

Cobertura da atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Norte (RN) à perspectiva do Decreto 7.508/2011 e do GraduaCEO

Alexandre Policarpo da Silva*, Laio da Costa Dutra*, Yuri Victor de Medeiros Martins*, Hérvora Santuzza Pereira Araújo*, Eduardo José Guerra Seabra**

* Aluno do Mestrado em Saúde e Sociedade, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

** Professor do curso de Odontologia, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

RESUMO

No Brasil, a Política de Saúde Bucal ao longo da história passou por mudanças significativas em sua forma de prestar assistência, chegando aos dias atuais regida pelo Decreto 7.508/2011, que traz em sua essência a regionalização como forma de aprimorar os serviços de saúde pública. Para se obter assistência resolutive é necessário prestar serviços nos diferentes níveis hierárquicos do sistema. No que se refere à saúde bucal, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) se mostra como uma importante ferramenta em atenção secundária para propiciar a integralidade da assistência. O objetivo deste estudo é avaliar a distribuição geográfica dos CEOs do Estado do Rio Grande do Norte, assim como sua série histórica de produção, a fim de aferir a possibilidade de se ter resolutividade com o processo de regionalização da assistência, relacionando os achados com o mais novo componente da Política Nacional de Saúde Bucal, o GraduaCEO. Houve evolução no número de CEOs e de procedimentos em atenção secundária no estado. Apesar de todas as regiões do RN terem a presença de CEOs, o percentual médio de cobertura municipal é de 12,6%, variando de 8% a 80% por região,

indicando a necessidade de se rever o planejamento das ações e serviços da rede de saúde bucal, levando em conta a possibilidade de implantação do GraduaCEO.

Descritores: Atenção Secundária à Saúde. Saúde Bucal. Regionalização.

1 INTRODUÇÃO

A política pública de saúde no Brasil é marcada por profundas mudanças ao longo de sua história. A maioria dos modelos era excludente e não resolutive. A mudança principal aconteceu com a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como sendo direito de todos e dever do Estado, que, para tanto, deve ter políticas que propiciem tal fim¹.

Na saúde bucal, apenas em 2004 foram observados avanços significativos quanto às políticas, por meio do Programa Brasil Sorridente, uma Política Nacional de Saúde Bucal que buscou reorganizar a atenção em saúde bucal no país, tendo por base a atenção primária, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), articulada com os níveis de atenção

secundário, nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios de Próteses Dentárias, e terciário, nos hospitais de grande porte¹.

Apesar de toda a tentativa de reorganizar o modelo de Atenção à Saúde Bucal, ainda existem graves problemas a serem levantados e discutidos buscando a melhoria. O Brasil ainda é um país marcado por desigualdades sociais, o que interfere nas formas de adoecer da população, assim como na busca pela utilização dos serviços de saúde. Apesar dos avanços, ainda são acentuadas as desigualdades no acesso a esses serviços, conforme revela a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil). Os relatórios SB Brasil 2003 e 2010 mostram, respectivamente, que 15% e 13,4% da população brasileira nunca foi ao Cirurgião-Dentista²⁻⁴.

Diante da considerável expansão das equipes de atenção primária em Saúde Bucal, houve necessidade da expansão concomitante dos CEOs – para que fosse possível dar resolutividade de forma eficiente e eficaz às necessidades de saúde bucal da população, dando conta de uma demanda há anos reprimida, agravada pelas ações mutiladoras até então rotineiras – organizando um sistema com oferta de serviços nos diferentes níveis de atenção, com interlocução entre os mesmos^{1,3}.

No Estado do Rio Grande do Norte (RN) os primeiros credenciamentos de CEOs aconteceram no ano de 2005. Desde então, o crescimento de credenciamentos não foi significativo em termos numéricos e ocorreu por iniciativa dos municípios. Os CEOs podem ser classificados em tipo I (com 3 cadeiras odontológicas e 3 cirurgiões-dentistas perfazendo carga

horária semanal de 120h), tipo II (com 4 a 6 cadeiras odontológicas e 4 ou mais cirurgiões-dentistas, com uma auxiliar para cada um, perfazendo carga horária semanal de 160h) e tipo III (com 7 ou mais cadeiras odontológicas e 7 ou mais cirurgiões-dentistas, com uma auxiliar para cada um, perfazendo carga horária semanal de 280h)⁵.

Atualmente, com o advento do Decreto Presidencial nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), surge uma nova perspectiva de organização do sistema de saúde, tendo por base a ideia de Regiões de Saúde, em que municípios limítrofes se organizam a fim de planejar a assistência de forma mais eficiente e integrada^{6,7}.

Nessa perspectiva, é instituído no ano de 2014, por meio da Portaria Interministerial Nº 1.646, o GradaCEO, um componente da Política Nacional de Saúde Bucal que visa compor a Rede de Atenção à Saúde e dispor de uma série de ações e serviços de saúde bucal a serem desenvolvidas e prestadas pelas Instituições de Ensino Superior (IES) com curso de graduação em Odontologia, a fim de ampliar a oferta e o acesso da população às ações e serviços de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). Uma de suas diretrizes é a regionalização da atenção à saúde bucal, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais⁸.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo é avaliar a evolução da cobertura dos CEOs dentro do estado do Rio Grande do Norte, assim como a distribuição geográfica destes nas regiões de saúde, tendo em vista o novo paradigma do

Decreto 7.508 e a diretriz de regionalização das ações das IES no componente GradaCEO.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa foi do tipo descritiva exploratória, com caráter avaliativo normativo, utilizando fontes de dados secundárias. Para tanto, utilizou-se dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-MS), da Secretaria Estadual de Saúde Pública do RN quanto ao número e distribuição das Regionais de Saúde do Estado, assim como do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para que pudesse ser analisada a presença e distribuição geográfica dos CEOs nessas regiões e relacioná-las com a distribuição das IES que podem aderir ao GradaCEO, assim como com a evolução da produção em atenção secundária na saúde bucal.

Foram levantados dados quanto ao ano da publicação das portarias que habilitaram os CEOs do RN, para permitir avaliar a evolução da cobertura e a distribuição geográfica dos mesmos dentro das Regiões de Saúde, analisando a produção de procedimentos odontológicos antes da presença de CEOs no estado, ao longo da implantação até os dias atuais. Os anos de 1999, 2002, 2006 e 2013 foram utilizados como referência, pois a implantação das equipes de Saúde Bucal na ESF ocorreu em 2001, do Brasil Sorridente em 2004 e a abertura de CEOs no RN a partir de 2005.

Foram utilizados os procedimentos clínicos de três especialidades exigidas por

lei para os CEOs: Periodontia (raspagem coronorradicular por hemi-arcada), Endodontia (obturação endodôntica em dente permanente unirradicular, birradicular e com três ou mais raízes) e de Cirurgia Oral Menor (remoção de dente retido - incluso/impactado). Estes procedimentos foram escolhidos por permitirem a busca no SIA/SUS em anos anteriores ao de 2008.

Os dados são apresentados na forma de gráficos e tabelas.

3 RESULTADOS

O estado do RN conta com 24 CEOs em funcionamento, distribuídos em 21 municípios (Tabela 1), estando presentes em municípios com 12.356 a 803.739 habitantes, sendo este último a Capital do Estado, Natal, que tem três CEOs, sendo dois do 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.

Dos 24 CEOs do RN, apenas dois são do tipo III e os demais são do tipo II, todos ofertando os serviços mínimos exigidos pela legislação específica: diagnóstico bucal – com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais.

Os primeiros CEOs do estado surgiram em 2005, por volta de um ano após o lançamento do Programa Brasil Sorridente, sendo estes os três da capital e um da cidade de Mossoró. Esta data é a da portaria que credencia esses estabelecimentos junto ao Ministério da Saúde, e não

Tabela 1. Distribuição dos municípios com CEO, por porte populacional
(Fontes: MS/DAB/CGSB⁵, IBGE⁹, SESAP/RN¹⁰)

População dos municípios (habitantes)	Número de municípios
Até 20.000	4
De 20.001 até 30.000	5
De 30.001 até 40.000	4
De 40.001 até 50.000	1
De 50.001 até 100.000	4
De 100.001 até 200.000	0
De 200.001 até 500.000	2
Acima de 500.001	1

necessariamente a data de início dos serviços, podendo ser antes ou depois, a depender do empenho dos gestores locais.

Uma ascensão foi observada no ano de 2006, com o credenciamento de mais 11 unidades. Em 2007 mais duas unidades, e em 2008, 2009 e 2010 uma unidade em cada ano. Em 2011 não houve credenciamento; já em 2012 foram mais duas unidades. Por fim, em 2013 houve o credenciamento da última unidade das 24 existentes.

Esses CEOs estão distribuídos geograficamente nas oito Regiões de Saúde do estado do RN, tendo a 8ª Região com apenas um CEO e as demais com mais de um, conforme a Tabela 2.

Apesar de todas as regiões do RN terem a presença de CEOs, o percentual de cobertura municipal é de 12,6% dos municípios cobertos, variando de 8% a 80% por região, conforme a Tabela 3.

Tabela 2. Distribuição dos CEOs por Região de Saúde no estado do RN
(Fontes: MS/DAB/CGSB⁵, IBGE⁹, SESAP/RN¹⁰)

Região de Saúde	Número de CEOs
I (Litoral Sul e Agreste)	5
II (Oeste)	3
III (Mato Grande e Salineira)	3
IV (Seridó)	2
V (Trairi e Potengi)	2
VI (Alto Oeste)	2
VII (Metropolitana)	6
VIII (Vale do Açu)	1

Em se tratando de produção, houve considerável avanço em termos numéricos na produção das especialidades pesquisadas, atingindo 59.350 procedimentos de periodontia, 26.934 de endodontia e 6.976 de cirurgia em 2013 (Figura 1).

No Estado do RN existem duas IES públicas, foco inicial para implantação do GraduaCEO, com curso de Odontologia que podem solicitar adesão ao programa e fazer parte da rede de serviços ofertados pelo SUS nas regiões de saúde. Uma é a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que está localizada na VII Região de Saúde – Metropolitana; e outra a Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, na IV Região de Saúde – Seridó.

4 DISCUSSÃO

A Saúde Bucal dentro do SUS veio ganhar expressividade recentemente. Apenas em 2004 foi instituída legislação

Tabela 3. Presença e distribuição dos CEOs por Regiões de Saúde do Estado do RN e cobertura de implantação (Fontes: MS/DAB/CGSB⁵, IBGE⁹, SESAP/RN¹⁰)

Região de Saúde	Municípios na região	Municípios com CEO na região		População da região	População somada dos municípios com CEO	População coberta por CEO na região (%)
		(N)	(%)			
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)	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	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

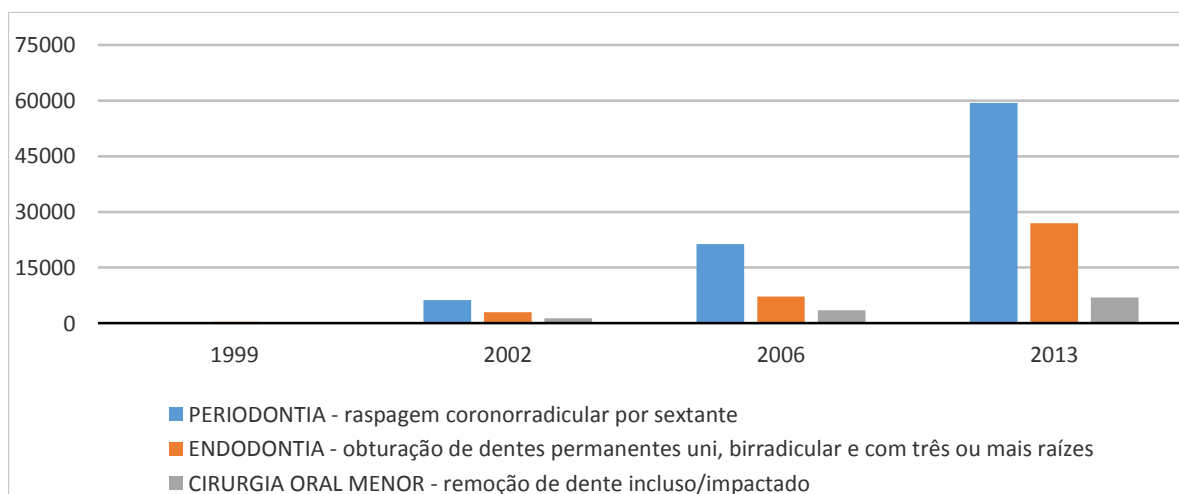


Figura 1. Procedimentos realizados nas especialidades de periodontia, endodontia e cirurgia oral menor nos CEOs do RN nos anos de 1999, 2002, 2006 e 2013 (Fonte: MS/SIA-SUS¹¹).

para criar uma Política de Saúde Bucal no país, o Brasil Sorridente. Esta política veio para reorganizar o processo com vistas à universalidade, equidade e integralidade, por meio do fortalecimento da atenção primária e da ampliação e qualificação da atenção secundária. O CEO surge como uma estratégia para se alcançar a integralidade das ações⁹. A distribuição dos CEOs é desigual nas oito Regiões de Saúde do RN, variando de um a seis CEOs por região. Quando se analisa o percentual de cobertura municipal desses centros, os dados mostram condições ainda mais desfavoráveis. Uma Região de Saúde apresenta cobertura municipal de apenas 5,5%, ou seja, dois CEOs para 36 municípios. Já em outra, com cinco municípios, apenas um não conta com CEO, tendo uma taxa de cobertura de 80%. É válido destacar que essa é a região metropolitana, onde foram instaladas as primeiras unidades por credenciamento direto do MS, porém com população significativamente maior em relação a todas as demais regiões. Nas demais regiões de saúde, o maior percentual, excluindo a metropolitana, é de 18,5%. Esses valores evidenciam baixa capacidade de oferta de serviços especializados, comprometendo a integralidade da atenção, por prejudicarem o sistema de referência nos sistemas locorregionais de saúde^{10,12,13}.

Em relação à cobertura populacional, a taxa de seis das oito regiões de saúde não atinge 50%. Desta forma, a maior parte da população do estado não está assistida quanto aos serviços da atenção secundária. Isso fere os princípios do SUS, pois não existindo interface entre níveis de atenção à saúde bucal não é

possível a integralidade da atenção, dada a referida importância à atenção primária, que consegue resolver cerca de 80% das necessidades em saúde bucal, as demais ficam descobertas, contribuindo para as práticas mutiladoras que esse sistema surgiu para amenizar^{3,14,15}.

Considerando a nova perspectiva de organização do SUS, através do Decreto Presidencial 7.508\2011, essa realidade do RN torna-se ainda mais preocupante. O decreto que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, a 8.080\90, depois de 21 anos desta, busca tornar o acesso aos serviços de saúde eficiente e eficaz com atendimentos, referências e contra referências apropriadas às necessidades da população e em tempo e forma oportuna. Para tanto, lança mão da regulamentação das Regiões de Saúde, que até então existiam, mas não na forma da lei do SUS^{7,16,17}.

Essas regiões são formadas por municípios limítrofes que tenham características em comum, permitindo assim a oferta dos serviços necessários àquela população dentro de um limite geográfico, permitindo o fluxo de forma apropriada. Os municípios envolvidos, através de senso comum, decidem quais e onde os serviços serão ofertados. Dessa forma, busca-se otimizar recursos financeiros e de pessoal, assim como ter um planejamento integrado e consequentemente mais eficiente^{7,18}. Contudo, o credenciamento dos CEOs no RN não obedeceu nenhum planejamento regionalizado, dificultando os avanços na organização e efetivação do SUS^{19,20}.

Dentro dessa conjuntura surge a possibilidade de implantação de um novo componente, o GradaCEO, que não vem substituir os CEOs já existentes ou aqueles

que podem ser implantados, mas sim somar, como mais um serviço dentro da rede. Porém é preciso refletir e planejar de forma dialogada com os municípios as ações e serviços que serão ofertados pelas IES, tendo em vista a baixa cobertura de serviços de saúde bucal em atenção secundária no SUS e a particularidade do serviço de atendimento das IES, tendo suas peculiaridades (tempo de aprendizado e rotinas acadêmicas), as quais devem ser respeitadas⁸.

É preciso reconhecer os avanços que os CEOs trouxeram para a saúde bucal nos municípios. Quando se analisa a produção desses serviços no RN, constata-se um crescimento importante. Antes da inserção da saúde bucal na ESF, no ano de 1999, 345 endodontias foram realizadas em dentes permanentes. Em 2002, com um ano de inserção, foram 2.953 destes procedimentos. Em 2006, um ano após a implantação dos primeiros CEOs, houve crescimento para 7.207 endodontias, chegando no ano de 2013 a 26.934 procedimentos de obturação endodôntica. Estes números dão a dimensão das ações mutiladoras que seriam executadas caso o serviço não existisse²¹⁻²³.

5 CONCLUSÕES

A Atenção Secundária em Saúde Bucal no estado do Rio Grande do Norte sofreu evolução em termos de expansão de CEOs ao longo dos últimos oito anos, tendo um pico nos dois primeiros e se mantendo em um ritmo baixo de expansão no decorrer dos demais anos. Apesar disto, um aumento considerável no número de procedimentos da atenção secundária foi observado, trazendo a integralidade à tona nas ações de saúde bucal.

No entanto, em termos de cobertura por Região de Saúde, fica clara a necessidade de se rever o planejamento das ações e serviços da rede de saúde bucal e, em alguns casos, até mesmo instituí-la, levando em conta a possibilidade de implantação do GradaCEO e as especificidades deste serviço, oferecido dentro de uma IES. A readequação aos critérios e normas do novo marco legislativo do SUS, o decreto 7.508/2011, é um caminho sem volta para reorganizar o sistema de forma eficiente e eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Saliba NA, Moimaz SAS, Fadel CB, Bino LS. Saúde bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. *Rev Odontol Bras Central*. 2010;19(48):62-6.
2. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(11):2865-75.
3. 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 Públ*. 2011; 27(1):143-54.
4. Figueiredo N, Góes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Públ*. 2009; 25(2):259-67.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Bucal. Cidades que possuem Centros de Especialidades

- Odontológicas – CEO, Estado: RN. [Acessado em maio de 2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/mapa_centro_especialidades/CEO_RN.php
6. Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(5):2317-26.
 7. 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. Portal da Legislação: Leis Ordinárias 2011. [Acessado em maio de 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2/0112014/2011/decreto/D7508.htm.
 8. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.646, de 5 de agosto de 2014. Institui o componente GradaCEO - BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências. *Saúde Legis - Sistema de legislação da saúde.* 2014. [Acessado em maio de 2015]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1646_05_08_2014.html.
 9. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. [Acessado em maio de 2014]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
 10. Governo do Estado do Rio Grande do Norte (BR), Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte/Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte. Plano Estadual de Saúde: 2012 – 2015, Maio de 2013.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS. [Acessado em: maio de 2014]. Disponível em: www.datasus.gov.br.
 12. Godoi H, Mello ALSF, Caetano JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2014; 30(2):318-32.
 13. Góes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca-Júnior GAP, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2012; Supl. 28:S81-9.
 14. Almeida FCS, Cazal C, Junior GAP, Silva DP, Frias AC, Araújo ME. Reorganization of Secondary and Tertiary Health Care Levels: impact on the outcomes of oral cancer screening in the São Paulo State, Brazil. *Bras Dent J.* 2012; 23(3):241-5.
 15. Chaves SCL, Cruz DN. Desafios contemporâneos à organização da atenção em saúde bucal na Bahia. *Rev Baiana Saúde Públ.* 2012; 36(3):621-39.
 16. Vasquez FL, Guerra LM, Vitor ES, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC, Pereira AC. Referência e contrarreferência na Atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(1):245-55.
 17. Mello ALSF, Andrade SR, Moysés SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de

- atenção e processo de regionalização. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(1):205-14.
18. Rodrigues LA, Vieira JDM, Leite ICG. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. *Cad Saúde Colet.* 2013; 21(1):40-5.
 19. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, Cury PR. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(11):3115-24.
 20. Bulgarell JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. *Rev Odontol UNESP.* 2013;42(4):229-36.
 21. Cardoso MO, Vieira-da-silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad Saúde Públ.* 2012; 28(7):1273-84.
 22. Herkrath FJ, Herkrath APCQ, Costa LNBS, Gonçalves MJF. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. *Saúde Debate.* 2013;37(96):148-58.
 23. Junqueira SR, Frias AC, Zilbovicius C, Araujo ME. Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde: São Paulo, 2008. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(4):1015-24.

ABSTRACT

Coverage of oral secondary health care in the State of Rio Grande do Norte (RN) in the light of the Decree 7.508/2011 and the GradaCEO

The Brazilian oral health assistance model has undergone significant changes throughout history. Nowadays, the model is governed by Decree 7,508/2011, which brings in its essence regionalization as a way to improve public health services. To obtain resolute care is necessary to provide services in different hierarchical levels of the system. With regard to oral health, the Center for Dental Specialties (Centro de Especialidades Odontológicas - CEO) is an important tool in the secondary health care level to provide comprehensive care. This study evaluate the geographical distribution of CEOs in the Rio Grande do Norte (RN) state, as well as its historical productivity data in order to assess the possibility of having resoluteness in the regionalization process of assistance and to relate the findings with the newest component of the National Oral Health Policy, the GradaCEO. There was an increase in the number of CEOs and dental procedures in secondary care in the RN state. The data collected show CEOs in all RN regions, with an average of municipal coverage of 12.6%, ranging from 8% to 80% by region. These data indicate the need to review the planning of actions and oral health services network, taking into account the possibility of implementation of GradaCEO.

Descriptors: Secondary Health Care. Dental Health. Regionalization.

Correspondência para:
Alexandre Policarpo da Silva
e-mail: policarpogande@hotmail.com
Rua Caicó, Número 21
59360-000 Bairro Maria Terceira,
Parelhas/RN