591;
- c) O município de Mossoró em seu CEO tipo III executou ao longo dos 4 anos 1.110 remoções de dentes retidos, não realizando nenhum outro procedimento de exodontia dos que constam na portaria; mesmo assim realizou 2.093 curetagens periapicais, procedimento realizado após a exodontia de um elemento dentário;
- d) O CEO tipo II de São Gonçalo do Amarante realizou no período pesquisado 648 tratamentos de nevralgias faciais, sendo o procedimento mais executado pelo mesmo. Enquanto que nos demais CEOs, esse procedimento só aparece em 6 deles, e estes juntos produziram 138.
- e) O município de Currais Novos, contando com um CEO tipo II, teve sua produção entre junho/2011 e dezembro/2012 totalmente igual. Nos 19 meses o número de cada procedimento e o total de procedimentos foram idênticos.

## VI DISCUSSÃO

A Saúde Bucal veio se firmar no serviço público recentemente. Apenas em 2004 foi instituída a legislação que criou a Política de Saúde Bucal no país, o Brasil Sorridente, com o objetivo de reorganizar o processo com vistas à universalidade, equidade e integralidade, através do fortalecimento da atenção básica e da ampliação e qualificação da atenção secundária. Rompendo assim com um paradigma de que a saúde bucal tinha suas ações de forma curativa e mutiladora, caracterizando-se por serem de baixa complexidade. O CEO é uma estratégia, dentro da média complexidade em saúde bucal, para se alcançar a integralidade das ações, tendo em vista que suplementa as ações da atenção básica com procedimentos especializados<sup>4</sup>.

A atenção básica em saúde bucal por meio da ESF vem ao longo dos últimos anos crescendo em número de equipes de forma exponencial. Contudo as atenções secundárias e terciárias não vêm acompanhando esse ritmo, como se pode ver no Estado do RN, em que nos últimos 5 anos houve o credenciamento de apenas 5 CEOs, correspondendo a um aporte de 25% na rede secundária. Contudo para se ter uma rede que consolide o modelo de atenção integral, a estruturação dos diferentes níveis de atenção é fundamental<sup>27</sup>.

Existem diferentes formas e condições de se avaliar serviços de saúde. A maioria dos modelos propostos na literatura utiliza os componentes: estrutura (parte física, financeira e humana); processos (organização e operacionalização); resultados (o que se alcançou)<sup>32</sup>. A avaliação normativa investiga esses componentes utilizando para tanto critérios e normas já estabelecidas. Vem sendo muito utilizada pelos órgãos e setores públicos<sup>9</sup>.

Vale aqui destacar que estudos com avaliação normativa da especialidade de cirurgia odontológica em média complexidade no SUS não existem na literatura, não havendo resultados para comparar com os encontrados no presente estudo. Por tanto, utilizaremos avaliações normativas da média complexidade em saúde bucal como um todo para embasar a discussão.

Quando se observa os números dos CEOs que cumpriram o que determina a portaria 1.464/2011, se destaca o baixo número dos que alcançaram a meta. Dos 21 CEOs pesquisados apenas 1 conseguiu cumprir nos quatro anos estudados, sendo

o CEO tipo II do município de Parnamirim. Vale aqui ressaltar que o município tem apenas este CEO, e que é um município de grande porte populacional, com mais de 200.000 habitantes, sendo o 3º em nível populacional do estado. Em contra ponto os piores desempenhos foram dos CEOs tipo II dos municípios de Natal (mais populoso do Estado), em seu CEO da zona oeste, e o de Mossoró (2º mais populoso), que não cumpriram a portaria em nenhum dos anos, e tiveram as piores médias de produção por ano entre todos os CEOs. Os dois municípios com as menores populações, menos de 20 mil habitantes, também não conseguiram cumprir a meta em nenhum dos anos. Levantando a questão de que o aporte populacional pode não interferir no alcance da produção. Este fato é corroborado por alguns estudos que trazem que a maioria dos CEOs não cumpre o que é determinado pelo MS<sup>9,33</sup>.

Apesar de alguns CEOs terem boas médias anuais de produtividade, ficando até mesmo acima dos 90 procedimentos mensais exigidos pela legislação, essa tem uma distribuição ao longo dos anos irregular, e, por conseguinte em desacordo com o que rege a portaria, pois nota-se dois ou mais meses seguidos sem alcance da produtividade mínima, fato que deveria levar a suspensão dos repasses financeiros por parte do MS. Isso traz a tona uma fragilidade no processo de organização do trabalho, fazendo com que o funcionamento do serviço ocorra de forma irregular<sup>24, 34</sup>.

Ao se avaliar os procedimentos executados e não executados pelos CEOs percebe-se a ausência de 11 procedimentos que constam na portaria, entre eles procedimentos importantes para o cumprimento da integralidade na rede de atenção em saúde bucal a nível municipal/regional, como por exemplo, a redução de fratura alvéolo-dentária sem osteossíntese, que se fosse realizado evitaria, por vezes, o deslocamento do paciente de seu local de residência para a capital do Estado, direcionado a um serviço de alta complexidade hospitalar.

O procedimento mais executado foi a remoção de dente retido, apresentando-se como o procedimento mais executado nos 4 anos em 16 dos CEOs. Além deste, entre os 4 procedimentos mais executados estão a exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante e a curetagem periapical, o que leva a reflexão se esses resultados são imagens de uma Odontologia com resquícios num passado de ideal mutilador.

Diante do baixo desempenho mostrado pela grande maioria dos CEOs, assim como dos fatos mostrados como situações atípicas, se faz necessário repensar a

atenção secundária no RN, e por que não dizer no Brasil. É preciso fortalecer a capacidade gerencial dos municípios buscando avaliações e monitoramentos constantes das ações dos CEOs buscando aprimorar a qualidade do serviço e o alcance de resultados. É preciso rever as metas existentes para as especialidades dos CEOs, em relação a números e a inclusão ou exclusão de procedimentos, assim como o financiamento desses serviços, que hoje apresentasse defasado<sup>4,9</sup>.

Pelos resultados obtidos percebe-se que falta por parte do MS e das Coordenações Estaduais de Saúde Bucal a fiscalização e o acompanhamento devido junto a esses serviços, pois existe uma exigência mínima em legislação específica que não sendo cumprida deveria acarretar em suspensão dos repasses financeiros, porém o que se vê na prática é a não suspensão. Assim sendo os municípios não se preocupam em estabelecer meios e mecanismos de se alcançar as metas estipuladas, pois sabem que a punição não existirá.



## VII CONCLUSÕES

De uma forma geral o perfil de desempenho dos serviços de Cirurgia Odontológica na Atenção Secundária do RN foi insatisfatório, pois apenas 1 CEO (tipo II) alcançou nos 4 anos pesquisados o que rege a legislação específica. Observou-se mais 4 CEOs que alcançaram em apenas 1 ano a meta estabelecida, sendo destes, um tipo III e os outros três tipo II. A distribuição das produtividades ao longo dos 4 anos se apresenta com diferenças estatísticas significativas, mostrando a irregularidade dos serviços.

Entre os procedimentos cirúrgicos mais executados estão a Remoção de dente retido (incluso/ impactado), o Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental, a Curetagem periapical e a Exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante, sendo o primeiro o mais numeroso, com 23.349 procedimentos. Entre os menos executados estão o tratamento cirúrgico de fístula intra/extraoral, apresenta apenas 5 acontecimentos durante o período estudado, e a correção cirúrgica de fistula oro-nasal/oro-sinusal com 12.

Os resultados do presente estudo trazem à tona a necessidade de mudanças na especialidade de cirurgia odontológica na média complexidade. Seja por um maior monitoramento e avaliação por parte do MS junto aos municípios que têm CEO; seja por alterações no marco legal do serviço, buscando novos padrões de cumprimento de metas e inclusão e/ou exclusão de procedimentos.

## VIII REFERÊNCIAS

- 1 – Saliba NA, Moimaz AS, Fadel CB, Bino LS. Saúde Bucal no Brasil: uma Nova Política de Enfrentamento para a Realidade Nacional. Rev Odontol Bras Central 2010;18(48):62-66.
- 2 – Roncalli, A G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto. editora artmed; 2003. p.28-49.
- 3 – Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2865-2875, 2012.
- 4 – Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(1):143-154, jan. 2011.
- 5 – 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, 2004.
- 6 – BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 599 de 23 de março de 2006. Define a implantação de especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília: Ministério da Saúde – 2006.
- 7 – Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2317-2326, 2010
- 8 – Contandriopoulos A, Champagne F, Denis JL, Pineault RA. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. P. 29-48.

- 9 – Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Junior GAP, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28 Sup:S81-S89, 2012.
- 10 – Godoi H, Mello ALSF, Caetano JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(2):318-332, fev, 2014.
- 11 – Lourenço, Eloisio do C. *O processo histórico de construção das políticas públicas de saúde no brasil*. Monografia (Especialização) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba. 2003.
- 12 – Roncalli, Angelo G. et al. Assistance models for oral health in brazil: tendencies and perspectives. *Revista Ação Coletiva*, Brasília, v.2, n.1, p.9-14, jan/mar. 1999.
- 13 – Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Nrasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*, 2(1): 9-14, 1999.
- 14 - Junqueira, S R; Frias, A C; Zilbovicius, C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. *Atualização clínica em odontologia*. São Paulo: editora Artes Médicas, p. 591-604. 2004.
- 15 – Antunes, J L F; Narvai, P Cl. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Revista de Saúde Pública da USP: RSP*, São Paulo, v.44, n.2, p. 360-365. 2010.
- 16 – matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cad Saúde Pública*; 20(6): 1538-1544. 2004.
- 17 – Ely, H C; Cavalho, D Q; Santos, M. *POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL. Texto preliminar, de circulação interna, escrito para subsidiar a elaboração dos Cadernos de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde*,

v.17, SAÚDE BUCAL. Mimeo. Brasília/Porto Alegre: Abril de 2006. Atualizado em 2009.

18 – Pucca, GAJ. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciênc Saúde Cpletiva*; 11(1): 243-246, 2006.

19 – Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da Conferencia Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

20 – BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

21 – Mello, ALSF; Andrade, SR; Moysés, SJ; Erdmann, AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1):205-214, 2014.

22 – Figueiredo N, Goes PSA. 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, 25(2):259-267, fev. 2009.

23 – BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

24 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. 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, 27 de junho de 2011, p. 112.

25 – vazquez, FL; Guerra, LM; Vítor, ES; Ambrosano, GMB; Mialhe, FL; Meneghim, MC; Pereira, AC. Referência e Contrarreferência na Atenção Secundária em

Odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1):245-255, 2014.

26 – BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal. Brasília, 2006.

27 – Magalhães, BG; Oliveira, RS; Gaspar, GS; Figueiredo, N; Goes, PSA. Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 12(1):107-12, jan./mar., 2012.

28 – BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, 2011.

29 – Silva, LMV; Formigli, VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública*, 10(1): 80-91, 1994.

30 – contandriopoulos, AP. avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 11(3): 705-711, 2006.

31 – Governo do Estado do Rio Grande do Norte/Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte/Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, Maio de 2013. Plano Estadual de Saúde: 2012 – 2015. Natal: SES/CES.

32 – Donabedian, A. The quality care. How can it be assessed? *JAMA*; 260:1743-8, 1988.

33 – Lino, PA. Análise da atenção secundária em odontologia no estado de minas gerais. Dissertação - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 25 de junho de 2013.

34 – 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 July-Aug; 42(4): 229-236.

35 – BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acessado em: fevereiro de 2015.