

Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil

Evaluation of secondary care in oral health: a study of specialty clinics in Brazil

Paulo Sávio Angeiras de Goes ¹
 Nilcema Figueiredo ²
 Jerlucia Cavalcanti das Neves ¹
 Fabiana Moura da Motta Silveira ¹
 José Felipe Riani Costa ³
 Gilberto Alfredo Pucca Júnior ⁴
 Maritza Sosa Rosales ⁵

Abstract

This article discusses the evaluation of secondary care in the area of health surveillance. This was a descriptive and normative/evaluative study. Performance analysis drew on secondary data, based on a historical series of dental procedures conducted at the specialized dental clinics implemented in Brazil and recorded by the Outpatient Information System of the Unified National Health System (SIA/SUS) in 2007, as well as primary data from site visits to the clinics, based on questionnaires completed by clinic staff. Performance of the clinics was poor in most regions of the country, and the North of Brazil had the lowest percentage of specialty services implemented. The indicator "Performance of Secondary Care in Oral Health" was 64.4%. The type 3 specialty clinics showed better results in terms of performance and achievement of targets. The study showed the need to review the legal framework for implementing specialized dental clinics by adjusting the criteria and norms, as well as definition of new standards for achievement of goals in the evaluation and monitoring of these services.

Health Services Evaluation; Dental Health Services; Dental Specialties; Oral Health

¹ Departamento de Odontologia Clínica e Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

³ Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Coordenação de Saúde Bucal, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

⁵ Dirección Nacional de Estomatología, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

Correspondência

P. S. A. Goes
 Departamento de Odontologia Clínica e Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco, Rua Engenheiro Cloves de Castro 210, apto. 804, Recife, PE 52060-180, Brasil.
 psagoes@uol.com.br

Introdução

A institucionalização da avaliação em saúde, como resultado da intenção de conferir racionalidade às intervenções setoriais ^{1,2,3,4}, vem ganhando força em diferentes áreas do setor público em saúde. No Brasil, e mais especificamente no campo das políticas de saúde, a avaliação parece tomar um lugar central nas organizações ⁵, apesar de essa atividade ainda se apresentar de forma incipiente, pouco incorporada às práticas, possuindo quase sempre um caráter prescritivo e burocrático ^{6,7}.

Fatores como as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); a maior complexidade do perfil epidemiológico do país; e a exigência cada vez maior do controle dos gastos em saúde podem ser apontados como fatores envolvidos no interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil ⁸.

No entanto, extrapolando a necessidade de avaliar a eficiência dos serviços e do sistema de saúde, outros fatores contribuíram para que a avaliação em saúde se firmasse como um novo campo de conhecimento e de práticas, destacando-se: a incorporação contínua de novas tecnologias; a ampliação da oferta e da complexidade organizacional dos serviços de saúde; e a crescente necessidade de informação sobre a eficácia, a efetividade e o funcionamento do sistema ^{9,10}.

De modo que a prática da avaliação nos serviços de saúde deve ser compreendida em duas perspectivas, o tipo mais comum de avaliação de serviços utiliza indicadores gerais de monitoramento do serviço e/ou do sistema, sendo usadas em situações pontuais, buscando gerar ações que garantam a melhoria da qualidade. Por outro lado, pode se recorrer à pesquisa avaliativa, que resulta de um esforço acadêmico que tem por objetivo estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados ¹¹.

Para a área de saúde bucal, além da utilização da avaliação em saúde para tomada de decisão, consequentemente reordenamento das políticas, programas e serviços de saúde, outro desafio posto é conjugar essa tarefa ao constante monitoramento dos serviços para melhoria da qualidade, bem como vigilância em saúde bucal.

Embora haja na área da Saúde Bucal uma lacuna relativa à avaliação dos serviços públicos, já existem evidências de alguns estudos avaliativos realizados, com esforços no sentido de desenvolver instrumentos válidos para tal fim ¹².

Estudos avaliativos em saúde bucal têm versado sobre: avaliação de modelos de atenção em saúde bucal ¹³; avaliação sobre serviços de atenção básica ¹⁴, particularmente sobre o Programa Saúde da Família (PSF) ^{15,16,17,18,19}; estudos que analisaram o Sistema de Informações Ambulatorial em Saúde (SIA/SUS) ^{20,21}; estudos de caso com a construção de modelos lógicos ²²; e estudos sobre o papel dos serviços odontológicos, no que se refere ao perfil de demanda, e estudos de qualidade de serviços odontológicos, especificamente sob a ótica do usuário ^{23,24,25,26}.

As avaliações sobre serviços de atenção secundária em saúde bucal, particularmente no Brasil, estão em fase incipiente de construção de evidência, sobretudo com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sendo objeto desses estudos ^{27,28,29,30}.

Os CEO têm sido a estratégia da Política Nacional de Saúde Bucal (*Brasil Sorridente*) para garantir a atenção secundária. Tais serviços devem se constituir em unidades de referência para a Atenção Primária, integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertando minimamente as especialidades: periodontia; endodontia; atendimento a pacientes com necessidades especiais; diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca; e cirurgia oral menor. Em função dos seus recursos físico-estruturais podem ser classificados em três tipos: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas); e CEO tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número

de profissionais variável em função do tipo de serviço ³¹. Atualmente, no Brasil, são mais de 900 CEO implantados.

Diante do exposto e pelo atual contexto organizacional de rede de atenção integral em saúde bucal, o objetivo deste trabalho foi avaliar a atenção secundária em saúde bucal dos CEO, a qual se constituiu na primeira fase da *Pesquisa de Linha de Base para Avaliação e Monitoramento: Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil*, estudo resultante do Projeto de Cooperação Internacional entre Brasil e Cuba, financiado pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Material e métodos

A proposição da metodologia avaliativa deste trabalho esteve baseada em estudos anteriores desenvolvidos pelos autores ^{27,28}.

O estudo teve caráter avaliativo normativo, no qual foram analisados dados secundários da produção ambulatorial do ano de 2007 de todos os CEO implantados no Brasil, bem como critérios e normas instituídos para implantação desses serviços, sendo dividido esquematicamente em três etapas: 1ª etapa – Avaliação do Desempenho dos Serviços; 2ª etapa – Avaliação do Cumprimento da Atenção Secundária; e 3ª etapa – Avaliação do Subgrupo de Metas.

A coleta dos dados foi realizada diretamente do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), informações do SIA/SUS, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) dos CEO pesquisados. Como critério de inclusão deste estudo, foram admitidos todos os CEO do Brasil credenciados até 31 de dezembro de 2007, resultando em 613 CEO.

Os dados obtidos foram tabulados pelo programa TabWin (Departamento de Informática do SUS. http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=732), sendo exportados para o programa Excel, versão 2000 (Microsoft Corp.), no qual foi feita consolidação e agrupamento de acordo com os subgrupos de procedimentos odontológicos que deveriam ser analisados: Subgrupo de procedimentos de Atenção Básica [03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica)]; Subgrupo de procedimentos de Periodontia (10.020.00-4); Subgrupo de procedimentos de Endodontia (10.040.00-5); e, Subgrupo de procedimentos de Cirurgia Oral Menor [Odontologia Cirúrgica (10.050.00-0), Traumatologia Bucodentofacial (10.060.00-6) e Procedimentos/Ci-

rurgias de pele Tecido Subcutâneo e Mucosa (08.010.00-1)] e depois exportados para o programa estatístico SPSS versão 16.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Para avaliar o desempenho dos serviços, foi construído o indicador denominado: Cumprimento Global de Metas dos CEO. Era o 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, normatizado pela Portaria Ministerial nº. 600 de 2006³². Foram considerados meta atingida aqueles serviços que cumpriram percentual igual ou superior a 100% da meta normatizada para cada subgrupo.

A partir daí, classificou-se o desempenho dos serviços em: desempenho péssimo (CEO que não cumpriu nenhuma meta); desempenho ruim (CEO que cumpriu apenas 1 meta); desempenho regular (CEO que cumpriu 2 metas); desempenho bom (CEO que cumpriu 3 metas); e desempenho ótimo (CEO que cumpriu a totalidade das metas).

A Avaliação da Atenção Secundária foi operacionalizada pelo indicador denominado Cumprimento da Atenção Secundária, que era a transformação do indicador da etapa anterior (Cumprimento Global das Metas) em variável binária. Os serviços que o cumpriram corresponderam àqueles que pelo menos uma meta do Subgrupo de Especialidades (Periodontia, Endodontia ou Cirurgia Oral Menor) foi atingido; os serviços que não o cumpriram foram aqueles com nenhuma meta atingida ou apenas a Meta do Subgrupo Atenção Básica.

Na 3ª etapa, foi avaliado o cumprimento da cada subgrupo de metas, ou seja, o cumprimento da Meta de Atenção Básica, Endodontia, Periodontia e Cirurgia.

As variáveis exploratórias⁵ deste estudo se referiram às características estruturais dos serviços: tipo de CEO (I, II ou III); as variáveis contextuais foram: Localização da Macrorregião geográfica do país; Situação do município no Plano Diretor de Regionalização (PDR); Porte populacional distribuídos em municípios: com até 30 mil habitantes, entre 30-50 mil habitantes, entre 50-100 mil habitantes e municípios acima de 100 mil habitantes; Cobertura populacional das Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF (municípios com cobertura acima ou abaixo de 50% de sua população); e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal do ano 2000.

As análises estatísticas operacionalizadas foram do tipo descritiva e analítica inferencial, pelas quais foram testadas as diferenças entre as proporções com o qui-quadrado de Pearson,

sendo utilizado o teste de Fisher quando necessário, com um nível de significância de 5%, operacionalizadas no programa estatístico SPSS versão 16.0.

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco (UPE), com finalidade de obtenção de um parecer favorável ao desenvolvimento do estudo em questão. O parecer concedido à pesquisa, sob o número do registro CAEE: 3840.0.097.000-08.

Resultados

Foram estudados 613 CEO. Segundo macrorregião geográfica, a maior proporção de CEO está localizada nas regiões Nordeste e Sudeste (36,9% e 36,7%), respectivamente; seguida pela Região Sul (14,5%), Centro-Oeste (6,5%); e a menor proporção de serviços foi encontrada na Região Norte (5,4%).

A maioria dos CEO era do Tipo II (58,2%), com apenas 7,4% de CEO tipo III. A quase totalidade dos municípios investigados era referência de média complexidade em odontologia segundo o Plano Diretor de Regionalização (90,4%).

O maior percentual de CEO (42%) estava localizado em cidades com mais de 100 mil habitantes, porém a distribuição percentual teve a seguinte sequência decrescente: municípios com até 30 mil habitantes (21,6%); municípios entre 50-100 mil habitantes (20,1%) e municípios entre 30-50 mil habitantes (16,3%).

Levando-se em conta a cobertura municipal de ESB no PSF, 56% tinham cobertura municipal superior a 50% e maioria dos CEO estava localizada em municípios com IDH superior 0,7 (69,5%).

A avaliação do Desempenho, pela medição do Cumprimento Global das Metas segundo macrorregião mostrou que na maioria das regiões o desempenho dos CEO foi ruim. A exceção encontrada foi nas macrorregiões Centro-Oeste (30,6%) e Sudeste (26,2%), onde a maioria dos serviços obteve bom desempenho. Na última, foi encontrada a maior percentagem (24,4%) de CEO com ótimo desempenho; por outro lado, na macrorregião Sul foi encontrado o maior percentual (22,5%) de serviços com desempenho péssimo (Tabela 1).

A avaliação da atenção secundária com a operacionalização do indicador Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal evidenciou que dos 613 CEO pesquisados a maioria, ou seja, 64,4% dos CEO cumpriram-no. Na macrorregião Sudeste, foi encontrado o maior percentual de serviços que cumpriram o indicador

Tabela 1

Avaliação do desempenho da produtividade dos Centros de Especialidades Odontológicas informada no Sistema de Informações Ambulatoriais em Saúde (SIA/SUS), segundo macrorregião. Brasil, 2007.

| Macrorregião | Desempenho | | | | | | | | | | χ ² | | |
|--------------|------------|------|------|------|---------|------|-----|------|-------|------|----------------|-------|---------|
| | Péssimo | | Ruim | | Regular | | Bom | | Ótimo | | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | n | % |
| Norte | 5 | 15,2 | 11 | 33,3 | 6 | 18,2 | 5 | 15,2 | 6 | 18,2 | 33 | 100,0 | 46,28 * |
| Nordeste | 46 | 20,4 | 57 | 25,2 | 44 | 19,5 | 45 | 19,9 | 34 | 15,0 | 226 | 100,0 | |
| Centro-oeste | 3 | 7,5 | 11 | 27,5 | 5 | 12,5 | 12 | 30,0 | 9 | 22,5 | 40 | 100,0 | |
| Sudeste | 13 | 5,8 | 44 | 19,6 | 54 | 24,0 | 59 | 26,2 | 55 | 24,4 | 225 | 100,0 | |
| Sul | 20 | 22,5 | 26 | 29,2 | 9 | 10,1 | 23 | 25,8 | 11 | 12,4 | 89 | 100,0 | |
| Total | 87 | 14,2 | 149 | 24,3 | 118 | 19,2 | 144 | 23,5 | 115 | 18,8 | 613 | 100,0 | |

* Valor de p < 0,05.

(75,6%) enquanto na Região Sul, o menor percentual (52,8%) (Tabela 2).

A análise do Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal em função das variáveis exploratórias apontou que no segundo tipo de CEO houve o maior cumprimento do indicador naqueles serviços tipo III.

Dentre as variáveis contextuais, observou-se que o cumprimento da atenção secundária teve o maior percentual (67,5%) nos municípios que são referência para média complexidade, em oposição aos municípios que não são referência. Esse dado não foi identificado para um dos serviços avaliados.

Foi verificado um incremento no percentual de serviços que cumpriram a atenção secundária em saúde bucal em função do aumento do porte populacional, vale dizer, quanto maiores as cidades, melhores foram os resultados para o indicador. Apontando um percentual de serviços que o cumpriram na sequência crescente de cidades: com até 30 mil habitantes (49,2%); entre 30-50 mil habitantes (54,0%); entre 50-100 mil habitantes (61,0%); e acima de 100 mil habitantes (77,8%).

Quando verificada a relação com a cobertura de ESB no PSF, os resultados mostraram que nos municípios com cobertura menor que 50% (condição prevalente dos municípios de médio e grande porte) obtiveram o melhor cumprimento de atenção secundária em saúde bucal (73,6%). Tal dado não foi identificado para dois dos serviços avaliados.

Já quando comparado o cumprimento de atenção secundária em função do IDH, os municípios com maior IDH lograram melhores resultados (69,7%); esse dado não foi identificado para quatro dos serviços avaliados. Os resultados dos parágrafos supracitados podem ser observados na Tabela 3.

A avaliação do Cumprimento de Subgrupo de Metas verificou que a maioria dos CEO cumpriu a meta do Subgrupo Atenção Básica (80,3%), os Subgrupos Periodontia e Endodontia alcançaram o mesmo percentual de cumprimento (50,9%). Ressalta-se que para o Subgrupo Cirurgia Oral Menor, os CEO apresentaram o menor percentual de cumprimento (26,3%).

A análise do Cumprimento das Metas segundo macrorregião apontou que para todas as metas os serviços da macrorregião Sudeste tiveram os melhores resultados. Os resultados com menor Cumprimento da Meta Atenção Básica foram dos serviços localizados nas macrorregiões Nordeste e Sul, obtendo percentual semelhante para ambas as macrorregiões (70,8%). Para a Meta da especialidade Periodontia, os CEO da macrorregião Sul (37,1%) obtiveram o menor percentual de cumprimento do indicador. Sobre a Meta da Endodontia, os menores resultados foram encontrados nos serviços da macrorregião Nordeste (43,4%); e para Meta Cirurgia, nos serviços da macrorregião Norte, obtiveram-se os piores resultados, com apenas 18,2% dos serviços cumpridos (Tabela 4).

Discussão

Este estudo esteve baseado em pressupostos importantes para a avaliação das políticas, programas e serviços de saúde, particularmente a avaliação da atenção secundária, mediante avaliação dos CEO brasileiros. Tais pressupostos dizem respeito: (1) ao reconhecimento da Saúde como um direito e ao reconhecimento de que a saúde bucal é parte da saúde geral; (2) à utilização da informação para ação (aperfeiçoamento do processo de tomada de decisão); e (3) ao uso da avaliação para melhoria da qualidade.

Tabela 2

Aviação da Atenção Secundária segundo macrorregião. Brasil, 2007.

| Macro-região | Cumprimento da Atenção Secundária | | | | | | χ^2 |
|--------------|-----------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|----------|
| | Não cumpre | | Cumpre | | Total | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Norte | 13 | 39,4 | 20 | 60,6 | 33 | 100,0 | 21,8 * |
| Nordeste | 95 | 42,0 | 131 | 58,0 | 226 | 100,0 | |
| Centro-oeste | 13 | 32,5 | 27 | 67,4 | 40 | 100,0 | |
| Sudeste | 55 | 24,4 | 170 | 75,6 | 225 | 100,0 | |
| Sul | 42 | 47,2 | 47 | 52,8 | 89 | 100,0 | |
| Total | 218 | 35,6 | 395 | 64,4 | 613 | 100,0 | |

* Valor de p < 0,05.

Tabela 3

Análise da Atenção Secundária em função das características avaliativas dos serviços e dos municípios. Brasil, 2007.

| Características avaliativas | Cumprimento da Atenção Secundária | | | | | | Valor de p |
|--|-----------------------------------|------|--------|------|-------|-------|------------|
| | Não cumpre | | Cumpre | | Total | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Serviços | | | | | | | |
| Tipo de CEO | | | | | | | |
| I | 88 | 41,7 | 123 | 58,3 | 211 | 100,0 | < 0,05 * |
| II | 121 | 33,9 | 236 | 66,1 | 357 | 100,0 | |
| III | 9 | 20,0 | 36 | 80,0 | 45 | 100,0 | |
| Municípios | | | | | | | |
| Plano Diretor de Regionalização | | | | | | | |
| Município referência | 180 | 32,5 | 373 | 67,5 | 553 | 100,0 | < 0,05 ** |
| Município não referência | 38 | 64,4 | 21 | 35,6 | 59 | 100,0 | |
| Porte populacional | | | | | | | |
| 0-30.000 | 67 | 50,8 | 65 | 49,2 | 132 | 100,0 | < 0,05 * |
| 30.001-50.000 | 46 | 46,0 | 54 | 54,0 | 100 | 100,0 | |
| 50.001-100.000 | 48 | 39,0 | 75 | 61,0 | 123 | 100,0 | |
| 100.001 e mais | 57 | 22,2 | 200 | 77,8 | 257 | 100,0 | |
| Cobertura populacional de Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família | | | | | | | |
| > 50% | 146 | 42,7 | 196 | 57,3 | 342 | 100,0 | < 0,05 ** |
| < 50% | 71 | 26,4 | 198 | 73,6 | 269 | 100,0 | |
| Índice de Desenvolvimento Humano municipal | | | | | | | |
| < 0,7 | 128 | 30,3 | 295 | 69,7 | 423 | 100,0 | < 0,05 * |
| > 0,7 | 87 | 46,8 | 99 | 53,2 | 186 | 100,0 | |

* Teste qui-quadrado;

** Teste de Fisher.

Estudos evidenciam que os serviços de saúde não são os principais determinantes no processo saúde-doença, porém a existência de serviços e a garantia de acesso da população a eles

podem determinar algum impacto na saúde da população. Isso é válido na saúde geral e também exerce influência na saúde bucal. Os CEO podem ser exemplos de serviços que promovam

Tabela 4

Análise do Cumprimento das Metas segundo macrorregião. Brasil, 2007.

| Macrorregião | Cumprimento da atenção básica * | | | | Cumprimento da periodontia * | | | | Cumprimento em endodontia * | | | | Cumprimento em cirurgia ** | | | |
|--------------|---------------------------------|------|---------|------|------------------------------|------|---------|------|-----------------------------|------|---------|------|----------------------------|------|---------|------|
| | Não cumpriu | | Cumpriu | | Não cumpriu | | Cumpriu | | Não cumpriu | | Cumpriu | | Não cumpriu | | Cumpriu | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Norte | 9 | 23,7 | 24 | 72,7 | 16 | 48,5 | 17 | 51,5 | 18 | 54,5 | 15 | 45,5 | 27 | 81,8 | 6 | 18,2 |
| Nordeste | 66 | 29,2 | 160 | 70,8 | 122 | 54,0 | 104 | 46,0 | 128 | 56,6 | 98 | 43,4 | 172 | 76,1 | 54 | 23,9 |
| Centro-oeste | 4 | 10,0 | 36 | 90,0 | 18 | 45,0 | 22 | 55,0 | 17 | 42,5 | 23 | 57,5 | 28 | 70,0 | 12 | 30,0 |
| Sudeste | 16 | 7,1 | 209 | 92,9 | 89 | 39,6 | 136 | 60,4 | 91 | 40,4 | 134 | 59,6 | 155 | 68,9 | 70 | 31,1 |
| Sul | 26 | 29,2 | 63 | 70,8 | 56 | 62,9 | 33 | 37,1 | 47 | 52,8 | 42 | 47,2 | 70 | 78,7 | 19 | 21,3 |
| Total | 121 | 19,7 | 492 | 80,3 | 301 | 49,1 | 312 | 50,9 | 301 | 49,1 | 312 | 50,9 | 452 | 73,7 | 161 | 26,3 |

* Valor de $p < 0,05$ (teste qui-quadrado);** Valor de $p > 0,05$ (teste de Fisher).

a prevenção secundária e terciária da atenção em saúde, por meio de ações de diagnóstico precoce e tratamento imediato, além de limitação do dano e reabilitação de casos, gerando melhores condições de saúde.

Inicialmente, a análise da distribuição macrorregional dos CEO demonstrou uma desigualdade regional na implantação dos serviços, em que a Região Norte possuiu o menor percentual de serviços implantados. Isso sugere que a baixa capacidade de oferta dos serviços especializados pode comprometer, por conseguinte, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal nos sistemas loco-regionais de saúde, interferindo, inclusive negativamente, no perfil epidemiológico da região, além de comprometer o princípio da integralidade do SUS.

O Modelo Donabediano^{33,34} para avaliação de qualidade de serviços de saúde considera que as condições estruturais, a saber, aquelas condições que constroem e condicionam o universo de práticas a ser avaliado (recursos financeiros, humanos, físicos, organizacionais, entre outros), podem favorecer os dados relativos aos processos que definem essas práticas à medida que permitem a mensuração de resultados das mesmas.

Mesmo que existam autores que tenham discordado deste modelo de avaliação, seja pela inter-relação unidirecional entre os fatores avaliados e/ou por entendê-lo reducionista³⁵, os resultados deste estudo verificaram, em função do tipo de CEO, que embora a maioria dos serviços tenha cumprido o indicador avaliado, os resultados sugerem que em serviços mais estruturados haja um melhor cumprimento da atenção secundária, mesmo não sendo considerado como principal entrave à avaliação.

Em relação à organização dos sistemas e redes de serviços de saúde, a literatura evidencia uma preferência por modelos assistenciais piramidais, hierarquizados, de base loco-regional, estabelecendo-se como porta de entrada da atenção básica, que, quando consegue uma cobertura universal, possibilita uma diminuição de demanda de atenção secundária e terciária, além de priorizar investimentos tanto em recursos humanos, quanto na construção de novos equipamentos, na medida em que fica mais fácil perceber onde estão localizadas as reais necessidades da população³⁶.

Caso semelhante pode ser percebido em se tratando de um modelo de atenção em saúde bucal³⁷. Os dados do presente estudo sugeriram que nos municípios de maior população, com uma insuficiente cobertura de ESB/PSF, referiu-se uma maior demanda espontânea de atenção básica aos CEO. Fato que pode comprometer interação entre a Atenção Secundária e Atenção Primária, havendo incoerência para referência dos casos em função de suas necessidades de tratamento.

Como poucos serviços se baseiam em estudos epidemiológicos para sua implantação, isso pode determinar que os CEO não atendam a real necessidade de saúde de uma dada população, bem como os resultados por subgrupo de meta apontam que ocorre o maior cumprimento para atenção básica em detrimento das demais especialidades, especialmente a cirurgia oral menor. Esses resultados apontam a necessidade de adequação da oferta de especialidades do CEO que possibilitem outras especialidades e aperfeiçoamento das metas existentes, sobretudo cirurgia, tanto em número quanto em critérios de inclusão.

Ademais, deveriam ser revisadas as especialidades ofertadas segundo tipo de CEO para garantir que aquelas de maior demanda que respondem à morbidade da população brasileira passem a ser garantidas em todos os serviços, como endodontia e prótese dental, que satisfazem a conservação dos dentes, como tratamento para as consequências da cárie dentária e a reabilitação dos dentes perdidos. A inclusão de outras especialidades deve responder a análises locais e regionais que satisfaçam o seu quadro epidemiológico.

Na perspectiva de enfrentamento das dificuldades encontradas nesta avaliação, tomada de decisão importante seria o fortalecimento da capacidade gerencial com ênfase na avaliação e monitoramento das ações para a melhoria da qualidade. Uma alternativa seria a continuidade da Pesquisa Nacional de Avaliação do CEO, realizada pelo Ministério da Saúde, bem como o estabelecimento de processo contínuo de autoavaliação para melhoria da qualidade por intermédio de portal eletrônico de avaliação da atenção secundária com o acompanhamento de indicadores de estrutura e processo.

Ainda visando à melhoria de qualidade desses serviços, em relação aos profissionais, a qualificação do processo de trabalho seria fundamental de ser instituída, com ações de educação permanente e criação de residência em atenção secundária para formação de habilidades e competências voltadas aos CEO. Outro aspecto importante seria a avaliação de tecnologias e procedimentos próprios aos CEO, podendo ser conduzido mediante o estabelecimento de Rede de Pesquisas Clínicas para atenção secundária e ainda, a realização de pesquisa sobre o impacto sobre a implantação do CEO no Brasil.

Finalmente, o uso de sistemas de informação em saúde, a exemplo do SIA/SUS, pode ser descrito como um fator limitante deste estudo, visto que os dados disponíveis são de procedimentos realizados, restringindo a análise da utilização dos serviços e não permitindo um levantamento de perfis de morbidade. Além disso, em sua origem, foi implantado para fins de pagamento dos procedimentos realizados, o que pode interferir no registro dos dados, seja no supra ou sub-registro²⁰.

No entanto, em razão da rápida e ágil captação de informações, o SIA/SUS fornece aos gestores um material imprescindível para a tomada de decisão, objetivo principal dos processos avaliativos de programas e serviços de saúde, sobretudo se associados a outras fontes documentais, sendo usado em estudos sobre a utilização de serviços em saúde bucal^{21,22}. A escolha por este método neste estudo foi coerente com os nossos objetivos, uma vez que uma análise quantitativa e normativa das metas do CEO, construída com dados dos procedimentos do SIA/SUS e associada a outras fontes de informação, permitiu uma avaliação da atenção secundária em saúde bucal nos CEO do Brasil.

Considerações finais

Do total dos CEO analisados, observou-se que na maioria das regiões houve dificuldade de cumprimento das metas relativas à quantidade de procedimentos a serem informados no SIA/SUS, com exceção das regiões Centro-oeste e Sudeste. Sendo a Região Norte com menor percentual de serviços implantados.

O maior cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo atenção básica em detrimento dos demais, particularmente cirurgia.

Os CEO tipo III tiveram melhores resultados para o desempenho e cumprimento das metas. Nos municípios de menor porte populacional e desenvolvimento humano, piores desempenhos foram encontrados.

Foi evidenciada a necessidade de revisão no marco legal para a implantação e implementação dos CEO pela readequação dos critérios e normas, como também, definições de novos padrões e cumprimento de metas para avaliação e monitoramento de tais serviços.

A principal contribuição desta pesquisa, além de evidenciar aspectos teóricos e metodológicos da utilização da avaliação da atenção secundária, foi estabelecer que esta estratégia de ação que privilegia a tomada de decisão pela gestão da informação com intuito de reordenamento dos serviços à melhoria da qualidade, deve possibilitar relação estreita com vigilância em saúde bucal.

Resumo

Este trabalho discorre a respeito da avaliação da atenção secundária no âmbito da vigilância em saúde. Estudo descritivo, de caráter avaliativo normativo. Para análise de desempenho, foram utilizados dados secundários, com base na série histórica da produção de procedimentos odontológicos realizados nos CEO implantados no país e registrados pelo SIA/SUS no ano de 2007, e dados primários, pela visita in loco de 10% dos serviços implantados, com uso de questionários dirigidos à equipe profissional do CEO. Dentre os CEO analisados, observou-se que na maioria das regiões houve dificuldade no cumprimento das metas relativas à quantidade de procedimentos a serem informados no SIA/SUS. Sendo a Região Norte com menor percentual de serviços implantados. O indicador Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal foi de 64,4%. Os CEO tipo III tiveram melhores resultados para o desempenho e cumprimento das metas. Foi evidenciada a necessidade de revisão no marco legal para a implantação dos CEO pela readequação dos critérios e normas, como também definições de novos padrões e cumprimento de metas para avaliação e monitoramento desses serviços.

Avaliação de Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Bucal; Especialidades Odontológicas; Saúde Bucal

Colaboradores

P. S. A. Goes e M. S. Rosales participaram da concepção, projeto, análise e interpretação dos dados e da aprovação final da versão a ser publicada. N. Figueiredo, J. F. R. Costa e G. A. Pucca Júnior participaram da concepção, projeto, análise e interpretação dos dados. J. C. Neves e F. M. M. Silveira participaram da redação do artigo e da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Agradecimentos

À Organização Pan-Americana da Saúde.

Referências

1. Aquino EML. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:229-31.
2. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:401-12.
3. Contandriopoulos A. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:705-11.
4. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:553-63.
5. Figueiró AC, Frias PG, Navarro L. Avaliação em saúde: conceitos básicos. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Recife: Medbook; 2009. p. 1-14.
6. Ministério da Saúde. Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
7. Costa JMB. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município do Recife – PE [Dissertação de Mestrado]. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
8. Figueiró AC, Thuler LC, Dias ALF. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 49-70.
9. César CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 Suppl 2:559-70.
10. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-48.
11. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:220-30.
12. Fernandes LMAG. Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários com os serviços públicos de saúde bucal – QASSaB [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, 2002.
13. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [Tese de Doutorado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; 2000.
14. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:599-609.

15. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1026-35.
16. Padilha WWN, Valença AMG, Cavalcanti AL, Gomes LB, Almeida RVD, Taveira GS. Planejamento e programação odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: estudo qualitativo. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2005; 5:65-74.
17. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:53-61.
18. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2727-39.
19. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2871-80.
20. Barros SG, Chaves SLA. Utilização do Sistema de informações Ambulatoriais (SIA-SUS) com instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saúde* 2003; 12:41-51.
21. Volpato LER, Scatena JH. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, BRASIL, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15:47-55.
22. Chaves SCL, Vieira SL. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1119-31.
23. Fernandes T. Satisfação do usuário da rede pública de saúde da Zona Urbana de Natal-RN [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco; 2004.
24. Fernandes T. Satisfação do usuário da rede pública de saúde da zona urbana de Natal-RN [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco; 2004.
25. Carnut L, Figueiredo N, Goes PSA. Avaliação do nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas na cidade do Recife. *UFES Rev Odontol* 2008; 10:10-5.
26. Oliveira SR, Magalhães BG, Gaspar GS, Rocha RACP, Goes PSA. Avaliação do grau de satisfação dos usuários de saúde da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Pesqui Saúde* 2009; 11:34-8.
27. Figueiredo N. Centros de Especialidades Odontológicas. CEO: um estudo linha de base para a avaliação e monitoramento dos serviços [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco; 2008.
28. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25: 259-67.
29. Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:991-1002.
30. 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. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:143-54.
31. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599 de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar.
32. Ministério da Saúde. Portaria nº. 600 de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar.
33. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *Am J Public Health* 1981; 71:409-12.
34. Donabedian A. The quality care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-8.
35. Tanaka OU, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercato FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Editora Vozes; 2004. p. 121-36.
36. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública* 1997; 13:469-78.
37. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J* 2001; 191:666-70.

Recebido em 31/Dez/2010

Versão final reapresentada em 29/Set/2011

Aprovado em 03/Out/2011