

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO BRASIL: ONDE ESTÃO LOCALIZADOS E QUAL A SUA GESTÃO?

ANA LUIZA CARDOSO PIRES¹; **THAÍS GIODA NORONHA²**; **LETÍCIA REGINA MORELLO SARTORI³**; **KAIO HEIDE SAMPAIO NÓBREGA⁴**; **MARCOS BRITTO CORRÊA⁵**; **LUIZ ALEXANDRE CHISINI⁶**

¹*Universidade Federal de Pelotas – analuizacardosopires @hotmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – thaís.gioda.noronha@gmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – letysartori27@gmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas – kaio.heide@gmail.com*

⁵*Universidade Federal de Pelotas – marcosbrittocorrea@hotmail.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas – alexandrechisini@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

A organização do sistema público de saúde brasileiro passou por diversas transformações nas duas últimas décadas, expandindo a saúde bucal na atenção primária e iniciando sua atuação na média e alta complexidade (PUCCA *ET AL* 2015). Tais mudanças foram alicerçadas pela política nacional do Brasil Soridente. Este programa priorizou a proteção e a promoção à saúde com o objetivo de universalizar o acesso à saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1994; SCHERER *ET AL* 2005). Sua implementação proporcionou a reorganização da atenção básica, a ampliação e a qualificação da atenção especializada por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicos (CEOs) (PUCCA 2006).

Os CEOs são unidades de saúde odontológica de âmbito especializado, devem estar integrados ao planejamento loco-regional e devem proporcionar assim, pelo sistema de referência e contrarreferência, procedimentos de média complexidade aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (SALIBA *ET AL* 2013). Devem também contemplar, no mínimo, as áreas de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e procedimentos básicos aos pacientes com necessidades especiais. Além disto, os CEOs podem ter gestão municipal ou estadual e são divididos em 3 tipos de modalidade. Cada uma deve realizar uma produção mínima mensal que varia de acordo com a modalidade. Desta forma o repasse financeiro para custeio varia de acordo com o tipo de CEO.

PIRES et al (2015) analisou o desempenho dos CEOs no estado do Rio Grande do Sul e observou uma grande variação na produção especializada nos municípios com CEOs. Além disto, uma importante observação foi a distribuição destes CEOs apenas em cidades de médio e grande porte populacional. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi realizar uma análise descritiva da distribuição dos CEOs no Brasil.

2. METODOLOGIA

Foi conduzido um estudo do tipo transversal descritivo com coleta de dados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (CNES.DATASUS.GOV.BR) que é uma das plataformas operacionais do sistema de informática do SUS e visa automatizar e dar transparência aos dados do Ministério da Saúde. Assim, foram averiguadas informações referentes aos CEOs no Brasil.

As variáveis de interesse coletadas foram: todos os CEOs cadastrados do CNES no Brasil e sua localização, assim como o tipo de CEO e sua gestão. Os dados foram coletados no período de janeiro de 2016 a maio de 2016, tabulados em uma planilha no programa Microsoft Excel 2010 e posteriormente analisados descritivamente.

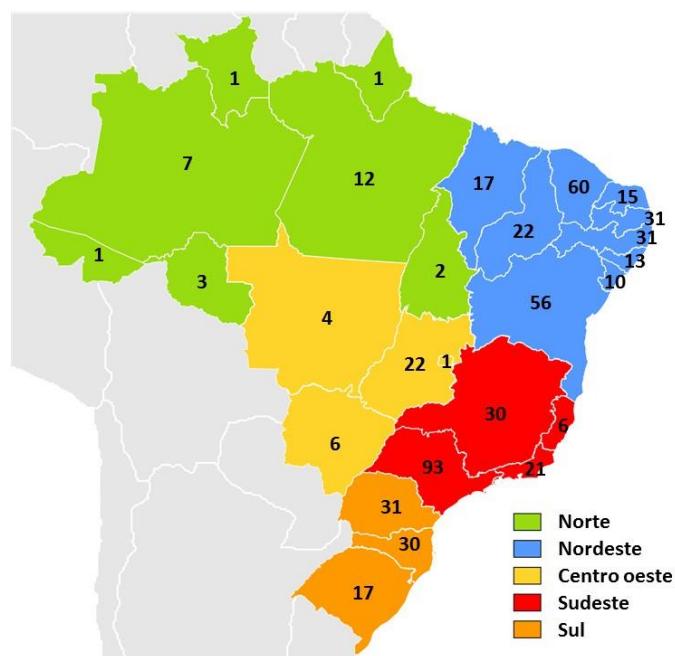
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 543 CEOs ativos distribuídos em 529 municípios brasileiros nos 26 estados e no Distrito Federal e 10 CEOs inativos. Dentre os ativos, 244 eram CEOs tipo I, 238 eram CEOs tipo II e 61 do tipo III (Imagem 1). São Paulo foi o estado que mais apresentou CEOs, totalizando 93, seguido do estado do Ceará com 60 e Bahia com 56 CEOs. Acre, Roraima e Distrito Federal apresentaram apenas 1 CEO cadastrado. Todos os estados brasileiros apresentam ao menos um CEO cadastrado e ativo. Estes dados demonstram uma grande variação na distribuição dos CEOs no Brasil, o que pode ser reflexo da grande desigualdade existente entre os estados da União. Os estados da região norte e centro oeste apresentam uma menor quantidade de CEOs quando comparados com as demais regiões.

Segundo dados do SB Brasil 2010 (SB 2010) a região norte é a região com maior necessidade de tratamento para cárie dentária e doença periodontal, apresentando as maiores prevalências destas doenças. Desta forma, era de se esperar que esta região apresentasse uma elevada quantidade de estabelecimentos de atenção secundária, tendo em vista que estas doenças são progressivas e com o agravamento das lesões ocorre a necessidade de tratamentos mais complexos, que não são realizados na atenção básica. Quando contrastamos o índice CPO-D observado no SB Brasil 2010 com os resultados do presente estudo, observamos que as regiões com os melhores índices CPO-D (Sudeste 1,72 e Sul 2,06) apresentam a maior quantidade de CEOs e as regiões com os piores índices (Norte 3,16 e Centro Oeste 2,63) apresentam quantidades reduzidas de CEOs. Assim, notamos claramente uma distribuição desigual da oferta de tratamentos de média complexidade odontológicos no Brasil.

Os CEOs podem apresentar gestão municipal, estadual ou uma gestão dupla entre estado e município. Desta forma, observamos que a gestão da grande maioria dos Centros de Especialidades (86%) se dá pelo nível Municipal enquanto que 8% é gerido pelos estados e apenas 6% apresentam gestão dupla. Estes dados demonstram que a maior iniciativa para a instalação dos CEOs é dada pelos municípios, enquanto que o estado arca com pequena participação.

Imagen 1: Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicos entre os estados brasileiros.



4. CONCLUSÕES

Apesar da implementação da atenção secundaria em odontologia no SUS ser uma medida recente, o Brasil já apresenta uma grande quantidade de CEOs ativos que estão distribuídos de forma irregular no território nacional. As regiões Sudeste e Sul apresentam as maiores médias de CEOs por estado, enquanto que diversos estados da região norte apresentam apenas 1 CEO. Além disto, a gestão destes CEOs se dá basicamente através dos municípios, salientando a escassa participação dos estados na administração.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Programa de Saúde da Família, Saúde Dentro de Casa. Brasília (DF). 1994

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SB Brasil 2010- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

PIRES A.L.C.; GRUENDEMANN J.L.A.L.; SCHEREEN G.F.; CONDE M.C.M.; CORRÊA M.B.; CHISINI L.A. Secondary oral health care in the state of Rio Grande do Sul: descriptive analysis of the specialized production in cities with Dental Specialty Centers from the Outpatient Information System of the Unified Health System. **Revista da Faculdade de Odontologia UPF.** v. 20, n. 3, p. 325-333, set./dez. 2015

Pucca Júnior GA, Gabriel M, Araujo ME, Almeida FC. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. **J Dent Res** 2015; 94(10):1333-7.

PUCCA JR, G. A.; A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.243-246, 2006.

SALIBA, N. A.; NAYME, J.G.R.; MOIMAZ S.A.S.; CECILIO L.P.P.; GARBIN C.A.S. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Revista de Odontologia UNESP**, v.42, n.1, p.317-323, 2013.

SCHERER M.D.A.; MARINO S.R.A.; RAMOS F.R.S. Ruptures and resolutions in the health care model: reflections on the Family Health Strategy based on Kuhn's categories. **Interface - Comunicação. Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.53-66, 2005.